

H.P.PÖHN, G.RASCH

bga Schriften

Statistik meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten

Vom Beginn der Aufzeichnungen bis heute

MMV Medizin Verlag
München
1994

H. P. Pöhn, G. Rasch

Statistik meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten

bga

5/93

bga SCHRIFTEN

- 1/83 P. Grosdanoff, B. Schnieders, K. Überla (Hrsg.)
Arzneimittelsicherheit
- 2/83 K. Aurand und Mitarbeiter (Hrsg.)
Bodenschutzstrategien
- 3/83 A. Kaul, F.-E. Stieve (Hrsg.)
Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin
- 4/83 H. Lorenz, G. Neumeier (Hrsg.)
Polychlorierte Biphenyle (PCB)
- 5/83 K. Überla, J. Zeiler (Hrsg.)
Datenschutz und Wissenschaftsadministration im Gesundheitsbereich
- 1/84 J. Fiebelkorn, N. Lagoni (Hrsg.)
Tierschutzrelevanz von Datensammlungen über Tierversuche und Alternativmethoden
- 2/84 M. Fischer, E. Meyer (Hrsg.)
Zur Beurteilung der Krebsgefahr durch Asbest
- 3/84 R. Baß, V. Glocklin, P. Grosdanoff, D. Henschler, B. Kilbey, D. Müller, D. Neubert (Editors)
Critical Evaluation of Mutagenicity Tests
- 4/84 A. Kaul, K. Henrichs, H. D. Roedter
Aufnahme und Verteilung radioaktiver Stoffe im Körper
- 5/84 P. Grosdanoff, R. Baß, U. Hackenberg, D. Henschler, D. Müller, H.-J. Klimisch (Editors)
Problems of Inhalatory Toxicity Studies
- 1/85 K. Überla, A. G. Hildebrandt, Ch. Böhme, W. Lucas (Hrsg.)
Zur gesundheitlichen Gefährdung bei der Anwendung von Imprägniersprays
- 2/85 **Formaldehyde (engl.)**
- 3/85 E. C. Stiefel
Geheimnisschutz in den USA bei chemischen und pharmazeutischen Produkten
- 4/85 M. Sonneborn, D. Kayser (Hrsg.)
Gesundheitliche Bewertung ausgewählter chemischer Stoffe
- 5/85 A. G. Hildebrandt, A. Kaul, H. Kröger, G. von Nieding, D. Großklaus (Hrsg.)
Gesundheit und Umwelt '85
- 6/85 K. E. Appel, A. G. Hildebrandt (Hrsg.)
Tumorpromotoren
- 1/86 D. Kayser (Hrsg.)
Kurzzeittests zum Nachweis von Kanzerogenen
- 2/86 A. Kaul, A. Dehos, W. Bögl, G. Hinz, F. Kossel, E.-R. Schwarz, A. Stamm, G. Stephan (Editors)
Biological Indicators for Radiation Dose Assessment
- 3/86 J.H. Bernhardt (Editor)
Biological Effects of Static and Extremely Low Frequency Magnetic Fields
- 4/86 P. Grosdanoff, W. König, D. Müller, H. Otto, G. K. Reznik, W. T. Ulmer (Editors)
Drug-related Damage to the Respiratory Tract
- 5/86 A. Bäuml (Editor)
Quality Assurance in Radiation Therapy
- 6/86 A. Kaul (Hrsg.)
Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik
- 7/86 A. Kaul (Hrsg.)
Qualitätssicherung in der Nuklearmedizin
- 8/86 T. D. Craddock, E. Busemann-Sokole, H. D. Roedter (Editors)
Review of Quality Control in Nuclear Medicine
- 9/86 W. Lange, K. N. Masihi
Virus-Hepatitis des Menschen
- 10/86 **Schutz vor ionisierender Strahlung aus äußeren Quellen in der Medizin**
- 11/86 **Schutz des Patienten in der Röntgendiagnostik**
- 12/86 A. G. Hildebrandt, A. Kaul, G. von Nieding, B. Schnieders, W. Weise, D. Großklaus (Hrsg.)
Gesundheit und Umwelt '86
- 2/87 H. Hoffmeister (Hrsg.)
Bevölkerungsbezogene Krebsregister in der Bundesrepublik Deutschland, Band 1
- 3/87 A. Basler, W. von der Hude
Erbgutverändernde Gefahrstoffe
- 4/87 U. Gunderl-Remy, G. v. Nieding, D. Großklaus (Hrsg.)
Gesundheit und Umwelt '87
- 5/87 **Grundsätze zur Begrenzung der Exposition der Bevölkerung durch natürliche Strahlenquellen**
- 6/87 **Schutz der Bevölkerung bei größeren Strahlenunfällen: Grundsätze für die Planung**
- 7/87 A. Kaul
Ionisierende Strahlung
- 1/88 R. Großklaus, G. Pahlke (Hrsg.)
Einsatz von Zuckersubstituten im Kampf gegen Karies
- 2/88 M. A. Koch, F. Deinhardt (Eds.)
AIDS Diagnosis and Control: Current Situation
- 3/88 **Transparenzlisten der Transparenzkommission Stand der Preise: 1. April 1988**
- 4/88 H. Hoffmeister, D. Großklaus (Hrsg.)
Gesundheit und Umwelt '88
- 1/89 H. Lange-Asschenfeldt, A. Somogyi, D. Großklaus (Hrsg.)
Gesundheit und Umwelt '89
- 2/89 E. Bulling, H. Spielmann, R. Baß (Hrsg.)
Wege zur Bewertung und Anerkennung von Alternativen zum Tierversuch
- 3/89 **Transparenzlisten der Transparenzkommission Stand der Preise: 1. Juni 1989**
- 4/89 D. Schön, J. Bertz, H. Hoffmeister (Hrsg.)
Bevölkerungsbezogene Krebsregister in der Bundesrepublik Deutschland, Band 2
- 5/89 A. Kaul, F.-E. Stieve (Hrsg.)
Qualitätssicherung in der Strahlentherapie
- 6/89 **Schutz des Patienten in der Strahlentherapie**
- 1/90 M. Schauzu
Progress in AIDS Research in the Federal Republic of Germany
- 2/90 A. Somogyi, W. Weise, D. Großklaus (Hrsg.)
Gesundheit und Umwelt '90
- 3/90 M. A. Koch, R. Bunikowski, J. Estermann, R. Pfeifer, B. Schwarzflämmer
AIDS und HIV in der Bundesrepublik Deutschland
- 4/90 **Subjektive Morbidität**
- 1/91 L. Müller, S. Madle, P. Kasper, R. Baß
Zur Beurteilung von Mutagenitätsprüfungen
- 2/91 A. Ahlbohm, S. Norell
Einführung in die moderne Epidemiologie
- 3/91 G. Heinemeyer, W. Fabricius, D. Kayser
Gifftinformation in der Bundesrepublik Deutschland
- 4/91 G. E. Wiesner
Zur Gesundheitslage der Bevölkerung in den neuen Bundesländern
- 5/91 A. Somogyi, D. Großklaus (Hrsg.)
Gesundheit und Umwelt '91
- 1/92 H. Hoffmeister, W. Thefeld, H. Stolzenberg, H. Lopez, J. Winkler
Sozialer Status und Gesundheit
- 2/92 H. Hoffmeister, H. Hüttner, H. Stolzenberg, D. Schön
Untersuchungsbefunde und Laborwerte
- 3/92 A. Somogyi, K. E. Appel, A. Katenkamp (Editors)
Chemical Carcinogenesis
- 4/92 W. H. Mehnert, M. Smans, C. S. Muir, M. Möhner, D. Schön
Atlas der Krebsinzidenz in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik 1978-1982
- 5/92 K. Bergmann, W. Baier, R. Casper, G. Wiesner (Hrsg.)
Entwicklung der Mortalität in Deutschland von 1955-1989
- 6/92 H.-D. Nolting, S. Schlegelmilch, B. Trumann, K. W. Tietze
Schlaflagen, Schlafumgebung und Schlafverhalten von Säuglingen
- 7/92 A. Somogyi, D. Großklaus (Hrsg.)
Gesundheit und Umwelt '92
- 1/93 S. Madle, L. Müller (Editors)
Current issues in Genetic Toxicology
- 2/93 **Transparenzlisten der Transparenzkommission Stand der Preise: 1. April 1993**
- 3/93 D. Arndt, G. Obe (Hrsg.)
Zytogenetische Methoden
- 4/93 D. Kayser (Hrsg.)
Bedeutung der Inhalationstoxikologie bei Prüfungen im Rahmen des Chemikaliengesetzes
- 5/93 H. P. Pöhn, G. Rasch
Statistik meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten

Hans Philipp Pöhn, Gernot Rasch

Statistik meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten

Vom Beginn der Aufzeichnungen bis heute
(Stand 31. Dezember 1989)

Robert Koch Institut Bibliothek A	TA6e
12. APR. 1994	:207

MMV Medizin Verlag München

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme

Pöhn, Hans Philipp:

Statistik meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten : vom
Beginn der Aufzeichnungen bis heute (Stand 31. Dezember 1989)
/ Hans Philipp Pöhn ; Gernot Rasch. [Institut für
Sozialmedizin und Epidemiologie]. - München : MMV, Medizin-Verl., 1994
(Bga-Schriften ; 93,5)

ISBN 3-8208-1230-X

NE: Rasch, Gernot.; Deutschland /
Bundesgesundheitsamt: Bga-Schriften

Schriftenreihe des Bundesgesundheitsamtes

Statistik meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten
Hans Philipp Pöhn, Gernot Rasch

MMV Medizin Verlag GmbH München, 1994 (bga-Schriften 5/93)
219 Seiten, 149 Tabellen, 126 Abbildungen

© MMV Medizin Verlag GmbH München, 1994

Der MMV Medizin Verlag ist ein Unternehmen
der Verlagsgruppe Bertelsmann International GmbH
Neumarkter Straße 18, 81673 München
Alle Rechte vorbehalten

Redaktion: Bundesgesundheitsamt, Pressestelle
Satz: Fotosatz Klaus-Dieter Voigt, Berlin
Druck: A.R.S. Druck GmbH, Ottobrunn bei München

ISSN 0932-2361

ISBN 3-8208-1230-X

Inhalt

Vorwort	5	6.6.1 Shigellenruhr	32
1 Einführung	7	6.6.2 Amöbenruhr	33
2 Vorbemerkungen	9	6.7 Toxoplasmose	33
3 Gemeingefährliche Krankheiten	11	6.8 Trichinose	34
3.1 Aussatz (Lepra)	11	7 Vektor-übertragene Infektionen	35
3.2 Cholera	11	7.1 Malaria	35
3.3 Fleckfieber	12	7.2 Rückfallfieber	35
3.4 Gelbfieber	13	7.3 Virusbedingtes haemorrhagisches Fieber	36
3.5 Pest	13	7.4 Denguefieber (nur DDR-Gebiet)	36
3.6 Pocken	13	8 Zoonosen (ohne Lebensmittelinfektionen)	37
4 Kinderkrankheiten	15	8.1 Tollwut	37
4.1 Diphtherie	15	8.2 Q-Fieber	37
4.2 Poliomyelitis (spinale Kinderlähmung)	16	8.3 Ornithose (Psittakose)	38
4.3 Scharlach	17	8.4 Tularaemie	38
4.4 Keuchhusten	18	8.5 Leptospirose	38
4.5 Masern	18	8.6 Milzbrand	39
4.6 Mumps (nur DDR-Gebiet)	19	8.7 Tetanus (Wundstarrkrampf)	39
4.7 Mikrosporidie	20	8.8 Gasbrand/Gasödem	40
5 Infektionskrankheiten bestimmter Organe bzw. Organsysteme	21	8.9 Rotz	41
5.1 Tuberkulose (aktive Form)	21	9 Parasitenbefall	42
5.2 Meningitis/Enzephalitis	21	9.1 Bandwurmbefall (nur DDR-Gebiet)	42
5.2.1 Meningokokken-Meningitis	22	9.2 Pedikulose (Läusebefall) (nur DDR-Gebiet)	42
5.2.2 übrige Formen	22	9.3 Skabies (Krätze) (nur DDR-Gebiet)	42
5.3 Hepatitis (Virushepatitis)	23	10 Angeborene Infektionen	44
5.4 Trachom	25	10.1 Cytomegalie	44
5.5 Keratokonjunktivitis, epidemische (DDR-Gebiet)	25	10.2 Listeriose	44
5.6 Mononukleose (nur DDR-Gebiet)	25	10.3 Lues	44
5.7 Pneumocystose (nur DDR-Gebiet)	26	10.4 Toxoplasmose	45
5.8 Influenza (Virusgrippe)	26	10.5 Rötelnembryopathie	45
5.9 Puerperalsepsis	27	11 Geschlechtskrankheiten	46
6 Lebensmittelinfektionen	28	12 Schlußbetrachtung	48
6.1 Enteritis infectiosa	28	13 Quellen, Literatur	49
6.2 Botulismus	30	Anhang A: Tabellen	54
6.3 Brucellose	30	Anhang B: Grafiken	186
6.4 Listeriose (nur DDR-Gebiet)	31		
6.5 Typhus und Paratyphus	31		
6.5.1 Typhus abdominalis	31		
6.5.2 Paratyphus	32		

Vorwort

Der Leiter der Abteilung Gesundheitswesen und Statistik im Bundesgesundheitsamt (Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie), Karl E. Bergmann, regte mich beim Ausscheiden aus dem aktiven Dienst an, die bei laufenden Arbeiten meines Fachgebietes „übertragbare Krankheiten, Impfwesen“ für verschiedene Zwecke erstellten Statistiken zusammenzustellen, miteinander und mit der amtlichen Statistik zu vergleichen und aufbereitet und kommentiert in einer Monographie zu veröffentlichen. Ursprünglich war geplant, die Statistiken für das ehemalige Reichsgebiet seit Ende des vorigen Jahrhunderts und das Bundesgebiet bis Ende der achtziger Jahre dieses Jahrhunderts zu bearbeiten. Inzwischen kam es zur Vereinigung der beiden deutschen Teilstaaten und es lag nahe, auch die Zahlen des DDR-Gebiets zu bearbeiten. Hierzu konnte Gernot Rasch vom ehemaligen Zentralinstitut für Hygiene, Mikrobiologie und Epidemiologie der DDR, der heute im Robert Koch Institut des Bundesgesundheitsamtes arbeitet, zur Mitarbeit gewonnen werden,

um die Zahlen für das DDR-Gebiet zu interpretieren. Frau Renate Großmann, Mitarbeiterin im Fachgebiet übertragbare Krankheiten, Impfwesen, besorgte die Zusammenstellung der Unterlagen des Bundesgesundheitsamtes und der amtlichen Statistik. Frau Elisabeth Jeschinowski, einer früheren Mitarbeiterin des Fachgebietes, gebührt besonderer Dank für Ihre seinerzeitige sorgfältige Arbeit bei der Erstellung und Archivierung der jetzt benutzten Unterlagen.

Diese Schrift ist nicht nur für Ärzte bestimmt, sondern auch für Wissenschaftler anderer Fächer, wie Statistiker, Soziologen, Juristen, Lehrer, aber auch für Politiker, Journalisten und andere Interessenten. Deshalb wurden den einzelnen Kapiteln kurze Bemerkungen über Art und Wesen der entsprechenden Krankheiten vorangestellt.

Hans-Philipp Pöhn
Gernot Rasch.

1. Einführung

Über Infektionskrankheiten liegen regelmäßige statistische Aufzeichnungen erst seit Ende des vorigen Jahrhunderts vor. Ältere Statistiken wurden unregelmäßig und nur dann geführt, wenn besondere Ereignisse, z.B. Epidemien, das sinnvoll erscheinen ließen. Die amtlichen Statistiken sind an verschiedenen Stellen zu finden (s. Quellen). Zusammenstellungen über den gesamten Zeitraum gibt es nur für ausgewählte Infektionskrankheiten. Diese von den Statistischen Ämtern herausgegebenen Aufzeichnungen umfassen neben den Grundzahlen auch Verhältniszahlen auf 100 000 Einwohner und 1 Jahr, also die Inzidenz: **Morbidität** (Erkrankungshäufigkeit) und **Mortalität** (Sterblichkeit). Aufzeichnungen über **Letalität** (Tödlichkeit einer Krankheit) liegen in der amtlichen Statistik nicht vor. Es erschien daher zweckmäßig, die an den verschiedenen Stellen verstreuten Angaben zusammenzustellen. Hierzu fanden sich in den Archiven des zuständigen Fachgebietes des Bundesgesundheitsamtes – z.T. auch handschriftliche – Aufzeichnungen, die zur Vorbereitung von Sitzungen oder gutachterlichen Stellungnahmen angefertigt worden waren. Diese, sowie die Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes bzw. des Statistischen Reichsamtes und der Staatlichen Zentralverwaltung für Statistik bzw. des Statistischen Amtes der DDR sind die Hauptquellen für die im folgenden verwendeten Daten (s. Quellen).

Bei der Aufbereitung zeigten diese Datenreihen leider erhebliche Lücken. Auch in den Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes waren keine weiteren Daten vorhanden; in den Archiven konnten sie ebenfalls nicht gefunden werden. Da diese Archive – wie auch die Unterlagen des Robert Koch Institutes – nicht durch Kriegseinwirkungen verlorengingen, ist anzunehmen, daß die fehlenden Daten überhaupt nicht erhoben und archiviert worden waren. Fortlaufende Daten gibt es bei den meisten meldepflichtigen Infektionskrankheiten für Erkrankungsfälle erst seit 1910 und für die Todesfälle bereits ab 1892.

Eine gesetzliche **Meldepflicht** besteht ohnehin erst seit 1900, sie wurde im Reichs-Seuchengesetz (*Gesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten*) für die 6 „gemeingefährlichen“ Krankheiten (s. Kap. 3) eingeführt. Vorher war die Abwehr

und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten nur durch landesrechtliche Vorschriften geregelt; die Cholera-Epidemie in Hamburg 1892 und die sich daran anschließende Verbreitung der Seuche nach anderen Orten im Reich gab Anlaß zu dem o.g. Gesetz (Festschrift, 1907). Es befaßte sich jedoch nur mit den sechs „Volksseuchen“ Aussatz (Lepra), Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken. Schon damals enthielt das Gesetz eine Ermächtigung, durch Beschluß des Bundesrates die Vorschriften über die Anzeigepflicht auf andere übertragbare Krankheiten auszudehnen. Deren Verhütung und Bekämpfung blieben somit landesrechtlichen Vorschriften überlassen, bis eine „reichseinheitliche“ Regelung 1938 durch die *Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten* vom 1. 12. 1938 geschaffen wurde.

Nach dem zweiten Weltkrieg wurde diese Verordnung z.T. mit Änderungen von den Bundesländern wieder in Kraft gesetzt, bis das „*Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen*“ (Bundes-Seuchengesetz – BSeuchG –) vom 18. 7. 1961 erlassen wurde. In der Folgezeit wurde das BSeuchG wiederholt durch andere Gesetze geringfügig geändert; fünf eigenständige Gesetze brachten erheblichere Änderungen. Besonders erwähnt sei hier das *Vierte Gesetz zur Änderung des Bundes-Seuchengesetzes* vom 18. 12. 1979 mit zahlreichen Änderungen auch hinsichtlich der Meldepflicht, das zu einer Neubekanntmachung des BSeuchG vom 18. 12. 1979 führte.

In der **Deutschen Demokratischen Republik** wurde das *Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen* vom 20. 12. 1965 durch das gleichnamige Gesetz vom 3. 12. 1982 abgelöst, das am 1. 3. 1983 in Kraft trat. Das Gesetz und 4 Durchführungsbestimmungen regeln die Seuchenbekämpfung zentralistisch. Es wurde nach dem Beitritt der Länder der bisherigen DDR zur Bundesrepublik Deutschland nach § 23 GG durch das BSeuchG abgelöst.

Die Meldepflicht war allerdings kein Selbstzweck, sie erschöpfte sich nicht in der Sammlung von Daten. Vielmehr diente sie in erster Linie als Grundlage für die Arbeit der zuständigen Behörden (Polizei, Gesundheitsämter, Ordnungsämter) bei

der Seuchenbekämpfung, sie zeigte den Handlungsbedarf auf.

Die Statistik übertragbarer Krankheiten hatte bis 1980 keine direkte **gesetzliche Grundlage**; erst die in letzter Zeit entstandenen Datenschutz-Anliegen, aber auch ein gewisser Sparwille der Bundesverwaltung, verlangten für alle amtlichen Statistiken gesetzliche Grundlagen. Dies führte bei der Novellierung des BSeuchG 1979 zu der Einfügung des § 5a, der die Bundesstatistik der meldepflichtigen Krankheiten regelt und somit auch Aufgaben einer modernen Gesundheitsberichterstattung erfüllt.

Voraussetzung für eine statistische Erfassung ist, daß die Erkrankung auch gemäß § 3 BSeuchG gemeldet wurde. Infolgedessen ist eine beträchtliche Dunkelziffer zu vermuten. Wahrscheinlich ist die bei einigen Krankheiten beobachtete (Wieder-)Zunahme der Letalität in den letzten Jahren auf eine wachsende Zahl nicht gemeldeter Erkrankungen zurückzuführen, da die in die Berechnung eingegangenen Sterbefallzahlen aus der amtlichen Todesursachenstatistik stammen. LANGE u. Mitarb. fanden bei ca. viermal mehr Probanden Leber-Marker, die auf eine Hepatitisinfektion hinwiesen, als Erkrankungen gemeldet worden waren und folgerten daraus einen deutlichen Rückgang der Meldedisziplin offenbar als Folge des Meinungsstreites um die Meldepflicht für AIDS oder die Infektion mit dem HIV. Voraussetzung für eine Meldung ist jedoch die Erkennung der Erkrankung, und es ist durchaus möglich, daß Hepatitis-Infektionen, die nur mit den modernen subtilen Methoden eines wissenschaftlichen Laboratoriums festgestellt werden können, von dem behandelten Arzt nicht erkannt und somit auch nicht gemeldet wurden. Ähnliches gilt auch für die Enteritis infectiosa, bei der Erkrankungen, die nach wenigen Tagen von selbst – oder nach mehr oder

weniger zweckmäßiger Selbstmedikation – ausheilen, eine ärztliche Behandlung nicht erforderten. Wie die offensichtliche „Zunahme“ der Campylobacter-Enteritiden in den letzten Jahren zeigt, wird sich durch die modernen Nachweismethoden die Zahl der erkannten und gemeldeten Fälle noch erhöhen; Näheres wird in Kap. 6.1 mitgeteilt.

Das Melderecht ist in der Bundesrepublik Deutschland sehr uneinheitlich. Einerseits handelt es sich hierbei historisch überkommen um Krankheitsbilder, wie z.B. Meningitis/Enzephalitis, Hepatitis oder Enteritis infectiosa, die durch mehrere unterschiedliche Erreger verursacht werden können. Andererseits wurden, vor allem in den neueren Fassungen auch erregerbezogene Krankheitsbegriffe eingeführt, wie Botulismus, Meningokokken-Meningitis, Brucellose, Leptospirose, Ornithose u.a. Dieser Zwispalt führt jedoch zu Unsicherheiten wie z.B. bei Yersiniose oder Listeriose, die als erregerbezogene Krankheitsbegriffe nicht meldepflichtig sind, aber bei bestimmten Krankheitsbildern wie Yersinia-Enteritis bzw. Listeria-Meningitis oder angeborener Listeriose zu melden sind. Bei künftigen Neufassungen des BSeuchG wäre es sicher zweckmäßig, einen einheitlichen Gebrauch erregerbezogener Krankheitsbegriffe einzuführen.

Solche Überlegungen gelten allerdings nur für die zukünftige Statistik und betreffen nicht die Statistiken der zurückliegenden Zeit. Früher wurde der Arzt mit einem Krankheitsbild konfrontiert, bei dem er nach einem etwaigen Erreger fahnden mußte. Auch hier ist sicher eine hohe Dunkelziffer durch nicht erkannte Infektionen zu berücksichtigen, doch erscheinen wegen der über die Zeit vergleichbaren Voraussetzungen Trendbeurteilungen durchaus vertretbar.

2. Vorbemerkungen

Quellen der im folgenden verwendeten Daten waren hauptsächlich Tabellen des Statistischen Bundesamtes und der Zentralverwaltung für Statistik bzw. des Statistischen Amtes der DDR über meldepflichtige übertragbare Krankheiten (Zeitreihen), bisher unveröffentlichte Aufzeichnungen aus dem Fachgebiet Übertragbare Krankheiten, Impfwesen des Bundesgesundheitsamtes und die Jahresberichte des Epidemiologischen Zentrums der Staatlichen Hygieneinspektion im Zentralinstitut für Hygiene, Mikrobiologie und Epidemiologie der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik. Todesfall-Zahlen wurden meist den amtlichen Todesursachenstatistiken entnommen. Die Bevölkerungszahlen entstammen den Statistischen Jahrbüchern.

Da es sich um unterschiedliche Gebietsgrößen (Deutsches Reich bis 1918, Deutschland in den Grenzen von 1937, „Großdeutschland“, Länder der Besatzungszonen nach dem zweiten Weltkrieg, Bundesrepublik Deutschland bzw. DDR) handelt, sind die Erkrankungs- und Todeszahlen nicht ohne weiteres vergleichbar. Deshalb wurden – mit Ausnahme der nur vereinzelt aufgetretenen Krankheiten – für alle Jahre die Verhältniszahlen – die Inzidenz (Morbidität und Mortalität) – sowie die Letalität berechnet und in den Tabellen wiedergegeben. Die jeweiligen Bevölkerungszahlen, die den Berechnungen zu Grunde liegen, sind in den Tabellen 2.1–2.4 aufgeführt. Verwendet wurden für das Reichs- und Bundesgebiet bis 1970 die „Mittlere Wohnbevölkerung“ und seit 1970 die jeweilige „Bevölkerungszahl“ der Amtlichen Statistik. Die Tabelle für das DDR-Gebiet enthält bis 1976 die Mittlere Wohnbevölkerung und danach die Bevölkerungszahl vom 30.06. des jeweiligen Jahres. Für die obengenannten Berechnungen spielen diese Unterscheidungen jedoch keine Rolle. Die Zahlen der Geborenen (Vergleichszahlen für angeborene Krankheiten) finden sich in Tabellen 2.5 und 2.6. Die Erkrankungs-Inzidenz (Morbidität) errechnet sich aus der Zahl der Erkrankten dividiert durch die Bevölkerungszahl und multipliziert mit 100000. Entsprechend wurde auch die Todesfall-Inzidenz (Mortalität) berechnet. Die Letalität, die Sterberate der Erkrankten, wird als Anteil der Gestorbenen von der Zahl der Erkrankten in % angegeben.

Auf die Angabe altersstandardisierter Fallzahlen wurde verzichtet, weil vor allem das Verhältnis der Infizierten zu der gefährdeten Gesamtbevölkerung epidemiologisch bedeutsam ist. Außerdem sind die Zahlen der Altersverteilung bei den übertragbaren Krankheiten vor allem in den früheren Jahren sehr lückenhaft. Die Angabe von altersstandardisierten Sterbeziffern kann zur Beurteilung des Trends nur von Bedeutung sein, wenn zum einen die entsprechenden Todesursachen eine deutliche altersspezifische Verteilung aufweisen (wie z.B. bei Kinderkrankheiten) und zum anderen die Höhe der Sterbeziffern derartige Berechnungen sinnvoll erscheinen läßt. Der Anteil der unter 15 Jahre alten Kinder und Jugendlichen an der jeweiligen Gesamtbevölkerung sank von 35,1% im Jahre 1890 bis 1939 auf 23,3%, blieb bis 1970 konstant und fiel dann bis 1986 auf 14,7% ab (s. auch Abschnitt 4. Kinderkrankheiten).

In den Tabellen wurde die in der beschreibenden Statistik übliche Notation verwendet. Es bedeuten:

- der betreffende Wert ist genau Null
- 0,00 der betreffende Wert ist kleiner als 0,005
- Der Wert liegt nicht vor
- ... Der Wert liegt noch nicht vor
- × Eintragung muß aus sachlichen Gründen entfallen.

Gemäß der Übung des Statistischen Bundesamtes wurden Werte von 0,5 und mehr auf eine Nachkommastelle und Werte unter 0,5 auf zwei Nachkommastellen berechnet. Ferner wurde das Zeichen „x“ z.B. für Letalitätszahlen ausgegeben, wenn die Zahl der Todesfälle die der Erkrankungen im gleichen Kalenderjahr übersteigt oder wenn die Zahl der Erkrankungen unter 30 liegt, wobei eine Prozentberechnung sinnlos wäre.

Um den hohen Unterschieden der Inzidenzwerte in den letzten hundert Jahren gerecht zu werden, unterscheiden sich die Grafiken für die verschiedenen Zeitabschnitte im Maßstab der Ordinaten. Inzidenzwerte werden grundsätzlich in Linien-Grafiken, Fallzahlen dagegen in Säulen dargestellt. Wo es zweckmäßig erschien, wird der jeweilige Trend (Regressionsgerade) wiedergegeben.

Die Reihenfolge, in der die einzelnen Krankheiten aufgeführt werden, ist rein pragmatisch, um auch den nicht mikrobiologisch vorgebildeten Lesern eine einprägsame Übersicht zu geben. Darüberhinaus ist es schwierig, die früher gebrauchten Krankheitsbegriffe in unser heutiges Schema einzuordnen. Zweifellos lassen sich einzelne Krankheiten in mehreren Abschnitten auführen, wie z.B. Fleckfieber auch in Vektor-übertragene Infektionen oder Enteritis infectiosa in Zoonosen. Solche Fragen werden ggf. in den einzelnen Kapiteln erörtert.

Die Schreibweisen der einzelnen Krankheitsbegriffe richten sich nach den jeweiligen Rechtsvorschriften (BSeuchG im früheren Bundesgebiet oder 1. DB zum Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen der ehemaligen DDR). Unterschiedliche Schreibweisen sind daher möglich.

3. Gemeingefährliche Krankheiten

Der Begriff „Gemeingefährliche Krankheiten“ stammt aus dem Reichs-Seuchengesetz von 1900 (s. Abschn. 1). Dieses Gesetz betraf die Krankheiten „Aussatz (Lepra), Cholera (asiatische), Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientalische Beulenpest) und Pocken (Blattern)“. Diese Krankheiten und das Rückfallfieber wurden mit Ausnahme der Lepra von der Weltgesundheitsorganisation in den Internationalen Sanitätsvorschriften als „quarantänepflichtige“ Krankheiten eingestuft. Später bei der Neufassung und Umbenennung in „*Internationale Gesundheitsvorschriften*“ wurden Fleckfieber und Rückfallfieber nicht mehr eingeschlossen, so daß nur noch 4 quarantänepflichtige Krankheiten aufgeführt waren. Nach der Tilgung der Pocken werden heute nur noch Cholera, Gelbfieber und Pest als quarantänepflichtige Krankheiten angesehen.

Die *gemeingefährlichen* Krankheiten spielen heute noch in warmen Ländern, vor allem der „Dritten Welt“, eine bedeutsame Rolle; in der Bundesrepublik Deutschland sind sie unwesentlich geworden.

3.1 Aussatz (Lepra)

Die Lepra (Aussatz) ist eine granulomatöse Erkrankung von Haut und Schleimhäuten sowie der peripheren Nerven, kann aber auch innere Organe befallen. Sie wird durch das *Mycobacterium leprae* hervorgerufen. Lepra war schon im Altertum bekannt und wurde damals als besonders ansteckend angesehen, wie der alte Namen „Aussatz“ zeigt. Sie ist noch heute vor allem in den warmen Ländern der Dritten Welt verbreitet; nach einer Schätzung der Weltgesundheitsorganisation waren um 1980 weltweit über 10 Mio. Menschen an Lepra erkrankt (Steinbrück, in Brüscke 1983).

In Deutschland ist die Lepra selten, um die Jahrhundertwende gab es im Deutschen Reich (Festschrift 1907)

1898	32,
1899	33,
1900	32,
1901	37,
1902	32,

1903	25,
1904	23,
1905	26 und
1906	29 Leprakranke (Prävalenz !).

Für 1938 wurde ein Bestand von 9 Leprafällen berichtet; 1939 kamen 12 Neuzugänge hinzu, davon 9 Insassen des Lepraheimes bei Memel (Kolle-Hetsch; 1952). Für die Jahre 1924–1938 wurden nur 2 Todesfälle an Lepra verzeichnet, je 1 Fall 1924 und 1936. Die Erkrankungen betrafen vorwiegend Ausländer, nahezu alle Erkrankungen wurden aus dem Ausland eingeschleppt.

Die Erkrankungs- und Todesfallzahlen von 1947 bis 1989 sind in Tabelle 3.1.1 und für das Gebiet der früheren DDR in Tab. 3.1.2 wiedergegeben. Wie diese Tabellen und die Grafik 3.1.1 zeigen, traten Leprafälle zunächst nur vereinzelt auf. Vermehrte Einschleppungen wurden von 1962 bis 1972 festgestellt, als Gastarbeiter aus den Ländern des östlichen Mittelmeeres in größerer Zahl angeworben wurden. Seit 1975 haben sich die Zahlen der jährlichen Neuzugänge wiederum erhöht. Dies ist jetzt durch einen vermehrten Zustrom von Ausländern, vorwiegend aus Süd- und Südostasien oder Afrika, in die Bundesrepublik Deutschland (z. B. Asylanten) bedingt (eigene Beobachtungen). Ähnliche Feststellungen konnten auch in der ehemaligen DDR gemacht werden, Ursprungsländer waren vor allem die sozialistischen Länder Afrikas, Ost- und Südasiens sowie Kuba (Jahresberichte des Epidemiologischen Zentrums der ehemaligen DDR).

Autochthone Lepra-Fälle wurden in Deutschland nicht beobachtet, eine Ansteckung in der Umgebung der Erkrankten trat nicht auf. Eine Gefährdung der einheimischen Bevölkerung durch eingeschleppte Lepra-Erkrankungen ist nicht zu besorgen (vgl. auch Anders 1963).

3.2 Cholera

Die Cholera ist eine Lebensmittelinfektion, die Ansteckung geschieht meist durch Wasser, kann aber auch durch Schmierinfektion erfolgen. Der Erreger ist *Vibrio cholerae*, ein gramnegatives,

kommaförmiges Bakterium. Die Seuche kam sicherlich schon lange in ihrem Ursprungsgebiet im Delta von Ganges und Brahmaputra vor. In Europa war sie bis Ende des 18. Jahrhunderts unbekannt. Seit Beginn des 19. Jahrhunderts trat die Cholera dann in 6 Pandemien auf, die Europa und damit auch Deutschland erreichten (Germer, W. D.; in Gsell-Mohr, 1968):

1. 1817–1823
2. 1826–1837
3. 1846–1862
4. 1864–1875
5. 1883–1896
6. 1902–1923.

Fortlaufend lückenlose Zahlen für das gesamte Reichsgebiet liegen aus dieser Zeit nicht vor, wohl aber aus Preußen (s. Tab. 3.2.1). Diese Tabelle zeigt neben den erheblichen Erkrankungs- und Sterbeziffern vor allem die hohe Sterblichkeit der Cholera asiatica.

Zwischen 1923 und 1971 trat die Cholera in Deutschland nicht auf. 1961 entwickelte sich in Celebes (Indonesien) ein neuer Cholera-Herd, bei dem die Erkrankungen wesentlich milder und mit geringerer Sterblichkeit verliefen; sie wurden durch den Biotyp El tor des *Vibrio cholerae* hervorgerufen.

Von hier aus verbreitete sich ein neuer Seuchenzug der Cholera weltweit und kam auch bis nahe an Europa. In die Bundesrepublik Deutschland wurden Fälle eingeschleppt (s. Tab. 3.2.2), jedoch kam es nicht zu Sekundärinfektionen und somit auch nicht zu Ausbrüchen. In die ehemalige DDR wurden 1988 und 1989 je 1 Fall importiert. Grafik 3.2.1 zeigt die Häufigkeit der Einschleppungen und deren Verteilung in diesen Jahren.

3.3 Fleckfieber

Das klassische (epidemische) Fleckfieber (Typhus exanthematicus – Erreger: *Rickettsia prowazeki*) in der „Alten Welt“ wird nur durch die Kleiderlaus von Mensch zu Mensch übertragen. Infolgedessen breitet es sich besonders unter unhygienischen Verhältnissen aus, wie sie vor allem in Kriegszeiten bestehen. Fleckfieber ist daher eine typische „Kriegsseuche“, was sich auch noch im zwanzigsten Jahrhundert bestätigte.

Die Zahlen für die Erkrankungen und Todesfälle sowie Morbidität, Mortalität und Letalität unter der Zivilbevölkerung sind in Tab. 3.3.1 und 3.3.2 für das Reichsgebiet und das Bundesgebiet wiedergegeben; für das DDR-Gebiet liegen keine Angaben vor. Wie die Tabellen und die Grafiken 3.3.1 und 3.3.2 zeigen, spielte das Fleckfieber seit 1910 nur in den beiden Weltkriegen eine Rolle; in Friedensjahren traten, wenn überhaupt, nur ganz vereinzelt meist auf Einschleppung aus Fleckfieber-Gebieten zurückzuführende Erkrankungen auf. Im ersten Weltkrieg kam es unter der Zivilbevölkerung zu einer größeren zweigipfligen Epidemie, deren Hauptgipfel im Jahre 1915 mit einer Morbidität von nahezu 10 (auf 100000 Einwohner im Jahr) lag. Ihm folgte ein zweiter Gipfel im Jahre 1919, offensichtlich nach der Rückführung des deutschen Feldheeres. Die Letalität beträgt für die Zeit von 1915 bis 1922 23,0% (2554 Todesfälle auf 11120 Erkrankungen). Gesamtzahlen über das Auftreten von Fleckfieber beim deutschen Heer im ersten Weltkrieg liegen nicht vor.

Auch im zweiten Weltkrieg kam es wieder durch Einschleppungen in die Zivilbevölkerung zu einer beträchtlichen Epidemie in den Jahren 1941–1946. Zahlen für die Todesfälle liegen nicht vor, so daß Angaben über Mortalität und Letalität nicht möglich sind. Auch sind keine Erkrankungszahlen für 1944 und 1945 bekannt, es kann also nicht von einer zweigipfligen Epidemie gesprochen werden, obgleich dies nicht sicher auszuschließen ist. Für die deutsche Wehrmacht werden die Zahlen der Erkrankungen mit 180000 sowie der Toten mit 13000 angegeben (Kolle-Hetsch-Schloßberger, 1952), was einer Gesamtletalität von 13,8% entspricht.

Da die Zahlen der Erkrankungen und Todesfälle immer für ein Kalenderjahr angegeben werden, verlaufen bei hohen Erkrankungszahlen sowie infolge von Spätrezidiven in den Folgejahren die Werte für Erkrankungen und Todesfälle unabhängig voneinander, wobei die Sterbeziffern auch die Zahlen der Neuerkrankungen übersteigen können, so daß Berechnungen von Letalitätszahlen nicht sinnvoll sind.

Im Bundes-Seuchengesetz wird der Begriff Fleckfieber nicht besonders qualifiziert, andererseits aber auch nicht die Angabe der Form (Klassisches (Läuse-) Fleckfieber, Zeckenbissfieber, murines Fleckfieber, Felsengebirgsfieber, Tsutsugamuschi-fieber o.Ä.) gefordert. Deshalb können die Zahlen

insbesondere der letzten Jahre auch Einschleppungen anderer Rickettsiosen anzeigen, ohne daß nähere Angaben vorliegen.

3.4 Gelbfieber

Das Gelbfieber ist eine akute fieberhafte Erkrankung vom Typ der haemorrhagischen Fieber mit bevorzugtem Befall von Leber und Nieren. Der Erreger gehört zu den Flavi-Viren. Das Virus wird durch Aedes-Mücken übertragen und kommt nur in den Verbreitungsgebieten dieser Mückenarten, den tropischen Gebieten Afrikas und Amerikas vor. In Mitteleuropa tritt der Überträger nicht auf, infolgedessen kann sich die Krankheit hier nicht verbreiten.

Gelbfieber-Erkrankungen im Reichsgebiet, Bundesgebiet und DDR-Gebiet sind nicht bekannt geworden. Nach dem Bundes-Seuchengesetz ist Gelbfieber nur meldepflichtig, um bei etwaigen Einschleppungen den Verpflichtungen der Internationalen Gesundheitsvorschriften nachzukommen (amtl. Begründg. zu § 31 BSeuchG). Es gibt eine wirksame und gut verträgliche Schutzimpfung gegen Gelbfieber, sie ist bei Reisen in Gelbfiebergebiete vorgeschrieben.

3.5 Pest

Bei der Pest handelt es sich um eine Zoonose. Hauptwirte des Erregers *Yersinia pestis* sind kleine Nagetiere, vor allem Ratten; Überträger (Vektoren) sind Flöhe. Nach dem Stich eines erregertragenden Flohes kommt es beim Menschen zu einer lokalen Infektion mit Entzündung der regionären Lymphknoten (*Bubonepest*). Diese kann häufig zu Septikämien mit Absiedelungen der Erreger in verschiedene Organe, besonders in die Lungen und dadurch zur *Lungenpest* führen, die dann über Tröpfcheninfektionen von Mensch zu Mensch übertragen wird.

Die Seuche war schon im Altertum bekannt und führte in Europa im Mittelalter und in der frühen Neuzeit zu verheerenden Seuchenzügen mit sehr zahlreichen Erkrankungen und Todesfällen. Seit der Mitte des 18. Jahrhunderts nahmen die Erkrankungszahlen schnell ab. Als Gründe hierfür werden neben der Verbesserung der allgemeinen Hygiene und des Siedlungswesens besonders Virulenzände-

rung des Erregers, Rückgang der Menschenfloh-Verbreitung sowie Änderung der Rattenpopulation diskutiert.

In den letzten Jahrzehnten sind Pestfälle in Deutschland nicht bekannt geworden. Weltweit gibt es derzeit noch Pest-Vorkommen in tropischen Gebieten Afrikas, Süd- und Südost-Asiens sowie Amerikas.

3.6 Pocken

Bei den Pocken handelte es sich um eine hochfieberhafte exanthematische Allgemeinerkrankung des Menschen; Erreger waren Orthopoxviren. Die Krankheit war schon im Altertum bekannt. Bei der Mumie des Pharaos Rhamses V (1100 v. Chr.) wurden Zeichen einer Pockenerkrankung festgestellt. Wahrscheinlich waren die Pocken auch in Mitteleuropa vorhanden; endgültig eingeschleppt wurden sie im 8. Jahrhundert durch Mauren und Sarazenen. Im Mittelalter waren die Pocken in Deutschland endemisch und traten als Kinderkrankheit auf. Sie waren für die hohe Kindersterblichkeit mitverantwortlich. Erwachsene, die im Kindesalter die Pocken überstanden hatten, waren zeitlebens immun. Durch die rasche Verbreitung der Jennerschen Pockenschutzimpfung wurden im 19. Jahrhundert die Kinder mehr und mehr vor der Erkrankung geschützt; jetzt befielen die Pocken Erwachsene, deren Impfschutz nachgelassen hatte.

Über Pockenerkrankungen und -todesfälle liegen verhältnismäßig umfangreiche Daten vor, da die Pocken leicht zu erkennen waren und die Bekämpfung der damals noch einzigen Infektionskrankheit, gegen die es ein Schutzmittel gab, einen hohen Stellenwert hatte. Die Todesfall-Statistik in Deutschland reicht bei Pocken bis 1886 zurück; Erkrankungszahlen sind seit 1896 registriert. Aus einzelnen Bundesländern liegen auch noch frühere Zahlen vor. Wie die Tabellen 3.6.1–3.6.3 und die Grafiken 3.6.1 und 3.6.2 zeigen, traten die Pocken, nachdem die letzte große Pockenepidemie in Preußen (1870–1875) durch die Schutzimpfung gestoppt worden war (Reichsgesundheitsamt 1925), im Deutschen Reich zunächst noch in geringer Zahl auf. Am Ende des ersten Weltkrieges kam es dann nochmals zu einer beträchtlichen Pockenepidemie, die aber nicht die Ausdehnung der Epidemie 1870–1875 erreichte. Ab 1922 nahmen die Erkrankungszahlen rasch ab, nach 1930, wie auch im zweiten Weltkrieg,

traten Pocken-Erkrankungen nur noch ganz vereinzelt auf. In der frühen Nachkriegszeit – in den Jahren 1946–1949 – kam es in den westlichen Besatzungszonen zu umschriebenen Ausbrüchen mit insgesamt 31 statistisch erfaßten Erkrankungen (s. auch Weise, H. J.; 1980). Bis Mitte der fünfziger Jahre war dann das Bundesgebiet und das DDR-Gebiet gänzlich pockenfrei.

Erst infolge der Zunahme des internationalen Flugverkehrs kam es von 1957 bis 1972 wieder zu Pockeneinschleppungen, die in Tab. 3.6.4 zusammengestellt sind. Alle Erkrankungen wurden aus damaligen

Pocken-Endemiegebieten eingeschleppt (Nr. 11 indirekt) und erfolgten bis auf eine Ausnahme auf dem Luftweg. Insgesamt waren es bei 11 Einschleppungen 89 Erkrankungen und 10 Todesfälle (Geringfügige Abweichungen gegenüber der amtlichen Statistik sind durch die Ungenauigkeit statistischer Erhebungen bedingt. Die in Tab. 3.6.4 wiedergegebenen Zahlen beruhen auf unmittelbaren Erhebungen „vor Ort“ zum Zwecke der Seuchenüberwachung und sind daher zuverlässig). Weltweit ist der letzte auf natürlichem Weg übertragene Pockenfall 1977 in Somalia aufgetreten; im Jahre 1980 konnte die Weltgesundheitsorganisation die vollständige Ausrottung der Pocken erklären.

4. Kinderkrankheiten

In diesem Kapitel werden meldepflichtige übertragbare Krankheiten abgehandelt, die meist noch vor 100 Jahren fast ausschließlich im Kindesalter auftraten und eine dauerhafte Immunität hinterließen, die vor Wieder-Erkrankungen im späteren Lebensalter schützte. Es handelt sich derzeit um *Diphtherie*, *Poliomyelitis*, *Scharlach*, *Keuchhusten* und *Masern* sowie in der früheren DDR *Mumps*. Außerdem zählen hierzu noch die *Pocken*, die als „gemeingefährlich“ galten und daher in Kapitel 3.6. abgehandelt werden, und in einem gewissen Sinne auch die *Meningokokken-Meningitis* (s. Kap. 5.2.1).

Infolge der modernen Hygiene und vor allem durch Schutzimpfungen werden Kinder mehr und mehr vor diesen Krankheiten geschützt. Dies kann jedoch dazu führen, daß zunehmend oft schwer verlaufende Ersterkrankungen in späteren Lebensabschnitten auftreten, besonders wenn kein Impfschutz bestand.

4.1 Diphtherie

Die Diphtherie ist eine weltweit verbreitete akute Infektionskrankheit. Sie befällt besonders Haut und Schleimhäute, wobei in den Zonen mit gemäßigttem Klima die Infektion der Schleimhäute im Vordergrund steht. Die Bildung eines Exotoxins durch den Erreger, das *Corynebacterium diphtheriae*, kann zu schweren Allgemeinschäden führen (Rudkowski). Die Krankheit wurde schon im 2. Jahrhundert n.Chr. erwähnt, sie trat in Europa seit Beginn der Neuzeit wiederholt epidemisch auf.

Bei der Diphtherie liegen derzeit jährliche Daten über Sterbefälle seit 1892 und über Erkrankungen seit 1910 vor (s. Tab. 4.1.1–4.1.4). Wie diese Tabellen und die Grafik 4.1.1. zeigen, fiel die jährliche **Mortalität** nach Einführung der Serumtherapie 1895 von nahezu 150 Todesfällen auf 100 000 Einwohner (aller Altersklassen) auf zunächst 60 und im Jahre 1900 auf weniger als 40 verhältnismäßig rasch ab. In der gleichen Zeit ging der Anteil der unter 15 Jahren alten Kinder und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung nur um 0,3% zurück (s. Abschnitt 2). Der Rückgang der Diphtherie-Mortalität wird auch durch die wiedergegebene Trendlinie augenfällig (Grafik 4.1.1).

Betrachtet man die seit 1910 aus den Erkrankungszahlen errechnete **Morbidität** (s. Grafik 4.1.2), so erkennt man zwei Häufigkeitsgipfel zu den Zeiten der beiden Weltkriege (1914–1918 und 1939–1945). Nach dem ersten Weltkrieg sank die Morbidität bis 1922 auf den bisher niedrigsten Stand ab, stieg aber seit Beginn der Wirtschaftskrise um 1930 wieder um das Dreifache an. Im zweiten Weltkrieg folgte ein weiterer Anstieg um das Doppelte, insgesamt also auf den sechsfachen Wert von Mitte der zwanziger Jahre. Infolgedessen zeigte der Morbiditätstrend zwischen 1910 und 1945 deutlich eine ansteigende Tendenz. Bei der Mortalität gab es in diesem Zeitraum nur geringfügige Schwankungen, die den Mortalitäts-Trend nicht wesentlich beeinflussten.

Die Zeit nach dem 2. Weltkrieg muß bei der Diphtherie in zwei Abschnitte unterteilt werden: 1945–1965 und 1965–1989. Im ersten Abschnitt 1945–1965 nahm die anfänglich noch sehr hohe **Morbidität** sowohl in der Bundesrepublik als auch in der damaligen DDR sehr schnell ab, wenn auch die Werte für die DDR etwas höher lagen (Grafik 4.1.3). Im Jahre 1965 unterschritten in beiden deutschen Teilstaaten die Werte für die Diphtherie-Morbidität den Wert von 0,5. Ähnliche Verhältnisse zeigen sich auch bei der **Mortalität** in diesem Zeitraum (Grafik 4.1.4). Zwischen 1945 und 1965 ist der Anteil von Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren konstant geblieben (s. Abschnitt 2); der Rückgang der Diphtherie-Morbidität und -Mortalität ist daher real und nicht nur scheinbar.

Für den Zeitabschnitt 1965–1989 sind wegen der geringen Morbiditätswerte in Grafik 4.1.5 Fallzahlen dargestellt. Nach einem weiteren Absinken der Erkrankungshäufigkeit traten in der Regel nur noch sehr wenige Erkrankungen im Jahr auf, bis auf einzelne Jahre mit begrenzten epidemischen Ausbrüchen mit verhältnismäßig hoher Letalität (s. nächsten Absatz). Im DDR-Gebiet traten bis 1973 nur ganz vereinzelt Erkrankungen auf, von 1974–1985 wurden dort überhaupt keine Diphtherie-Fälle gemeldet (s. Tab. 4.1.4).

Interessant ist bei der Diphtherie die Entwicklung der **Letalität**. 1910–1925 lag sie bei etwa 10% und sank dann auf ca. 5% ab. Auffallend ist, daß die

Letalität in dem ausgesprochenen Morbiditätsgipfel im zweiten Weltkrieg nur gering angestiegen war. Unmittelbar danach, in den Jahren 1948 und 1949 sank sie sogar unter 3% und weiterhin bis 1960 bis auf 1–2% ab. In den Folgejahren wurden kaum noch Diphtherie-Erkrankungen und -Todesfälle beobachtet, doch zeigten sich in den Jahren 1971, 1975, 1976 und 1982 umschriebene Ausbrüche mit relativ wenig Erkrankungen aber verhältnismäßig hoher Letalität. Dabei betrug die Letalität für den Zeitraum von 1971–1988 9,7% (40 Todesfälle auf 414 Erkrankungen) und liegt damit deutlich höher als in den vorausgegangenen Jahren. Möglicherweise handelt es sich bei den meist aus tropischen Ländern eingeschleppten Erregern der Krankheit um besonders toxisogene Stämme.

Von einem säkularen Rhythmus der Diphtherie von 30 Jahren konnten bisher nur zwei Gipfel statistisch erfaßt werden. Diese fallen aber in die Zeiten des ersten und zweiten Weltkrieges, so daß man auch annehmen kann, daß die äußeren Umstände zu dem Zustandekommen wesentlich beitrugen. Dafür spricht außerdem, daß bei einem 30-Jahre Rhythmus zu erwartende Epidemie in den siebziger Jahren ausgeblieben ist.

Schutzimpfungen, insbesondere Reihenimpfungen, die seit Mitte der dreißiger Jahre in einigen Gebieten des Reiches, vor allem in Nordwest-Deutschland durchgeführt wurden (Wohlfeil), konnten den Erkrankungsgipfel des zweiten Weltkrieges nicht verhindern, sie waren für den Rückgang der Erkrankungen nach dem ersten Weltkrieg ohnehin nicht ursächlich, wahrscheinlich auch nicht für den Rückgang in den ersten Jahren nach dem zweiten Weltkrieg. Diphtherie-Schutzimpfungen mit Toxoiden schützen nicht vor der Infektion, sondern nur vor einer Erkrankung und Intoxikation. Offensichtlich vermindern sie jedoch bei Di-Keimträgern auch den Umlauf toxisogener Stämme (Rudkowski). Durch Einschleppung hochtoxikogener Stämme kann es auch jetzt noch zu Diphtherie-Erkrankungen mit einer hohen Letalität, die der der Jahre vor dem ersten Weltkrieg entspricht, kommen. Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, wie Absonderung und Riegelungsimpfung, konnten jedoch bisher eine Ausbreitung trotz der nur noch teilweise immunen Bevölkerung (Pilars de Pilar) verhindern (vgl. auch Naumann). Daher ist auch vor einer Reise in tropische Länder wegen des reduzierten Gehaltes an schützenden Antikörpern bei einem Großteil der Bevölkerung eine Auffrischimpfung dringend anzuraten.

4.2 Poliomyelitis

Bei der Poliomyelitis (syn. spinale Kinderlähmung) handelt es sich um eine in der Regel bland verlaufende fieberhafte Allgemeinerkrankung, die in einigen Fällen zur Entzündung im Zentral-Nervensystem und bleibenden schlaffen Lähmungen führen kann. Die Erreger gehören zu den Picornaviren. Der Krankheitsbegriff ist verhältnismäßig jung, wenn auch Fanconi (Gsell-Mohr, Bd. 1 1967) einige frühere Berichte und Abbildungen für Poliomyelitis bzw. deren Folgen hält. Das Krankheitsbild wurde Mitte des 19. Jahrhunderts erstmals beschrieben (Heine, 1840; Medin 1890). Unter den wenig hygienischen Lebensverhältnissen früherer Jahrhunderte führte die Infektion mit dem weltweit verbreiteten Erreger in den ersten Lebenswochen zu einer bland verlaufenden Erkrankung und dadurch zu einer lebenslangen auffrischbaren Immunität. Noch heute liegen ähnliche Verhältnisse in zahlreichen Ländern der Dritten Welt vor. Durch die Besserung der hygienischen Zustände auch in Entwicklungsländern wird die Ausbreitung des Poliomyelitisvirus im Säuglingsalter zurückgedrängt, so daß Erstinfektionen in späteren Lebensabschnitten erfolgen können (Kindergarten, Schule). Dies führt in einigen Fällen zu neurologischen Manifestationen und damit zur Entwicklung der charakteristischen Krankheitsbilder mit den typischen schlaffen Lähmungen, die für die Betroffenen und ihre Familien ein schweres Schicksal darstellen. Noch de Rudder ordnete 1949 die Poliomyelitis den „Zivilisationsseuchen“ zu.

Zahlen der Erkrankungen und Todesfälle liegen seit 1910 – mit umständebedingten Lücken am Ende des zweiten Weltkrieges – vor (Tab. 4.2.1–4.2.3). Während anfangs nur wenige Erkrankungen gemeldet wurden und die Morbidität entsprechend niedrig war, kam es Ende der zwanziger Jahre erstmals zu bedeutenderen epidemischen Häufungen, deren jährliche Morbiditätswerte um 5 (Erkrankungen auf 100 000 Einwohner) lagen. Die Kurven der Morbidität (Grafik 4.2.1) sowie der Mortalität (Grafik 4.2.2) zeigen übereinstimmend in den dreißiger und vierziger Jahren insgesamt 4 Gipfel und einen deutlich ansteigenden Trend.

In der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg zeigen Morbiditäts- und Mortalitätskurve einen gleichsinnigen Verlauf, der sich aber durch die Höhe der Werte (Maßstab der Ordinate) unterscheidet. In den fünfziger Jahren lagen die Werte sehr hoch. Im Bundesgebiet wurden 4 Gipfel beobachtet, der zweite (1952) war der Höchststand der Morbidität von

18,9 (9750 Erkrankungen in der Bundesrepublik). Noch 2 weitere Morbiditätsgipfel folgten 1956 sowie 1960/61. 1962 führte die damals gut organisierte und durchgeführte Massenimpfung der gefährdeten Bevölkerungsgruppen zu einem abrupten Abfall der Morbidität, die seit 1964 unter 0,1 liegt. Im DDR-Gebiet ließ sich ein ähnlicher Verlauf feststellen, allerdings folgten die Morbiditäts- und Mortalitäts-gipfel denen im Bundesgebiet jeweils mit einem Jahr Abstand. Folglich lag hier der Höchststand der Morbidität im Jahre 1953 mit 14,6. Im DDR-Gebiet kam es damals nur noch zu einem weiteren Gipfel, ehe durch die Massenschutzimpfungen, die hier vor dem Termin im Bundesgebiet durchgeführt worden waren, die Poliomyelitis-häufigkeit drastisch gesenkt wurde.

Letalitätszahlen dürfen wegen der unterschiedlichen Erhebungsqualitäten bei Erkrankungen (Meldungen von Ärzten) und Todesfällen (Todesursachen-Statistik) nicht überbewertet werden. Schwankungen sind daher erhebungsbedingt.

Nach den Ergebnissen der Poliomyelitis-Erhebungen im Rahmen der Seuchenüberwachung des BGA lagen in den letzten Jahren fast ausschließlich Einschleppungen von Erkrankungen – vorwiegend aus tropischen Ländern – in die Bundesrepublik vor. In keinem Falle kam es zu einer Übertragung auf die deutsche Wohnbevölkerung. Hierdurch ist deutlich der gute Schutz der Bevölkerung zu erkennen. Seit 1979 sind Poliomyelitiserkrankungen bei deutschen Kleinkindern nicht mehr aufgetreten. Verstärkte Ausländerimpfungen haben inzwischen dazu geführt, daß der Poliomyelitisschutz der sich langfristig in der Bundesrepublik aufhaltenden Ausländer ebenfalls ausgezeichnet ist. In der damaligen DDR wurden seit 1963 keine durch Poliomyelitis-Wildvirus verursachten Erkrankungen gemeldet. Das Ausbleiben von Einschleppungen ist durch die geringe Zahl genehmigter Reisen und durch Wiederholungs-Impfungen der Reisenden zu erklären. Allerdings spielen impfassoziierte Poliomyelitiden – vor allem durch Kontaktinfektionen bei Geimpften, wie auch im früheren Bundesgebiet – eine Rolle.

4.3 Scharlach

Scharlach (*Scarlatina*) ist eine akute Infektionskrankheit, besonders des Kindesalters mit Angina und Exanthem. Berichte, die mit hoher Wahr-

rscheinlichkeit auf Scharlach hinweisen, liegen seit dem 16. Jahrhundert vor. Verursacht wird der Scharlach durch erythrogenes Toxin bildende Streptococcus pyogenes (A) Stämme.

Zahlen für die jährlichen Sterbefälle liegen von 1892 bis heute für das frühere Reichsgebiet, Bundesgebiet und DDR-Gebiet vor (s. Tabellen 4.3.1–4.3.4). Die *Mortalitätskurve* (Grafik 4.3.1) zeigt für das Reichsgebiet bis 1925 einen deutlich abnehmenden Trend. Spitzen um 20 und mehr Sterbefälle pro 100000 Einwohner im Jahr traten 1892 und 1893, 1899–1904 sowie 1915 auf. Erst im zweiten Weltkrieg kam es dann wieder zu einer Zunahme der Mortalität auf 5.

Erkrankungszahlen liegen bei Scharlach ab 1910 vor. Die *Morbidität* zeigt bis Ende des zweiten Weltkrieges einen deutlich ansteigenden Trend. Die Erkrankungshäufigkeit sank von einem verhältnismäßig hohem Wert um etwa 200 (Erkrankungen/100000 Einwohner und Jahr) nach Ende des ersten Weltkrieges auf Werte unter 100 ab, erreichte aber 1928 wiederum knapp 200 (Grafik 4.3.2). Nach einem erneuten Absinken stieg die Morbidität in den dreißiger Jahren wieder an und erreichte im zweiten Weltkrieg 1942 einen Spitzenwert von über 500.

Die *Letalität* erreichte im ersten Weltkrieg (1915) ihren höchsten Stand mit über 9% und fiel dann rasch auf Werte um etwa 1% ab (Grafik 4.3.3). Im zweiten Weltkrieg stieg die Letalität nicht mehr an. Seit 1950 liegt sie nur geringfügig über 0, was sicherlich durch die chemotherapeutische Behandlung erreicht wurde. Für die erhöhte Mortalität war im ersten Weltkrieg offensichtlich eine hohe Letalität, im zweiten Weltkrieg dagegen eine hohe Morbidität ursächlich.

Nach dem zweiten Weltkrieg ging die *Mortalität* (Grafik 4.3.4) im Bundesgebiet sowie im DDR-Gebiet in wenigen Jahren auf nahezu 0 zurück. Wegen des größeren Maßstabes der Ordinate dieser Grafik gegenüber 4.3.1 darf die Höhe der Spitze von 1950 im DDR-Gebiet nicht überbewertet werden.

In den Nachkriegsjahren sanken im Bundesgebiet die *Morbiditäts*-Werte von 100–200 nach 1955 unter 100 ab (Grafik 4.3.5). Die Werte von 1947/48 beruhen u.E. auf zeitbedingt unzureichender Erfassung. Auch die Werte späterer Jahre können angezweifelt werden, da die Meldedisziplin der

Ärzte mit zunehmender Verbesserung der therapeutischen Möglichkeiten absank, weil die Meldungen als unwesentlich angesehen wurden. Trotzdem waren die letzten Werte zwischen 40 und 50 vor Einstellung der Meldepflicht im Vergleich zu anderen Infektionskrankheiten immer noch sehr hoch, sie waren die höchsten unter allen meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten, bis sie von der Enteritis infectiosa, insbesondere den Salmonellosen in den siebziger Jahren überflügelt wurden. Seit 1980 sind Scharlach-Erkrankungen nicht mehr meldepflichtig (Viertes Gesetz zur Änderung des Bundes-Seuchengesetzes vom 18. Dez. 1979).

Im DDR-Gebiet setzte sich die zunehmende Tendenz der *Morbidität* der früheren Jahre fort (Grafik 4.3.5). Deutliche auf Epidemien hinweisende Spitzen werden für die Jahre 1951, 1955, 1972, 1982 und 1988 beobachtet. Der steigende Trend der *Morbidität* war sicher nicht nur meldebedingt (Verbesserung der Erfassung durch die ärztliche Betreuung in den Kindereinrichtungen) sondern auch zurückzuführen auf die Konzentrierung bereits sehr junger Kinder in Gemeinschaftseinrichtungen (Kinderkrippen und Kindergärten) mit einem primär höheren Infektionsrisiko. Auch die sonst segensreiche frühzeitige Antibiotika-Therapie hat zum Anstieg der *Morbidität* beigetragen, da sie auf Grund einer z.T. ausbleibenden Immunität mehrfache leichtere Erkrankungen des Kindes zur Folge haben kann.

Während die Epidemien der Jahre 1982/83 und 1988/89 durch den A-Streptokokken-Typ 1 hervorgerufen wurden, war die größere Epidemie der Jahre 1972/73 durch den Typ 3 verursacht worden.

4.4 Keuchhusten

Der Keuchhusten (Pertussis; Erreger: *Bordetella pertussis*) ist zumindest seit dem 17. Jahrhundert bekannt.

Todesfall-Zahlen liegen ab 1892 für das Reichs-, Bundes- und DDR-Gebiet bis 1989 vor (Tab. 4.4.1–4.4.4). Die *Mortalitätskurven* sinken kontinuierlich von Werten um 40 (1892) bis auf 0,5 (1960) ab (Grafiken 4.4.1 und 4.4.2). Geringfügige Schwankungen sind offenbar durch die Bevölkerungsimmunität bedingt; die beiden Weltkriege hatten nahezu keinen Einfluß. Für das Gebiet der DDR (–1989) liegen Sterbefallzahlen ab 1962 vor (Tab. 4.4.4).

Wie die Grafik 4.4.3 zeigt, sanken die Keuchhusten-Sterbefälle in der ehemaligen DDR seit 1965 rasch bis faktisch 0 ab. Ursache dafür dürfte die in der früheren DDR auf Grund einer Durchimpfungsrate bei Säuglingen und Kleinkindern von über 90% wesentlich niedrigere Erkrankungshäufigkeit in diesen für die *Mortalität* entscheidenden Altersgruppen sein.

Im Gegensatz zu anderen Infektionskrankheiten entfallen bei Keuchhusten die meisten Todesfälle auf das erste Lebensjahr. Grafik 4.4.4 zeigt als stichprobenhafte Aufbereitung den Fünf-Jahre-Zeitraum von 1977–1981 im Bundesgebiet (Pöhn 1984).

Erkrankungs-Zahlen existieren für das Reichs- und frühere Bundesgebiet nur für die Zeit zwischen 1939 (Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 1. Dezember 1938) und 1961 (Bundes-Seuchengesetz, das keine Erkrankungsmeldungen mehr vorschrieb), sowie für das DDR-Gebiet von 1962–1989. Die *Morbiditätskurven* (Grafik 4.4.5 und 4.4.6) zeigen für die Zeit bis 1961 im Bundesgebiet den gleichen rückläufigen Trend wie bei der *Mortalität*. Die *Letalität*, die um 1% liegt war nur in der Zeit unmittelbar nach dem zweiten Weltkrieg vorübergehend auf über 2,5% erhöht. Die *Morbidität* im DDR-Gebiet zeigte nach Einführung der allgemeinen Schutzimpfung im Jahre 1964 einen rapiden Rückgang, der sich bis 1975 kontinuierlich fortsetzte. Seitdem hat sich dieser rückläufige Trend abgeschwächt, da auf Grund der zahlreichen Kontraindikationen dieser Impfung ein wenn auch kleiner Teil dieser Kinderpopulation nicht geimpft werden kann. Auch zeigt die Impfung erst im Verlauf des zweiten Lebenshalbjahres epidemiologisch eine Wirksamkeit.

4.5 Masern

Die Masern sind eine weltweit verbreitete exanthematische Viruskrankheit, die zu Komplikationen seitens des Mittelohres, der Lunge sowie des Gehirns führen kann. Die Erkrankung hinterläßt aber eine dauerhafte Immunität und tritt deshalb als Kinderkrankheit auf.

Infolge des hohen Kontagions- und Manifestationsindex erkrankten faktisch alle Nichtimmunen. Deshalb waren die Masern im früheren Deutschen Reich sowie in der Bundesrepublik nicht melde-

pflichtig, seit 1962 besteht eine Meldepflicht für Todesfälle. Die Statistiken hierfür entstammen jedoch der Todesursachen-Statistik. Die frühesten Zahlen für Masernsterbefälle liegen für die Jahre 1924–1938 (Schloßberger und Schmidt im Esmarschen Taschenbuch) vor. Wie Tabelle 4.5.1 und Grafik 4.5.1 zeigen, stieg die jährliche Mortalität (pro 100 000 Einwohner) von 2,6 im Jahre 1924 im Folgejahr steil auf 11 an (möglicherweise Erfassungsfehler durch den Beginn der Datenerhebung 1924) und fiel bis 1929 langsam mit Unterbrechungen wieder auf Werte um 2 ab, die dann bis 1938 beibehalten wurden.

Seit 1950 sank die Mortalität wohl infolge der besseren Beherrschbarkeit bakterieller Komplikationen durch Chemotherapeutika und Antibiotika von 0,8 mit deutlichen Schwankungen bis unter 0,2 ab (Grafik 4.5.2). Im DDR-Gebiet bestand ab 1962 ebenfalls eine Meldepflicht für Todesfälle (und Erkrankungen – s.u.). Um 1965 lag die Mortalität dort leicht über der der Bundesrepublik (Grafik 4.5.2) und ging dann schneller als im Bundesgebiet auf faktisch 0 zurück. Dies ist das Ergebnis der 1967 begonnenen freiwilligen und 1970 eingeführten Pflichtschutzimpfung (ab 9. Lebensmonat) gegen Masern, die ab 1971 zur weitgehenden Tilgung dieser Erkrankung geführt hat. Die 1962 in der damaligen DDR eingeführte Meldepflicht von Erkrankungen gestattete die Überwachung des Erfolgs dieser Schutzimpfung (Grafik 4.5.3). 1980 kam es auf Grund der Kumulation von Empfänglichen (seit 1971) zum ersten größeren Rückschlag. Die Analysen der Ursachen dieser Epidemie führten unter anderem zur Verlegung des Impftermins ins 2. Lebensjahr (ab 13. Lebensmonat zwecks Erhöhung der Impfeffektivität) und dem Versuch der Wiederimpfung aller ursprünglich im 1. Lebensjahr geimpften Kinder (zur Reduktion der Zahl nicht erfolgreich Geimpfter).

Die seit 1983 erneut ansteigende Erkrankungsrate war Anlaß zur Ausarbeitung des „Masern-Bekämpfungsprogramms“ mit dem Ziel der Tilgung der einheimischen Masern. Schwerpunkte waren:

1. die weitere Erhöhung der Durchimmunisierungsrate (auf über 95%),
2. die „offensive Herdkontrolle“ mit Riegelungsimpfungen und – die Intensivierung der Wiederimpfungen aller im 1. Lebensjahr Geimpften.

Ab 1986 wurde eine generelle Zweitimpfung 6–12 Monate nach der Erstimpfung eingeführt. Seitdem lagen die Erkrankungsraten unter 1/100 000 Einwohner, d.h. das Ziel der Ausrottung war fast erreicht.

Eine Hochrechnung anhand der gemeldeten Sterbefälle im Bundesgebiet ergibt eine durchschnittliche Morbidität um 90 (Erkrankungen/100 000 Einwohner). Dies ist auf Grund der hier wesentlich niedrigeren Durchimpfungsrate (um 50%) nicht verwunderlich. Erst eine Durchimpfung der Geburtsjahrgänge von über 95% garantiert eine längerfristige Masernfreiheit.

4.6 Mumps

Mumps ist eine weltweit verbreitete Viruskrankheit, die sich vor allem in Drüsenorganen wie Parotis, Pankreas, Gonaden, oder in den Meningen manifestieren kann. Sie hinterläßt eine dauerhafte Immunität und tritt deshalb als Kinderkrankheit auf.

Mumps-Erkrankungen und -Sterbefälle waren nur im DDR-Gebiet seit 1964 meldepflichtig. Der steigende Trend in den ersten Jahren nach Einführung der Meldepflicht (Tab. 4.6.1 und Grafik 4.6.1) ist als Ergebnis einer zunehmend besseren Erfassung anzusehen. Tatsächlich ist die Erkrankung nicht häufiger geworden. Die seit Ende der 70er Jahre zu beobachtende Vergrößerung der Schwankungsgröße zwischen einzelnen Jahren ist wahrscheinlich die Folge eines intensiveren Kontaktes der Bevölkerung innerhalb und zwischen den einzelnen Bezirken, was zur zunehmenden Synchronisierung der Epidemien führte.

Auf Grund der weitgehenden Durchseuchung der Empfänglichen während einer solchen epidemischen Welle sinkt die Morbidität anschließend stark ab. Erst wenn in den Folgejahren wieder zahlreiche Empfängliche nachgewachsen sind, beginnt der epidemische Zyklus von neuem.

In der ehemaligen DDR mit ihrer Konzentrierung bereits der meisten Kleinkinder in Kindereinrichtungen (Kinderkrippen und Kindergärten) verlief die Durchseuchung generell sehr intensiv und in relativ frühem Lebensalter. Die höchste Morbidität wiesen deshalb die 2- bis 4jährigen auf (Grafik 4.6.2). Jenseits des 15. Lebensjahres kam es auf Grund

der hohen Durchseuchungssimmunität nur noch zu relativ wenigen Erkrankungen, so daß Orchitiden und Pankreatiden – Komplikationen, die erst post-pubertär eine Rolle spielen – bisher sehr selten waren.

Bedeutsam war dagegen die Mumpsmeningitis, die in Epidemie-Jahren ca. 2/3 aller gemeldeten serösen Meningitiden ausmachte.

4.7 Mikrosporie

Die Mikrosporie ist eine hochkontagiöse Pilzinfektion (durch verschiedene *Microsporon*-Arten) der

behaarten Kopfhaut bei Kindern vor der Pubertät. Die Krankheit kann sich epidemisch ausbreiten.

Die Mikrosporie war im Bundesgebiet von 1962 bis 1979 meldepflichtig. Erkrankungs-Zahlen liegen von 1956–1979 vor; Todesfälle sind in dieser Zeit nicht bekannt geworden (Tab. 4.7.1). Aus dem DDR-Gebiet waren seit 1949 Erkrankungen und Todesfälle meldepflichtig; auch hier trat in dieser Zeit kein Todesfall auf (Tab. 4.7.2). In beiden deutschen Teilstaaten wurden deutliche Schwankungen in der Häufigkeit mit unregelmäßigem Rhythmus beobachtet (Grafik 4.7.1). Die Tendenz war im Bundesgebiet bis 1972 ansteigend, im DDR-Gebiet bis 1989 rückläufig.

5. Infektionskrankheiten bestimmter Organe bzw. Organsysteme

In diesem Abschnitt wird die Statistik von meldepflichtigen Krankheiten abgehandelt, die sich auf bestimmte Organe bzw. Organsysteme beziehen, soweit sie nicht in andere Abschnitte eingereiht wurden. Im Vordergrund stehen hier neben der *Tuberkulose Meningitis/Enzephalitis* und *Virushepatitis*. Bei beiden letztgenannten Krankheiten können jeweils mehrere verschiedene Erreger ursächlich sein. Ferner werden *Trachom*, *Influenza* und *Puerperalsepsis* sowie die nur im DDR-Gebiet meldepflichtig gewesenen Krankheiten *Keratoconjunctivitis epidemica*, *Mononukleose* und *Pneumozystose (interstitielle Pneumonie)* beschrieben.

5.1 Tuberkulose

Die Tuberkulose ist sicherlich so alt wie die Menschheit; archäologische Funde und frühe Überlieferungen bestätigen das (Kolle-Hetsch). Erreger ist das 1882 von Robert Koch entdeckte *Mycobacterium tuberculosis* sowie das 1885 von diesem durch Th. Smith abgegrenzte *M. bovis* (Steinbrück in Brüsche). Die Tuberkulose ist durch das spezifische Granulationsgewebe der Tuberkel charakterisiert. Vorwiegend tritt die Erkrankung in den Lungen auf, kann aber zu einem geringen Teil andere Organe befallen und auch zur Generalisierung (Miliartuberkulose) führen.

Für das Reichsgebiet bis 1945 liegen in der amtlichen Todesursachenstatistik Zahlen über Todesfälle (einschl. Spätfolgen) bis 1938 vor. Eine Statistik über Erkrankungen wurde erst seit 1938 (VO zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten) geführt. Die Zahlen zeigen die Tabellen 5.1.1 u. 5.1.2). Für die Jahre des zweiten Weltkrieges sind keine vollständigen Angaben zu erhalten.

Der Verlauf der Mortalität der Tuberkulose im Reichsgebiet bis 1938 ist in Grafik 5.1.1 dargestellt. Sie zeigt einen in der Regel konstanten Rückgang von 1892 mit 242,9 Todesfällen/100 000 Einwohner und Jahr bis 1938 auf 62,4. Eine Ausnahme stellen der erste Weltkrieg und die ersten Jahre danach dar, in der die Tuberkulosesterblichkeit nochmals auf mehr als 200 anstieg, aber bis 1925 wieder unter 100 zurückging.

Für die Zeit nach dem zweiten Weltkrieg liegen Statistiken der Erkrankungen und der Todesfälle für das Bundesgebiet und für das DDR-Gebiet vor (s. Tab. 5.1.3 und 5.1.4). Der Verlauf von Morbidität, Mortalität und Letalität ist in den Grafiken 5.1.2 und 5.1.3 dargestellt. Die *Morbidität* ging in beiden deutschen Teilstaaten kontinuierlich zurück, wenn auch 1950 die Morbidität im DDR-Gebiet fast doppelt so hoch lag wie im Bundesgebiet. Bis 1965 war die Morbidität im DDR-Gebiet nur noch gleich hoch wie im Bundesgebiet und sank dann auf Werte unter denen des Bundesgebietes ab. Auch die *Mortalität* ging in den beiden Gebieten kontinuierlich zurück, hier lag aber die Inzidenz während des gesamten Zeitraumes im DDR-Gebiet höher als im Bundesgebiet, vorausgesetzt, die Erfassungskriterien weichen nicht zu stark voneinander ab. In beiden deutschen Teilstaaten war die *Letalitätskurve* stark schwankend, sie ging aber im Bundesgebiet bereits in den siebziger Jahren zurück, während dieser Rückgang im DDR-Gebiet erst 1980 einsetzte. Dies läßt die Annahme zu, daß bei der Tuberkulosebekämpfung in der ehemaligen DDR die Prävention derjenigen im Bundesgebiet überlegen war, während bei curativen Maßnahmen die frühere Bundesrepublik die damalige DDR übertraf.

Die Grafiken 5.1.4 und 5.1.5 zeigen die Tuberkulosefälle aufgeteilt in Erkrankungen der Atmungsorgane sowie der übrigen Organe (s. auch Tab. 5.1.5 und 5.1.6). In Grafik 5.1.5 ist der starke Rückgang der Erkrankungen im DDR-Gebiet deutlich zu erkennen, bei zahlenmäßigen Vergleichen sind hier selbstverständlich die unterschiedlichen Bevölkerungszahlen zu berücksichtigen.

5.2 Meningitis/Enzephalitis

Bei den Meningitiden und Enzephalitiden handelt es sich nicht wie bei den bisher beschriebenen Krankheiten um erregerbezogene Krankheitsbegriffe, sondern um Krankheitsbilder, die durch unterschiedliche Erreger hervorgerufen werden können (s. Abschnitt 1). Der Krankheitsbegriff Meningitis/Enzephalitis wurde erst durch die Novellierung des BSeuchG von 1979 eingeführt. Er umfaßt einmal die Meningokokken-Meningitis, früher als „über-

tragbare Genickstarre“ und ab 1962 (erste Fassung des BSeuchG) als „übertragbare Hirnhautentzündung, a) Meningokokken-Meningitis“ bezeichnet. In der ursprünglichen Fassung des BSeuchG von 1961 wurden die übrigen Formen der „übertragbaren Hirnhautentzündung“ und die „übertragbaren Gehirnentzündungen“ gesondert aufgeführt. Diese werden seit 1980 in drei Formen weiter aufgeteilt: b) andere bakterielle Meningitiden; c) Virus-Meningoencephalitis und d) übrige Formen. In der *ehemaligen DDR* wurden die Meningitiden in der Statistik anders unterteilt und zwar in Meningokokkenmeningitis, andere bakterielle Meningitiden, abakterielle Meningitiden und Enzephalitis. Infolge dieser Unterschiede sind die Erkrankungs- und Sterbe-Häufigkeiten mit denen im damaligen Bundesgebiet nur schwer vergleichbar.

5.2.1 Meningokokken-Meningitis

Die Meningokokken-Meningitis, die mit der früheren „übertragbaren Genickstarre“ bzw. „Meningitis epidemica“ identisch ist, ist seit Anfang des 19. Jahrhunderts bekannt. Der Erreger (*Neisseria meningitidis*, Meningococcus) wurde 1887 entdeckt (Weichselbaum). Bei dieser Krankheit liegen Zahlen über Todesfälle seit 1892 und über Erkrankungen seit 1910 vor (Tab. 5.2.1–5.2.4 und Grafiken 5.2.1–5.2.6).

Wie Diagramm 5.2.1 zeigt, schwankte in den Jahren zwischen 1892 und 1945 (früheres Reichsgebiet) die *Mortalität* um 1 (0,5–1,5). Zwei deutliche Mortalitätsgipfel waren in den Jahren 1905–1907, bedingt durch Epidemien in Oberschlesien und im Ruhrgebiet (Gsell-Mohr), und dann wieder 1939 zu verzeichnen.

Die *Morbidität* lag – bei der hohen Letalität der Meningokokken-Meningitis zu dieser Zeit – nur wenig über der Mortalität. Morbidität und Mortalität stiegen zu Beginn des zweiten Weltkrieges zu einem extremen Gipfel von 8 (Morbidität) bzw. 2,5 (Mortalität) an. In der Folgezeit sank durch bessere Möglichkeiten der Chemotherapie (Entwicklung der Sulfonamide!) – infolge des Rückganges der *Letalität* bis auf ca. 30% – die Mortalität schneller ab als die Morbidität.

Nach dem zweiten Weltkrieg sanken im Bundesgebiet langsam und mit deutlichen Schwankungen *Morbidität* auf 1 und *Mortalität* bis fast auf 0,1 ab.

Die Kurven (Grafik 5.2.3 und 5.2.4) lassen Epidemiejahre 1947, 1955, 1963, 1970 und 1979 deutlich erkennen. Auch die *Letalität* zeigt einen rückläufigen Trend, auch wenn sie in den Jahren 1982–1988 trotz deutlichem Rückgang der Morbidität wieder auf über 10% angestiegen ist, was offensichtlich auf eine wachsende Zahl nicht gemeldeter Erkrankungen zurückzuführen ist.

Im *DDR-Gebiet* zeigt sich deutlich eine mehrjährige Schwankung der *Morbidität* (Tab. 5.2.5). Nach einem Rückgang von 1953 bis 1969 bis unter 0,3 stieg die Morbidität bis 1986 wieder steil bis über 3,5 an. Seitdem ging die Morbidität in den meisten Bezirken wieder zurück, lag aber bis 1989 noch deutlich höher als im Bundesgebiet. Auch die *Mortalität* folgte diesem Verlauf, wenn auch mit stärkeren Schwankungen. Die *Letalität* wies ebenfalls – durch die niedrige Morbidität bedingt – erhebliche Schwankungen auf, die denen der Mortalität entsprachen. Trotzdem zeigt die Letalität einen rückläufigen Trend wie im Bundesgebiet und liegt auch auf der gleichen Höhe (Grafik 5.2.6 – Beachte den Maßstab der entsprechenden Ordinate).

5.2.2 Übrige Formen

Im Bundesgebiet (bisher in den alten Bundesländern) werden zu den „Übrigen Formen“ der übertragbaren Hirnhautentzündung (BSeuchG 1962) bzw. Meningitis/Encephalitis (BSeuchG ab 1980) bakterielle Meningitiden (mit Ausnahme der Meningokokken-Meningitis), Virus-Meningoencephalitiden und übrige Formen (der infektiösen Erkrankungen des Gehirnes oder der Hirnhäute) gerechnet. Erkrankungs- und Sterbefallzahlen der Gesamtgruppe „Übrige Formen“ liegen seit 1962 vor. Die meisten dieser Erkrankungen wurden früher wohl wegen fehlender diagnostischer Möglichkeiten nicht erkannt und nur eine geringe Zahl unter „übertragbarer Genickstarre“ gemeldet. Die Meningokokken-Meningitis zeigt jedenfalls keinen Rückgang infolge der Einführung der gesonderten Meldung der übrigen Formen (s. Tab. 5.2.3). Die Zahlen für Erkrankungen und Sterbefälle der übrigen Formen sind in Tabelle 5.2.5 für die Zeit von 1962 bis 1989 wiedergegeben. Die Aufgliederung in die drei Formen seit 1980 findet sich in den Tabellen 5.2.6, 5.2.7 und 5.2.8. Die Ziffern für die bis 1979 meldepflichtige „übertragbare Gehirnentzündung“ stehen in Tabelle 5.2.9.

Die Grafik 5.2.7 zeigt die Häufigkeit der Erkrankungsfälle der „übrigen Formen“ für die Zeit von 1962–1989, ab 1980 aufgegliedert in die drei neu festgelegten Formen. Die Anzahl der Erkrankungen stieg – mit deutlichen Schwankungen, besonders durch die Epidemie 1967, – bis zur Mitte der siebziger Jahre an und nahm danach wieder deutlich ab. Überwiegend entfielen auf die „übrigen Formen“ nach der neuen Festlegung die meisten Fälle, gefolgt von den „anderen bakteriellen Meningitiden“. Die Zahlen für die Virus-Meningoencephalitiden sind auffallend gering; wahrscheinlich wurden schwerer zu diagnostizierende Virus-Meningoencephalitiden als „übrige Formen“ gemeldet und gezählt (Weise 1982).

Wie Tab. 5.2.5 zeigt, schwanken die Zahlen der Todesfälle mit Ausnahme der Jahre von 1962–1965 nur gering; die *Mortalität* bewegt sich um 0,2 (Todesfälle im Jahr pro 100 000 Einwohner) mit dem Höchstwert 0,28 (1972, 1984) und dem Tiefstwert von 0,15 (1989). Dagegen weist die *Letalität* erheblichere Schwankungen bei leicht rückgängigem Trend auf (Grafik 5.2.8). Bemerkenswert ist der Tiefststand von 1,4% im Jahr der Epidemie 1967, die durch Enteroviren verursacht sein mußte (Weise 1976). Enterovirus-Meningoencephalitiden verlaufen meist gutartig und führen zur Rekonvaleszenz (Chumakov und Voroshilova in Brüsckhe). Dies zeigt auch Diagramm 5.2.9 für die Jahre ab 1980, in denen die *Letalität* für die Virus-Meningoencephalitiden erheblich niedriger (1:4) liegt als bei den „anderen bakteriellen Meningitiden“, die vor allem durch *Haemophilus influenzae*, Pneumokokken (Weise 1982) oder seltener auch durch *Listeria monocytogenes* (Hof 1990) verursacht werden. Bei den „übrigen Formen“ (seit 1980) zeigt die *Letalität* sehr starke Schwankungen, die offenbar durch unterschiedliche Erregerspektren in den einzelnen Jahren bedingt sind. Da mykotische (z. B. *Candidiasis*) oder Amöben- (z. B. *Naegleriose*) Meningoencephalitiden relativ selten sind, umfaßt der größte Teil der „übrigen Formen“ Erkrankungen durch nicht diagnostizierte Bakterien- oder Virusarten.

Für die *übertragbare Gehirnentzündung* liegen für das Bundesgebiet Statistiken der Erkrankungen von 1946–1979 und der Todesfälle von 1962–1979 vor. Die Zahlen sind in Tabelle 5.2.9 aufgeführt. Wie Diagramm 5.2.10 zeigt, hat die *Morbidität*, wenn auch mit deutlichen Schwankungen bis 1979 kontinuierlich abgenommen, die *Mortalität* blieb auf einem niedrigen Stand ziemlich gleichförmig, nur

die *Letalität* zeigte erhebliche Unterschiede in den einzelnen Jahren und erreichte 1971 mit 27% einen besonders hohen Wert. Während früher ein noch unbekanntes Virus als Erreger angesehen wurde, können Encephalitiden nach den heutigen Kenntnissen von zahlreichen Virusarten hervorgerufen werden. Auch ist der Übergang von Meningitis zu Encephalitis bei Virusinfektionen des Zentralen Nerven-Systems fließend (Meningoencephalitis), deshalb werden seit 1980 diese Krankheitsbilder nicht mehr unterschieden.

Für die nicht durch Meningokokken bedingten *bakteriellen (purulenten) Meningitiden (und Enzephalitiden)* liegen Zahlen aus dem **DDR-Gebiet** erst seit 1983 vor (Tab. 5.2.10). die Werte für Morbidität, Mortalität und Letalität zeigen nur geringe Häufigkeitsschwankungen. Eine Aufschlüsselung nach Erregern zeigt Grafik 5.2.11. Sichtbar wird dabei die große Bedeutung von Pneumokokken und *Haemophilus influenzae*. Im zweiten Lebensjahr ist *Haemophilus influenzae* nach den Meningokokken der zweithäufigste Erreger von Meningitiden; bei Säuglingen spielen auch noch *Escherichia coli*-Meningitiden eine wichtige Rolle.

Bei den *abakteriellen Meningitiden* liegen seit 1951 Zahlen vor, die anfangs auch Mumpsmeningitiden und Enzephalitiden einschlossen (Tab. 5.2.11a–c). Mumps-Meningitiden werden seit 1970 gesondert aufgeführt (Tab. 5.2.12). Gesonderte Zahlen für Enzephalitis werden erst seit 1983 angegeben (Tab. 5.2.13). Die Grafik 5.2.12 stellt diese Werte in gestapelter Form dar; aus ihr geht hervor, daß die Mumpsmeningitiden den größten Anteil an den abakteriellen Meningitiden haben; der Häufigkeitsrhythmus spiegelt den des Mumps wider (Grafik 5.2.13, vgl. Grafik 4.6.1). Die getrennte Erfassung der nicht durch Mumps bedingten Meningoencephalitiden läßt deutlich die mehrjährigen Häufigkeitsschwankungen der vorwiegend durch Enteroviren verursachten Meningoencephalitiden erkennen (Grafik 5.2.13). Die Enzephalitis zeigt außer der hier hohen Letalität keine Besonderheiten. Als Erreger wurde vor allem Herpes- oder Varizella-Virus festgestellt.

5.3 Virushepatitis

Virushepatitis ist kein einheitlicher erregerbezogener Krankheitsbegriff, sondern beruht auf Infektionen mit unterschiedlichen Virusarten. Bisher sind

mindestens fünf determinant hepatotrope Arten bekannt, durch die nur bestimmte Hepatitis-Formen verursacht werden. Zu diesen Hepatitisformen (und ihren Erregern) gehören Hepatitis A (ein Enterovirus der Gruppe Picornaviren), Hepatitis B (ein besonderes Hepadna-Virus), Hepatitis C (ein den Flaviviren nahestehendes Virus), Hepatitis D (ein inkomplettes Virus, das das Hepatitis B-Virus als Helfervirus zu seiner Replikation benötigt und zu einer besonders hohen Virulenz dieses Virus führt) und Hepatitis E (ein Virus aus der Calici-Gruppe) (Meyer zum Büschenfelde 1991). Während Hepatitis A und E durch enterale Infektionen verbreitet werden, erfolgt die Übertragung von Hepatitis B, C und B+D durch unmittelbaren Kontakt zu Blut, Blutbestandteilen und ggfls. diese enthaltenden Ausscheidungen; dabei spielt auch die sexuelle Übertragung eine wesentliche Rolle. Ferner können Reaktionen seitens der Leber neben anderen Krankheitserscheinungen auch durch noch andere Virusarten, wie z.B. das Cytomegalovirus oder einige Arbo-Viren ausgelöst werden.

In der **Bundesrepublik Deutschland** wurde die Meldepflicht der Virushepatitis, früher Hepatitis infectiosa, erstmalig durch das BSeuchG seit 1962 eingeführt. Nach der seit 1980 gültigen Fassung ist eine Aufteilung in a) Hepatitis A, b) Hepatitis B und c) nicht bestimmbare und übrige Formen erfolgt. Die Zahlen für Erkrankungen und Todesfälle für alle Formen zusammen sind in Tab. 5.3.1 wiedergegeben, Grafik 5.3.1 zeigt den Verlauf der Morbidität, Grafik 5.3.2 den der Mortalität und Letalität.

Die Hepatitiden sind verhältnismäßig häufige Krankheiten, die jährliche *Morbidität* schwankt zwischen 25 und 40 (Erkrankungen pro 100000 Einwohner). Die Verlaufskurve steigt von 1962 bis zu einem Gipfelpunkt im Jahre 1973 langsam aber stetig an und fällt dann bis 1989 wieder langsam ab. Die *Mortalitätskurve* steigt dagegen von etwa 0,1 in den siebziger Jahren bis über 0,3 (also um das dreifache !) 1989 an. Infolgedessen wächst auch die *Letalität* von 0,3% auf 2,3% im Jahre 1989 (um mehr als das siebenfache).

Aus der **ehemaligen DDR** liegen Erkrankungs- und Sterbeziffern bereits seit 1951 vor; sie finden sich in Tab. 5.3.2. Den Verlauf der Morbidität zeigt Grafik 5.3.3 und den der Mortalität und Letalität Grafik 5.3.4.

Die *Morbiditätskurve* zeigt hier anfangs einen deutlich zweigipfeligen Verlauf mit extrem hohen

Spitzenwerten von über 250. Der Anstieg ab 1951 nach Einführung der Meldepflicht ist zum Teil nur erfassungsbedingt. Auf Grund der zunehmenden Unterbringung von Klein- und Vorschulkindern in Kindereinrichtungen erhöhte sich für diese Altersgruppen allerdings auch das Ansteckungsrisiko für eine Hepatitis A beträchtlich. Bis 1966 lag die Inzidenzrate auf hohem Niveau und zeigte ausgeprägte saisonale (Wintergipfel) und mehrjährige Schwankungen. Ab 1966 wurden Kontaktpersonen von Erkrankten zunehmend durch Transaminasen-Bestimmungen und andere klinische Parameter auf das Vorliegen einer Hepatitis untersucht und im Erkrankungsfall zumeist stationär abgesondert. Außerdem wurde die Gammaglobulin-Prophylaxe bei Kontaktpersonen intensiviert. Als Folge dieser und anderer Maßnahmen ging die Inzidenzrate der Hepatitis A besonders bei den Vorschul- und Schulkindern langfristig deutlich zurück, obwohl die verbesserte Diagnostik zur vermehrten Erfassung anakterischer Verlaufsformen gerade in diesen Altersgruppen führte. Ab 1977 lag die Morbidität dann unter dem Niveau im Bundesgebiet. Der vorübergehende Anstieg der Erkrankungsrate im Jahr 1979 beruht auf einem nosokomial bedingten Ausbruch unter jungen Frauen (nach Anti-D-Prophylaxe) durch das Hepatitis-C-Virus.

Bei der *Mortalität* erkennt man zunächst einen Gipfel, der dem Morbiditätsgipfel entspricht; es kommt dann zu einem Rückgang mit deutlichen Schwankungen. Der Wiederanstieg der Letalität seit 1975 ist zum Teil nur eine Folge des erheblichen Rückgangs der Hepatitis A, so daß Hepatitis B- bzw. nonA-nonB-Fälle mit ihrer a priori höheren Letalität einen immer größeren Anteil an den Virushepatitiden ausmachen. Dadurch erhöhte sich die berechnete Letalität aller Virushepatitiden, ohne daß der Schweregrad der Erkrankungsfälle tatsächlich zugenommen haben muß.

In dem Diagramm 5.3.5 sind die Fallzahlen der **seit 1980 meldepflichtigen Krankheitsformen** dargestellt. Es zeigt sich deutlich, daß im Bundesgebiet Hepatitis A die häufigste Form ist (mit Ausnahme der Jahre 1983 und 1986, in denen Hepatitis B geringfügig überwog). Die Anzahl der nicht bestimmbaren und übrigen Formen nahm dagegen kontinuierlich ab, dies dürfte wohl in erster Linie auf die Verbesserung der Diagnostik zurückzuführen sein, wodurch früher nicht bestimmbare Fälle jetzt den Formen Hepatitis A und B zugeordnet werden können. Die non A-non B-Hepatitiden (Hepatitis C,

E u.a.) spielen offensichtlich zahlenmäßig keine besondere Rolle, da zu diesen Formen auch andere virusbedingte Hepatitis-Erkrankungen, wie z.B. durch Cytomegalovirus u.a. verursacht, zugeordnet werden müssen. Es sei hier noch auf eine beträchtliche Dunkelziffer durch Nichterkennen der Krankheit bei abortiven, nichtikterischen Fällen hingewiesen, worauf bereits in der Einführung eingegangen wurde.

Auffällig ist der verhältnismäßig starke Anstieg der Letalität (Grafik 5.3.6). Wie Tab. 5.3.4 zeigt, sind die meisten Todesfälle bei Hepatitis B zu verzeichnen. Bei Virushepatitiden gibt es z.Z. noch keine kausale Therapie. Der Anstieg der Letalität könnte auf einer Virulenzsteigerung der Hepatitisviren, wie z.B. des Hepatitis-B-Virus durch das Delta-Virus beruhen (Hepatitis D).

Im DDR-Gebiet wurden die Hepatitis non A non B und die nicht näher bezeichneten Hepatitiden getrennt erfaßt. Wie aus Grafik 5.3.7 hervorgeht, überwogen anfangs noch die Hepatitis A-Erkrankungen. Infolge ihres starken Rückganges überwiegt seit 1987 deutlich die Hepatitis B, obgleich diese auch geringfügig zurückgegangen ist. Die non A non B Hepatitiden (Hepatitis C und E) stiegen in ihrer Häufigkeit etwas an, während die nicht näher bestimmten Erkrankungen deutlich zurückgingen, offenbar als Folge feinerer Virusdifferenzierungs-Methoden.

5.4 Trachom

Das Trachom ist eine besonders infektiöse Erkrankung der Augenbindehaut sowie der Hornhaut. Erreger ist *Chlamydia trachomatis*. Hauptursache der Verbreitung sind mangelnde Hygiene und Pferchung; die Krankheit betrifft daher überwiegend arme Bevölkerungsgruppen.

Trotzdem war das Trachom im Reichsgebiet vor dem ersten Weltkrieg noch sehr häufig und zwischen den beiden Weltkriegen immer noch verhältnismäßig stark verbreitet (Tab. 5.4.1 und Grafik 5.4.1). Vor dem Zweiten Weltkrieg stieg die Erkrankungshäufigkeit zunächst wieder an und nahm dann sowohl im Bundesgebiet als auch im DDR-Gebiet rasch ab (Tab. 5.4.2 und 5.4.3). In den letzten Jahren kam es nur noch zu vereinzelter Erkrankungen, im Bundesgebiet etwas häufiger als im DDR-

Gebiet. Dies läßt vermuten, daß das Auftreten vor allem durch Einschleppungen durch Ausländer infolge der offenen Grenzen der Bundesrepublik erfolgte.

Todesfälle sind beim Trachom selten.

5.5 Epidemische Keratokonjunktivitis

Die epidemische Keratokonjunktivitis ist eine akute Infektionskrankheit des Auges. Erreger dieser hochkontagiösen Infektion sind meist Adenoviren vom Typ 8, seltener andere Adenovirustypen. Diese Krankheit war im Reichsgebiet und im Bundesgebiet nicht meldepflichtig; dagegen aber in der ehemaligen DDR (Tab. 5.5.1 und Grafik 5.5.1).

Grafik und Tabelle zeigen starke, unregelmäßige Schwankungen der *Erkrankungshäufigkeit*. Diese ist abhängig vom Auftreten von Kleinraum-Epidemien. Dabei handelt es sich entweder um Kontakt-Erkrankungen in Kindereinrichtungen oder um nosokomial bedingte Ausbreitungen unter Patienten augenärztlicher Kliniken oder Ambulanzen. Dem entsprechend unterschiedlich ist auch die Altersverteilung der Erkrankungsfälle (Vorschulkinder bzw. Erwachsene). Die Bekämpfung der Ausbrüche in Kindereinrichtungen ist besonders schwierig, da die strenge Einhaltung von Hygieneregeln bei Kleinkindern kaum durchgesetzt werden kann und der Erreger auf Grund seiner Resistenz auch über Toilettenartikel (z.B. Handtücher, Waschlappen) effektiv übertragen wird. Aber selbst in medizinischen Einrichtungen bereitet die Durchsetzung eines strengen Reinigungs- und Desinfektionsregimes zum Teil große Schwierigkeiten. Besonders die unzureichenden Desinfektionsmöglichkeiten von Tonometern waren häufig die Ursache von Epidemien.

Todesfälle sind selten, in der Zeit von 1954 bis 1989 wurden nur zwei beobachtet.

5.6 Infektiöse Mononukleose

Die infektiöse Mononukleose, eine durch das Epstein-Barr-Virus hervorgerufene systemische Infektionskrankheit vorwiegend bei Jugendlichen (15.–25. Lebensjahr), war nur im früheren DDR-Gebiet seit 1966 meldepflichtig (Tab. 5.6.1).

Der weitgehend lineare Anstieg der Morbidität im Berichtszeitraum (Grafik 5.6.1) spricht für einen nur erfassungsbedingt steigenden Trend; echte säkulare Morbiditätsschwankungen zeigen kein so langes quasi lineares Intervall. Auch die erheblichen Unterschiede im gemeldeten Morbiditätsniveau zwischen den Bezirken sprechen für eine erhebliche Bedeutung der Güte der Erfassung. Da sich die Altersverteilung über den gesamten Zeitraum nicht wesentlich verschoben hat, kann eine Verlagerung der Infektion ins spätere Jugendalter mit einem dabei steigenden Schweregrad (z.B. Anstieg des Anteils von Fällen mit Hepatitis) für die Zunahme der gemeldeten Infektionen keine Rolle gespielt haben. Die Mononukleose ist eine der wenigen Infektionskrankheiten mit einer deutlich doppelgipfligen Altersverteilung (Grafik 5.6.2). Der erste Morbiditätsgipfel liegt im Kindesalter (bei den 3- bis 7jährigen), wo das mangelnde Hygienebewußtsein Kontaktinfektionen begünstigt. Zum zweiten wesentlich höheren Morbiditätsgipfel kommt es dann postpubertär (bei den 14- bis 19jährigen) mit steigender sexueller Aktivität („kissing disease“). In dieser Altersgruppe wird auch die Begleit-Hepatitis am häufigsten beobachtet. Ab 20. Lebensjahr sinkt die Morbidität auf Grund der erreichten Durchseuchungimmunität drastisch ab.

Todesfälle sind selten, so daß Mortalität und Letalität hierbei keine Bedeutung haben.

5.7 Pneumozystose

Die Pneumozystose, eine interstitielle plasmazelluläre Pneumonie, war nur in der ehemaligen DDR seit 1956 meldepflichtig (Erkrankungs- und Todesfälle). Der Erreger, *Pneumocystis carinii*, wird neuerdings den Sproßpilzen zugeordnet, früher wurde er als Sporozoon (Einzeller) angesehen. Es handelt sich dabei um einen opportunistischen Parasiten, die Krankheit befällt nur in ihrer Abwehrkraft (meist durch Immundefekte) geschwächte Personen.

Grafik 5.7.1 (vgl. auch Tab. 5.7.1) zeigt in den frühen 60er Jahren eine epidemieartige Häufung; seit 1970 tritt die Krankheit nur noch vereinzelt bei Säuglingen auf. Todesfälle sind häufig, die Letalität lag Anfang der 60er Jahre etwa um 50%. Die Letalitätswerte seit 1970 sind wegen der wenigen Erkrankungen nicht verwertbar.

In den letzten Jahren hat die Häufigkeit der Pneumozystose weltweit erheblich zugenommen, da diese

Krankheit eine Begleitinfektion des Acquired Immunity Deficiency Syndrome (AIDS) ist. Dies ist jedoch aus der hier wiedergegebenen Statistik nicht zu erkennen, da die Zahl von AIDS-Erkrankungen im ehemaligen DDR-Gebiet gering war und die *Pneumocystis carinii* Pneumonien als Komplikation bei AIDS nicht zusätzlich als Pneumozystose gemeldet wurden. Im früheren Bundesgebiet bestand keine Meldpflicht der Pneumozystose.

5.8 Influenza

Die Influenza (syn. Grippe) ist eine oft epidemisch auftretende Krankheit der oberen Atemwege, deren häufigster Typ A zu schweren Komplikationen vorwiegend seitens des Kreislaufs oder der Lungen führen kann. Erreger ist das Orthomyxovirus influenzae. Die Influenza muß nach dem Sprachgebrauch der WHO abgegrenzt werden von endemischen Akuten Respiratorischen Infekten (ARI), bei denen schwerere Komplikationen nur ausnahmsweise auftreten.

Die Influenza ist von den ARI klinisch kaum zu unterscheiden, deshalb ist eine Meldepflicht von Influenzaerkrankungen nicht sinnvoll und auch nicht vorgeschrieben. Lediglich Todesfälle sind meldepflichtig, um den zuständigen Behörden Hinweise auf eventuelle Häufungen oder Epidemien zu geben. Von diesen Meldungen werden aber keine Statistiken geführt. Die vorhandene Todesursachen-Statistik umfaßt in ihrer veröffentlichten aggregierten Form neben der echten Influenza auch sog. Sommergrippen (meist Enterovirus-Infektionen) und „Darmgrippe“ (Enteritis infectiosa durch Rotaviren). Andererseits werden bei der üblichen unikausalen Aufbereitung der Todesursachen-Statistik viele Sterbefälle an Influenza bestehenden Grundleiden zugerechnet, so daß Influenzaepidemien eher durch eine Übersterblichkeit an Erkrankungen des Kreislaufes oder der Atmungsorgane erkannt werden können (Meyer und Rückert, 1975). Auch andere Grundleiden (z.B. Malignome und Diabetes) können im Verlauf einer schweren Grippeepidemie eine deutliche Übersterblichkeit zeigen.

Trotz ihrer auch bei älteren Erwachsenen nicht übermäßig hohen Letalität kommt es wegen der extrem großen Erkrankungszahl während einer Influenza-Epidemie direkt oder indirekt (auf Grund von Komplikationen) zu sehr vielen Sterbefällen, so daß die Influenza noch vor der Tuberkulose die

Infektionskrankheit mit der höchsten Mortalität ist. Die amtlichen Statistiken zeigen dies nicht, da sie nur die „Grundleiden“ und nicht das aktuell zum Tode führende Krankheitsgeschehen ausweisen.

Bei der Influenza A liefen aufgrund von Shift-Situationen weltweit 7 unterschiedlich starke Pandemiewellen ab, die auch Deutschland erreichten: 1889/90, 1900, 1918/19 („Spanische Grippe“), 1930, 1947, 1957 und 1968/69 (Dittmann und Starke in Brüscke; Höpken, Willers und Knocke, 1976; Koch, 1976). Eine 8. Pandemie (1977) breitete sich nur unter Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden unter 25 Jahren aus, da der Erreger (Subtyp H1N1) dem der Pandemie 1947 eng verwandt war und die ältere Bevölkerung eine ausreichende Immunität gegen diesen Stamm besaß. Daher kam es auch zu keiner ausgeprägten Exzessmortalität durch diesen Subtyp.

Seit 1950 kam es im *Bundesgebiet* zu mehreren Epidemien mit z. T. hoher Exzessmortalität: Jeweils in den Winterhalbjahren 1952/53, 1957/58 (Subtyp A-Singapur (H2N2)), 1959/60, 1962/63, 1967/68, 1969/70 (Subtyp A-Hongkong (H3N2)), 1971/72, 1974/75, 1975/76 sowie 1977/78. Diese Epidemie, bei der es zu einer Übersterblichkeit bis 20% kam, war (vorerst bis 1990) die letzte größere Influenza-A-Epidemie mit deutlicher Übersterblichkeit (Pöhn, 1977 und 1981). Es folgten noch kleinere Erkrankungshäufungen, bei denen keine nennenswerte Exzessmortalität verzeichnet wurde, in den Wintern 1982/83, 1984/85 und 1989/90.

Im *DDR-Gebiet* wurden in den Winterhalbjahren 1968/69, 1969/70, 1971/72, 1972/73, 1974/75, 1975/76, 1979/80, 1981/82 und 1984/85 Epidemien durch Influenza A(H3N2) beobachtet, außerdem wurden in den Winterhalbjahren 1977/78, 1978/79 und 1983/84 Epidemien durch Influenza A(H1N1) festgestellt (Glathe und Rasch, 1992). Auch wenn Epidemien oft gleichzeitig auftraten, so zeigten sich doch gelegentlich Unterschiede bei den verursachenden Virus-Subtypen: Bei der Epidemie 1977/78 im *DDR-Gebiet* entfielen bei Virusisolierungen 88% auf den Subtyp (H1N1) und nur 12% auf A(H3N2), während im *Bundesgebiet* (vornehmlich im Bundesland Niedersachsen) bei der abgelaufenen Epidemie die Variante A/Texas/1/77 des Subtyps (H3N2) mit 75% gegenüber dem Subtyp A/USSR(H1N1) mit nur 25% am häufigsten war (Pöhn, 1981).

Die **Influenza B** verlief in Deutschland klinisch wesentlich milder als die Influenza A und führte

kaum zu Komplikationen und nur selten zur Übersterblichkeit wie z. B. 1986 in beiden Landesteilen. Im *Bundesgebiet* wurden Erkrankungshäufungen von Influenza B ohne gleichzeitige Häufungen von Influenza-A Erkrankungen in den Wintern 1983/84 und 1985/86 festgestellt. Im *DDR-Gebiet* kam es in den Jahren 1976, 1981, 1983 und 1986 zu Influenza B-Ausbrüchen, 1976 allerdings gleichzeitig mit Influenza A(H3N2). Diese Mischepidemie war gemessen an der Morbidität die schwerste Epidemie im *DDR-Gebiet* seit 1970. Shift-Phänomene wurden bei dem Typ B bisher nicht beobachtet.

5.9 Puerperalsepsis

Die Puerperalsepsis (Kindbettfieber) entsteht infolge einer Lokalinfection der Geburtswege nach Geburten oder Fehlgeburten. Hervorgerufen wird das Puerperalfieber durch Erreger septikämischer Infektionen, vor allem Streptokokken, aber auch durch Staphylokokken, gram-negative Darmkeime oder seltener andere Keime. Da heute die meisten Entbindungen im Krankenhaus erfolgen, tritt das Kindbettfieber in erster Linie als Krankenhausinfektion auf. Meldepflichtig sind seit 1980 nur Todesfälle, seit 1938 waren auch Erkrankungsfälle nach Geburten und nach Fehlgeburten getrennt zu melden.

Erkrankungszahlen liegen von 1924–1944 aus dem *Reichsgebiet* und 1946–1979 aus dem *Bundesgebiet* vor; Sterbefallzahlen nur von 1924–1938 und weiter aus der Todesursachenstatistik für das *Bundesgebiet* ab 1962 (s. Tab. 5.9.1 und 5.9.2). In der früheren *DDR* war Kindbettfieber nicht meldepflichtig. Auf die Angabe von Verhältniszahlen (Morbidität, Mortalität und Letalität) wurde hier verzichtet, da für die infrage kommenden Bezugswahlen, die von Schwangeren, keine Statistiken vorliegen.

Wie Grafik 5.9.1 und die Tabellen zeigen, ging die Anzahl der gemeldeten Erkrankungen zwischen 1938 und 1958 stark zurück, seit 1968 liegen nur noch vereinzelt Meldungen vor. Allerdings zeigen die höheren Sterbefallzahlen der Todesursachenstatistik, daß die Zahlen der Meldungen den wahren Erkrankungszahlen nicht entsprechen können. Seit 1981 liegen auch die Zahlen der Todesursachenstatistik sehr niedrig. Offensichtlich spielt heute die Puerperalsepsis keine bedeutsame Rolle mehr, was eine Folge der Maßnahmen der modernen Hygiene und der derzeitigen therapeutischen Möglichkeiten sein dürfte.

6. Lebensmittelinfektionen

In dieser Gruppe werden die Krankheiten abgehandelt, bei denen die Erreger hauptsächlich durch Lebensmittel (einschl. Wasser oder Genußmittel) übertragen werden. Auf die Problematik der Einordnung der Krankheiten in Gruppen wurde bereits in den Vorbemerkungen hingewiesen. So gehören in diesen Abschnitt auch noch Cholera (Kap. 3.2), Poliomyelitis (Kap. 4.2) und Hepatitis A und E (Kap. 5.3). Von den hier zu besprechenden Krankheiten sind Botulismus, Brucellose, Listeriose, Toxoplasmose und Trichinose Zoonosen. Bei der Enteritis infectiosa handelt es sich zum größten Teil auch um Zoonosen (z. B. die meisten Salmonellen, Yersiniose und Campylobacter-Infektionen), während andere wie z. B. Rotavirus-Infektionen, Typhus, Paratyphus sowie Shigellen- und Amöbenruhr Anthroponosen und damit nur von Mensch zu Mensch übertragbar sind.

6.1 Enteritis infectiosa

Bei der Enteritis infectiosa handelt es sich um eine Entzündung des Verdauungstraktes, vorwiegend des Dünndarmes, die mit Erbrechen, Durchfall und oft mit Fieber einhergeht und durch verschiedene Arten von Mikroorganismen hervorgerufen werden kann. Dieser Krankheitsbegriff wurde erstmals 1962 in das Bundes-Seuchengesetz eingefügt. Früher wurden fieberhafte Brechdurchfälle unter der Bezeichnung „Bakterielle Lebensmittelvergiftung“ zusammengefaßt. Diese umfaßte neben den Enteritiden auch den Botulismus, der seit 1962 als erregerbezogener Krankheitsbegriff gesondert zu melden ist (s. Abschnitt 6.2).

Zahlen von Erkrankungen liegen bei Enteritis infectiosa bzw. bakterieller Lebensmittelvergiftung seit 1910, von Todesfällen seit 1925 für das Reichsgebiet und das Bundesgebiet vor (Tab. 6.1.1 und 6.1.2). Aus Grafik 6.1.1 ist ersichtlich, daß im früheren **Reichsgebiet** die *Morbidity* und die *Mortality* deutlichen Schwankungen in der Höhe unterworfen waren. Besonders in den Kriegzeiten (1. und 2. Weltkrieg) sanken *Morbidity* und *Mortality* ab; dies war wahrscheinlich durch die geringere Versorgung mit Frischfleisch, das die hauptsächlichste Quelle für bestimmte Enteritis-Erreger beim Menschen ist, bedingt. Die Schwankungen zu den übrigen

Zeiten lassen keinen Zusammenhang mit besonderen Ereignissen erkennen.

Im **Bundesgebiet** erfolgte die stärkste Zunahme der *Morbidity* in der Zeit seit 1960 (Grafik 6.1.2), wobei Salmonellen den größten Anteil hatten. Ursachen hierfür sind möglicherweise erhöhter Fleischkonsum, Massentierhaltung, Import von Vieh und kontaminierten Futtermitteln sowie hierauf nicht angepaßte Küchenhygiene, z. B. bei Speisen, die keiner Garung bedürfen, aber durch mittelbaren Kontakt mit rohem Fleisch oder Fleischwaren (einschließlich Geflügel) kontaminiert werden können.

Die *Mortality* war in den fünfziger und sechziger Jahren bis unter 0,1 zurückgegangen; stieg aber infolge der erheblichen Zunahme der *Morbidity* in den siebziger Jahren wieder auf Werte über 0,1 an. Die *Letalität* sank seit 1962 auf weniger als 1% und seit 1986 sogar bis auf 0,1% ab. Dies dürfte vor allem auf eine zunehmend bessere Behandlung der bei massivem Flüssigkeitsverlust drohenden Kreislaufdekompensation, der typischen Todesursache im Zusammenhang mit einer Gastroenteritis bei Säuglingen und älteren Personen, zurückzuführen sein. Die etwas höhere *Mortality* in den siebziger und achtziger Jahren beruht auf der stark gestiegenen *Morbidity*.

Durch das Bundes-Seuchengesetz wurde ab 1962 eine differenzierte Meldung und damit Berichterstattung für a) Salmonellen und b) übrige Formen eingeführt. Wie Tabelle 6.1.3 und Grafik 6.1.3 zeigen, stiegen zwischen 1960 und 1980 vor allem die Salmonellen stark an; seit 1981 folgten bei zwischenzeitlichem Absinken der Salmonellenhäufigkeit auch die übrigen Formen. Nach Erhebungen des BGA (Pöhn und Großmann 1987) spielen hierbei Campylobacter-Arten die größte Rolle. Da diese als Fleisch-Verunreiniger schon lange bekannt sind (*Vibrio fetus*), kann durchaus angenommen werden, daß die Zunahme nicht auf neuartige Infektionen, sondern auf verbesserte Methoden der Diagnostik zurückgeführt werden kann und daß diese Infektionen früher nicht erkannt und daher auch nicht berichtet worden waren. Trotzdem dürfte auch jetzt noch die Dunkelziffer sehr hoch sein, in erster Linie durch nicht erkannte Infektionen, die leicht verlaufen und oft nicht einmal eine ärztliche Behandlung erfordern.

Die einzelnen Erregerarten werden in der Statistik nicht erfaßt. Wie aus Sondererhebungen (Pöhn 1982) hervorgeht, waren bis 1980 unter den Salmonellen die häufigsten Enteritis-Erreger: *S. typhi-murium*, *S. panama*, *S. enteritidis* und *S. derby*. Die Inzidenz der Salmonellen-Infektionen ist bei Säuglingen und Kleinkindern am höchsten und nimmt mit zunehmenden Lebensalter ab. Als Beispiel zeigt Grafik 6.1.4 die Altersgruppen-Verteilung im Jahre 1977 (Pöhn 1980).

Im **DDR-Gebiet** waren unter den im Bundesgebiet als Enteritis berichteten Erkrankungen nach der zuletzt gültigen 1. Durchführungsbestimmung zum Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen folgende Krankheitsbegriffe meldepflichtig: Diarrhoe (Durchfall) vermutlich infektiösen Ursprunges, Lebensmittelvergiftung nach Gemeinschaftsverpflegung (auch nichtinfektiösen Ursprungs – z.B. Pilzvergiftungen oder Schwermetallvergiftungen), Salmonellosen und Colienteritis sowie spätestens ab 1983 auch die Yersiniose und Infektionen durch *Campylobacter* oder Rotavirus. Meldung und Auswertung erfolgten für die einzelnen Meldekategorien unabhängig, so daß z.B. eine über die Gemeinschaftsverpflegung erworbene Salmonellose in 3 Meldekategorien erfaßt werden konnte. Aus diesem Grund sind die DDR-Zahlen, außer bei den Salmonellosen, nicht direkt mit denen des Bundesgebietes vergleichbar.

Grafik 6.1.5 zeigt für die *Diarrhoe* (Tab. 6.1.4) eine ständig steigende Zahl von Erkrankungsfällen mit stark erhöhten Werten in den Jahren 1975 und 1982–83. Die Erhöhung im Jahr 1975 beruht auf einer vorübergehend verstärkten Erfassung von Durchfallerkrankungen im Rahmen eines größeren Ruhrausbruchs im Herbst des Jahres; sie ist also als pseudoepidemisch aufzufassen. Auch die hohe Morbidität der Jahre 1982 und 83 beruht wahrscheinlich auf einer besseren Erfassung von Erkrankungsfällen im zeitlichen Zusammenhang mit Ruhrausbrüchen im Herbst dieser beiden Jahre. Da damals die Diagnostik der Yersiniose sowie von *Campylobacter* und Rotavirus-Infektionen noch völlig unterentwickelt war, könnte es sich aber auch um eine nicht diagnostizierte Ausbreitung eines dieser Erreger gehandelt haben.

Der langfristig fast lineare Anstieg der Durchfallerkrankungen ist hauptsächlich als Folge einer zunehmend besseren Erfassung besonders in Kinder- einrichtungen zu interpretieren, wobei in solchen

Einrichtungen auf Grund der Konzentration von Kleinkindern natürlich auch die Übertragbarkeit vieler Infektionskrankheiten erhöht ist. Die tatsächliche Morbidität der Durchfallerkrankungen ist noch wesentlich größer, als es die Meldezahlen ausweisen. Dies wurde immer dann deutlich, wenn im Zusammenhang mit Ausbrüchen von Salmonellosen oder Shigellosen die Ärzte ihrer Meldepflicht besser nachkamen (siehe oben).

Bei den hier ausgewiesenen *Lebensmittelvergiftungen* (Tab. 6.1.5 und Grafik 6.1.6), die zum überwiegenden Teil bakteriell bedingt waren, handelt es sich tatsächlich nur um die, die nach Gemeinschaftsverpflegung aufgetreten waren. Einzelfälle nach häuslichem Lebensmittelverzehr sind darin nicht enthalten, ebenso wie die meisten Erkrankungsfälle nach Gaststättenbesuch. Erst in den letzten Jahren gelang es auch zunehmend, solche Erkrankungshäufungen zu erfassen. Trotzdem lag die gemeldete Erkrankungszahl bis 1986 über der Zahl der insgesamt gemeldeten Salmonellosen, d.h. ihr Anteil an den übrigen Formen der Enteritis infectiosa ist tatsächlich sehr hoch; sie werden jedoch zumeist nicht erfaßt.

Die Inzidenzrate der *Salmonellose* (Tab. 6.1.6 u. Grafik 6.1.7) zeigt langjährige Schwankungen und einzelne durch großflächige Ausbrüche hervorgerufene Morbiditätsspitzen (z.B. 1972 und 1978). Der Gipfel im Jahr 1972 war durch eine Ausbreitung von *S. enteritidis* in Thüringen bedingt. Die Morbiditätserhöhung im Jahr 1978 wurde durch mehrere große Ausbrüche (bedingt durch *S. typhimurium*) in verschiedenen Bezirken hervorgerufen. Während bis 1985 *S. typhimurium* und *S. agona* die beiden häufigsten Erreger einer Salmonellose waren (Ausnahme 1972 s. oben), kam es ab 1986 zu einem deutlichen Anstieg der Infektionen durch den Sero- var *S. enteritidis*, dessen Anteil sich in den folgenden Jahren von 43% (1986) auf fast 60% (1989) erhöhte und der ähnlich wie im Bundesgebiet maßgeblich an der Zunahme der Erkrankungshäufigkeit seit 1986 beteiligt ist. Damit einher ging eine Verschiebung der „Risikolebensmittel“ von Fleisch- und Wurstwaren zu Geflügel, Konditorwaren und anderen mit Rohei zubereiteten Lebensmitteln.

Die *Coli-Enteritis* (Tab. 6.1.7 und Grafik 6.1.8) hatte bis 1985 für die Durchfallmorbidität der Kleinkinder, vor allem aber der Säuglinge eine erhebliche Bedeutung; besonders wegen der Konzentration dieser Altersgruppe in Kinder- einrichtungen (Krip-

pen). Seit 1986 kam es infolge sozialer Verbesserungen für berufstätige Mütter in Form einer Verlängerung der bezahlten Freistellung von der Arbeit nach der Geburt eines Kindes zu einer drastischen Abnahme der Zahl von Krippenkindern und dadurch zu einem fortlaufenden Rückgang der gemeldeten Morbidität. Die Letalität (Tab. 6.1.7) zeigte auf Grund verbesserter Behandlungsmöglichkeiten zunächst einen stark fallenden Trend. Nur 1979 kam es im Zusammenhang mit Erkrankungen von zum Teil vorgeschädigten Säuglingen durch den Serotyp O 111 zu einer größeren Zahl von Sterbefällen.

Die Grafik 6.1.9 zeigt die Erkrankungszahlen für Coli-enteritiden, Yersiniosen sowie Campylobacter- und Rotavirus-Infektionen in gestapelter Form. Hierdurch sind Schätzungen der nicht Salmonella-bedingten Enteritis-infectiosa-Erkrankungen im zeitlichen Verlauf möglich (vgl. Grafik 6.1.3 für das Bundesgebiet). Auch im DDR-Gebiet hat zum Anstieg der gemeldeten Erkrankungszahlen seit 1980 eine verbesserte Erreger-Diagnostik dieser Infektionen wesentlich beigetragen, so daß die Zunahme dieser Erkrankungen größtenteils „pseudoepidemisch“ ist.

6.2 Botulismus

Beim Botulismus handelt es sich um eine Intoxikation, die zu Lähmungserscheinungen führen kann. Das Toxin stammt von *Clostridium botulinum*, der vorwiegend im Darm von Säugetieren – hier vor allem Rinder, Pferde, Schweine –, aber auch in Fischen oder Vögeln vorkommt. Sporen dieser Clostridien, die sehr resistent gegenüber Umwelteinflüssen, besonders gegen Hitze sind, gelangen in den Erdboden und sind dort lange Zeit haltbar.

Die Krankheit gehört zu den *bakteriellen Lebensmittelvergiftungen*, ist aber keine Enteritis. Bei der Aufgliederung im BSeuchG in klinische Krankheitsbilder wurde der Botulismus deshalb von der Enteritis infectiosa abgetrennt. Bis 1961 wurden Botulismus-Erkrankungen unter bakteriellen Lebensmittelvergiftungen geführt (s. unter 6.1). Gesonderte Zahlen liegen für das Bundesgebiet erst seit 1962 vor (Tab. 6.2.1).

Die Zahlen der Erkrankungen und Sterbefälle im **Bundesgebiet** von 1962–1989 sind in Grafik 6.2.1

dargestellt. Trotz deutlicher Schwankungen ist ein stetiger Rückgang der Erkrankungen und Sterbefälle deutlich wahrnehmbar.

Für das **DDR-Gebiet** ist für die Zeit von 1953–1989 aus Tab. 6.2.2 und Grafik 6.2.2 ein ähnlicher Verlauf bei Erkrankungen und Sterbefällen zu erkennen. Die Vergleichswerte liegen allerdings etwas höher als im Bundesgebiet. Bei der Mehrzahl der erfaßten Erkrankungen der letzten Jahre handelt es sich um Einzelfälle oder kleinere Ausbrüche mit bis zu 5 Erkrankungen. Die meisten angeschuldigten Lebensmittel waren *privat zubereitete Fleisch- und Wurstwaren* (z.B. geräucherter Schinken oder eingekochte Leberwurst) sowie Fisch (z.B. eingelegte Heringe) und Gemüse (z.B. Bohnen oder Pilze). Häufig gelang der Toxinnachweis weder im Patientenserum noch in den angeschuldigten Lebensmitteln (bzw. es wurde nichts untersucht), und die klinische Diagnose wurde „ex juvantibus“ bestätigt.

6.3 Brucellose

Die Brucellose ist beim Menschen eine systemische Infektionskrankheit mit Fieber und verschiedenen Organmanifestationen. Standorte der Erreger sind Rinder (*Brucella abortus*), Schafe und Ziegen (*Br. melitensis*) sowie Schweine (*Br. suis*). Die Übertragung vom Tier auf den Menschen erfolgt außer als Lebensmittelinfektion durch nicht oder unzureichend erhitztes Fleisch, Milch oder Milchprodukte (Käse) auch durch Kontakt mit erregerhaltigen Tieren oder Tierkörpern. Aerogene Übertragungen sind selten.

Für das **Bundesgebiet** liegen Daten seit 1946 vor (Tab. 6.3.1). In den Jahren bis 1961 handelt es sich dabei nur um Morbus Bang. Wie Grafik 6.3.1 zeigt, kam es in der Mitte der fünfziger Jahre zu einer deutlichen *Morbiditäts-Spitze* bis 0,8, die bis Mitte der sechziger Jahre bis auf Werte um 0,2 zurückging. Durch die Erweiterung der Meldepflicht um Maltafieber und Suis-Brucellose stiegen die Erkrankungszahlen nicht merklich an, woraus zu entnehmen ist, daß die letztgenannten Krankheiten keine große Rolle spielten. Die Morbidität blieb dann mehrere Jahre ungefähr auf gleicher Höhe, erst Mitte der achtziger Jahre nahm sie weiter ab. Die gesonderte Meldepflicht des Maltafiebers und der Suis-Brucellose brachte keine wichtigen epidemiologischen Erkenntnisse, so daß sie bei der Novellie-

zung des BSeuchG 1980 wieder fallengelassen wurde (s. Weise 1977 und 1980). Die *Mortalität* zeigte einen ähnlichen Verlauf wie die Morbidität, nur daß die höchste Spitze etwa 2 Jahre vor dem Morbiditätsgipfel lag.

Im **DDR-Gebiet** erreichten die Brucellosen einen Morbiditätsgipfel von nahezu 2 mit einer „Schulter“ bei 1,5 bis in die siebziger Jahre (Grafik 6.3.2). Seit 1980 gingen dann die Brucellosen bis nahezu null zurück. Todesfälle traten nur vereinzelt auf (s. Tab. 6.3.2). Die Letalität der Brucellosen ist gering. Bei dieser Erkrankung handelt es sich überwiegend um Kontaktinfektionen bei Beschäftigten in landwirtschaftlichen Betrieben. Wegen der Pasteurisierung der Milch spielten lebensmittelbedingte Infektionen praktisch keine Rolle mehr. Mit dem zunehmenden Erreichen des Ziels brucellosefreier Rinderbestände verschwand die Erkrankung fast vollständig. Von den 25 gemeldeten Erkrankungen der Jahre 1980–89 handelte es sich bei 17 um wahrscheinliche Berufsinfektionen, 3 × um Importfälle (Ausländer bzw. Reiserückkehrer) und 2 × um Laborinfektionen. Bei 3 Fällen konnte die Ursache nicht geklärt werden.

6.4 Listeriose

Bei Listeriose handelt es sich auch um einen erregbezogenen Krankheitsbegriff. Durch *Listeria monocytogenes* können septikämische Krankheitsbilder mit Absiedelungen in verschiedenen Organen hervorgerufen werden; die meisten Infektionen verlaufen jedoch symptomlos (Hof 1990). Sie können aber zu Mißbildungen beim Embryo führen. Listerien kommen in der Umgebung des Menschen ubiquitär vor und sind bei Tieren, aber auch beim gesunden Menschen zu finden. Die Übertragung erfolgt durch Lebensmittel, wobei vor allem verschiedene Käsesorten eine bedeutende Rolle spielen. Im **Bundesgebiet** waren Listeriosen nur bei Beteiligung des Zentralen Nervensystems (übrige Formen bzw. bakterielle Meningitiden) und angeborene Listeriosen meldepflichtig.

Im **DDR-Gebiet** waren seit 1955 alle Listerien-Erkrankungen zu melden (Tab. 6.4.1). Grafik 6.4.1 zeigt einen deutlichen Gipfel bei Morbidität und Mortalität im Jahre 1966 und nach einem niedrigen Stand für ca. 20 Jahre einen geringen Wiederanstieg der Morbidität seit 1983 bis auf 0,6 im Jahr 1985.

Der Anstieg der gemeldeten Erkrankungsfälle ab 1983 beruht auf serologisch diagnostizierten Infektionen bei Schwangeren (zum Teil mit subklinischem Verlauf) im Rahmen einer zunehmend durchgeführten Routinekontrolle. Es handelt sich also um einen pseudoepidemischen Anstieg auf Grund besserer Erfassung. Die Zahl der in den letzten Jahren erfaßten Listerien-Meningitiden lag unter 20 Fällen pro Jahr.

6.5 Typhus, Paratyphus

Bei Typhus und Paratyphus handelt es sich um verhältnismäßig uncharakteristische hochfieberhaft und systemisch verlaufende Krankheiten. Die Erreger (*Salmonella typhi* bzw. *S. paratyphi* A, B oder C) kommen nur beim Menschen vor und sind auf diesen angepaßt. Die Krankheitsbilder konnten aber erst seit der Entdeckung der Erreger anfangs dieses Jahrhunderts von anderen Krankheiten (wie z.B. Fleckfieber „Typhus exanthematicus“) abgegrenzt werden.

Bis 1924 wurden in der Statistik Typhus und Paratyphus noch zusammen ausgewiesen. Es liegen hier Zahlen über Sterbefälle seit 1892 und Erkrankungen seit 1910 vor (Tabelle 6.5.1). Wie die Grafik 6.5.1 zeigt, ging die *Mortalität* beider Erkrankungen zusammen bis zum Ausbruch des ersten Weltkrieges kontinuierlich zurück. Auch die *Morbiditätskurve* sank zunächst ab. Im ersten Weltkrieg kam es dann zu einem verhältnismäßig starken Anstieg sowohl der Morbidität wie auch der Mortalität, wobei ein zweigipfeliger Verlauf zu erkennen ist. Typhus und Paratyphus erwiesen sich als ausgesprochene Kriegsseuchen. Die *Letalität* stieg von etwa 15% auf über 30% an und ging dann wieder auf ca. 10% zurück (s.Tab. 6.5.1). Bis 1924 nahmen dann Morbidität bis zu einem Wert um 28 und Mortalität bis ca. 3 ab.

6.5.1 Typhus abdominalis

Für den Typhus allein liegen seit 1925 Zahlen über Erkrankungs- und Todesfälle vor (Tab. 6.5.2, 6.5.3 und 6.5.4). Grafik 6.5.2 zeigt die Kurven von Morbidität und Mortalität. Wieder sieht man einen deutlichen Rückgang der *Morbidität* und der *Mortalität* bis zum zweiten Weltkrieg. In diesem und

besonders in der Zeit unmittelbar danach war die Morbidität wieder auf über 40 angestiegen. Die *Letalität* lag jedoch nur noch bei 10%, so daß die Mortalität lediglich bis auf 6,5 zugenommen hatte (Tab. 6.5.3 und Grafik 6.5.2).

Seit 1950 gingen im **Bundesgebiet** beide Kurven kontinuierlich zurück (Grafik 6.5.3); bei der Morbidität kann man noch einige Spitzen erkennen, die auf kleine Epidemien hinweisen, wie z.B. 1953 in Stuttgart, 1955 in Hagen (Westfalen) oder 1974 in Göttingen und Südwestdeutschland. Die *Letalität* sank seit dem zweiten Weltkrieg auf Werte um 1% ab.

Im **DDR-Gebiet** sanken Morbidität und Mortalität analog zum Bundesgebiet merklich ab (Grafik 6.5.4). Auch die *Letalität* ging wie im Bundesgebiet auf Werte um 1% zurück, soweit die Zahlen noch statistisch sinnvoll waren. In den letzten Jahren sind die Werte wegen der geringen Todesfallzahlen nicht vergleichbar.

Zur letzten größeren Typhus-Epidemie kam es 1980 in Jena/Thüringen. Ursache war Trinkwasser aus einer Karstquelle, die im Zusammenhang mit heftigen Regenfällen durch Oberflächenwasser kontaminiert worden war (Schulze, 1992; Scholz et al., 1992). Da es auf Grund der erheblichen Durchseuchung nach 1945 noch immer sehr viele Dauerausscheider (bekannte und vor allem unbekannt) gibt, besteht weiterhin sowohl die Gefahr sporadischer Kontaktkrankungen als auch lebensmittel- oder wasserbedingter Ausbrüche, obwohl die hygienischen Bedingungen bei der kommerziellen Lebensmittel- und Getränkeherstellung sowie der Trinkwassergewinnung eine hohe Barriere sind. Zunehmend wichtiger werden Importfälle bei Ausländern oder Heimkehrern von Auslandsaufenthalten.

6.5.2 Paratyphus

Beim Paratyphus verlaufen die *Morbiditätskurven* etwa seit 1930 ähnlich wie beim Typhus abdominalis, dagegen liegen die *Mortalitätskurven* nahezu eine Zehnerpotenz niedriger als beim Typhus (Tab. 6.5.5, 6.5.6 und 6.5.7 und Grafiken 6.5.5, 6.5.6 und 6.5.7), denn die *Letalität* ist beim Paratyphus deutlich geringer als beim Typhus abdominalis. Paratyphus A, B oder C werden in der Statistik nicht unterschieden. Meist handelte es sich um Paraty-

phus B; Paratyphus A wurde nur ganz vereinzelt aus tropischen Ländern (z.B. Indien) eingeschleppt, Paratyphus C trat u. W. überhaupt nicht auf.

Auch beim Paratyphus ergab sich um 1945 ein drastischer Morbiditätsanstieg. Allerdings erreichten die Morbiditätswerte nur etwa 20–25% der des Typhus. Mit der Verbesserung der hygienischen und allgemeinen Lebensverhältnisse ergab sich in den Folgejahren wie beim Typhus ein relativ rascher Rückgang der Morbidität. Wegen Dauerausscheidern besteht jedoch weiterhin in Deutschland ein gewisses Restrisiko. Dazu kommt die Möglichkeit von Importfällen bei Ausländern oder Rückreisenden aus Endemiegebieten.

6.6.1 Shigellenruhr

Die Ruhr (Dysenterie) war bereits Hippokrates bekannt (Walther, s. Gsell-Mohr). Die Bezeichnung Shigellenruhr – nach deren Erregergattung *Shigella* – wurde erstmals in der seit 1980 geltenden Fassung des Bundes-Seuchengesetzes zur Präzisierung eingeführt. Die Shigellenruhr ist jedoch identisch mit der früher als bakterielle Ruhr bezeichneten Krankheit, von der die Amöbenruhr (s. unter 6.6.2) abgegrenzt werden muß.

Zahlen über Todesfälle liegen seit 1892 und über Erkrankungen seit 1910 bis heute vor (Tab. 6.6.1 bis 6.6.4 und Grafik 6.6.1–6.6.3). Wie aus den Tabellen und der Grafik 6.6.1 ersichtlich, war die *Mortalität* nach einem Anstieg auf 4 (Sterbefälle auf 100000 Einwohner und Jahr, 1895) bis zum Beginn des ersten Weltkrieges auf 0,2 (1913) abgefallen. Im ersten Weltkrieg stiegen dann *Morbidität* und *Mortalität* dramatisch an. Die *Letalität* erreichte damals einen Gipfelpunkt von 32%. Nach dem ersten Weltkrieg fielen Morbidität, Mortalität und *Letalität* auf niedrigere Werte ab. Im zweiten Weltkrieg stiegen die Inzidenzwerte wieder deutlich an, jedoch bei weitem nicht so hoch wie im ersten Weltkrieg. Die *Letalität* hatte knapp 12% erreicht.

Im (damaligen) **Bundesgebiet** gingen dann Morbidität, Mortalität und *Letalität* langsam zurück (Grafik 6.6.2), nachdem bis 1965 noch einige Ausbrüche mit erkennbaren Gipfeln zu verzeichnen waren. Seit 1980 ist wieder ein leichter Anstieg der Morbidität zu beobachten, was wohl auf eingeschleppte Erkrankungen von den immer beliebter werdenden Reisen in tropische Länder Afrikas, Amerikas und Asiens zurückzuführen sein dürfte.

Im **DDR-Gebiet** dagegen kam es zu epidemischen Häufungen der Shigellose-Erkrankungen (Grafik 6.6.3) mit besonders herausragenden Gipfeln 1964 und 1973. Die Morbiditätsraten überstiegen dabei sogar die Gipfelwerte im *Ersten Weltkrieg*. Bei den exzessiven Ausbrüchen handelte es sich zum Teil um lebensmittelbedingte Epidemien (z.B. 1973 durch die Verteilung von mit Shigellen kontaminierten Starterkulturen für die Käseherstellung), zum Teil um Kontaktepidemien unter hygienisch problematischen Bedingungen (z.B. 1975 durch den Rückstrom infizierter Urlauber von Campingplätzen an der Ostseeküste und Ausbreitung der Erkrankung durch Kontakte in Familien und Kindereinrichtungen). Der hohe Anteil von Kindern in Kindereinrichtungen führte auch noch in den letzten Jahren zu einer gewissen endemischen Zirkulation (besonders von *Sh. sonnei*) nach Rückkehr der Urlauber aus Reisegebieten in Ost- und Südosteuropa. Die Erkrankungen verliefen verhältnismäßig mild, wie dies für den Erreger *Shigella sonnei* (Kruse-Sonne E) typisch ist. Die Letalität war gering, so daß auch die Mortalität niedrig blieb.

Wie die Grafiken zeigen, steigt die *Morbidität* der Shigellenruhr unter unhygienischen Bedingungen, besonders in Kriegszeiten, merklich an und geht nach Besserung der Verhältnisse wieder deutlich zurück. Die Erkrankungen im Bundesgebiet sind wie auch in der ehemaligen DDR offenbar durch Reisende aus Endemiegebieten eingeschleppt worden. Im DDR-Gebiet kam es jedoch im Gegensatz zum Bundesgebiet zur Ausbreitung der Krankheit unter der einheimischen Bevölkerung. Dies dürfte wohl auch auf den Gebrauch mehrfach zu benutzender Handtücher in Toiletten von Gaststätten, öffentlichen Einrichtungen o.dgl. zurückzuführen sein. Die Letalität sank infolge wesentlich verbesserter Möglichkeiten causaler Behandlung fast auf 0% ab; infolgedessen liegt auch die Mortalität unter 0,01. Die unterschiedlichen Erreger der Ruhr werden in der Statistik nicht gesondert erfaßt, so daß auch hier keine über die amtlichen Statistiken hinausgehenden Angaben möglich sind.

6.6.2 Amöbenruhr

Die Amöbenruhr ist eine lokale Infektion des Dickdarmes und zeigt daher ähnliche Krankheitserscheinungen wie die vorstehend beschriebene Shigellenruhr. Im übrigen ist sie jedoch eine vollkommen

andere Krankheit. Sie kommt in erster Linie in warmen Ländern vor (Tropenkrankheit); ihr Erreger ist der einzellige Parasit (Protozoon) *Entamoeba histolytica*, der nur beim Menschen vorkommt.

Eine Meldepflicht bestand im **Bundesgebiet** nur von 1962–1979, für diesen Zeitraum liegen Zahlen vor (Tab. 6.6.5 und Grafik 6.6.4). Die Grafik zeigt geringe jährliche Schwankungen bei den Erkrankungszahlen bis 1975, dann aber bis 1979 eine merkliche Zunahme. Die Sterbefallzahlen überschritten 5 nicht, die Werte für die *Letalität* sind wegen der geringen Todesfallzahlen nicht vergleichbar.

Aus dem **DDR-Gebiet** liegen Daten für die Jahre 1966–1989 vor. (Tab. 6.6.6 und Grafik 6.6.5). Die Erkrankungszahlen lagen bis 1981 unter 10, stiegen dann aber deutlich an. Im Berichtszeitraum wurde nur 1 Todesfall (1988) registriert. Der Anstieg der gemeldeten Erkrankungsfälle seit 1982 beruht wesentlich auf der Zunahme von diagnostizierten Importfällen bei eingereisten Ausländern bzw. Rückkehrern aus Endemiegebieten. Da diese Personengruppen gezielt betreut wurden, war die Erfassungsrates bei „Tropenkrankheiten“ in der DDR sehr hoch. Touristische Reisen von Privatpersonen gab es in nennenswertem Umfang ohnehin nicht. Auf Grund des zeitigeren und stärkeren internationalen Reiseverkehrs im Bundesgebiet erfolgte der Anstieg der erfaßten Amöbenruhr-Erkrankungen dort deutlich früher.

6.7 Toxoplasmose

Mit Toxoplasmose wird eine Zoonose nach Infektion mit *Toxoplasma gondii*, einem Protozoon, bezeichnet, die beim Menschen zu unterschiedlichen Reaktionen führen kann. Neben einer symptomlosen Infektion werden auch opportunistische Erkrankungen, vornehmlich des Auges (Chorioretinitis) oder des Zentralen Nervensystems bei Immungeschwächten, beobachtet. Hauptwirte des Erregers sind Katzen und andere Feliden, die Oozysten des Parasiten mit dem Kot ausscheiden. Außerdem können durch kleine Nager Nutztiere – vor allem Schweine – infiziert werden; die Infektion des Menschen kann dann durch zystenhaltiges, ungenügend erhitztes Fleisch erfolgen. Eine besondere Rolle spielen konnatale Infektionen, bei denen die Infektion diaplazentar erfolgt.

Im **Bundesgebiet** war die Toxoplasmose insgesamt von 1962 bis 1979 meldepflichtig (Tab. 6.7.1 und Grafik 6.7.1), seit 1980 sind es nur noch angeborene Fälle (s. Kap. 10.4). Die *Morbiditätskurve* zeigt einen mäßigen Anstieg bis 1972 gefolgt von einem beachtlichen Rückgang bis zum Ende der Meldepflicht. Die *Mortalität* erreichte knapp 0,05. Die *Letalität* schwankte zwischen 0,3 und 3,8, die Werte beruhen aber teilweise auf zu geringen Zahlen, um einen Vergleich in allen Fällen zuzulassen.

Aus dem **DDR-Gebiet** liegen Daten seit 1955 vor (Tab. 6.7.2 und Grafik 6.7.2). Die Werte für die *Morbidität* waren anfangs niedrig mit einer kleinen Spitze im Jahre 1968. Seit 1983 stiegen sie dann erheblich an. Dieser Anstieg ist eine Folge der besseren Erfassung von Primärinfektionen bei Schwangeren im Rahmen der zunehmenden serologischen Routineuntersuchungen. Ähnlich wie bei der Listeriose (siehe Kap. 6.4) wurden akute Infektionen dabei auch unabhängig von einer klinischen Symptomatik gemeldet; der Anstieg ist also pseudoepidemisch. Eine solche Routinekontrolle gestattet die möglichst frühzeitige Erfassung von Primoinfektionen bei Schwangeren sowie deren antibiotische Behandlung zur Verhinderung einer Infektion des Feten. Die *Mortalität* überstieg 0,05 nur im Jahre 1967. Für die *Letalität* gilt das gleiche wie für das Bundesgebiet.

6.8 Trichinose

Die Trichinose ist eine Infektion mit dem Fadenwurm *Trichinella spiralis*, dessen Hauptwirt das Schwein ist. Beim Genuß trichinenhaltigen (ungenügend erhitzten) Fleisches gelangen die Würmer in den Dünndarm und später ihre Larven in die Skelettmuskulatur, worin sie Cysten bilden können.

Daten über Todesfälle liegen seit 1892, über Erkrankungen seit 1910 vor (Tab. 6.8.1–6.8.4 und Grafik 6.8.1 und 6.8.2). In den Jahren bis zum zweiten Weltkrieg trat die Trichinose im **Reichsgebiet** fast stets, aber in geringer Zahl auf, dazu gesellten sich in unterschiedlichen Abständen 9 größere Häufungen. (s. Tab. 6.8.2 und Grafik 6.8.1).

Im **Bundesgebiet** war die Trichinose (1950–1989) verhältnismäßig selten mit nur wenigen Erkrankungen, überragt von 3 größeren Ausbrüchen, die meist auf jeweils 1 trichinenhaltiges Tier zurückgehen. Beispielhaft sei hier der Ausbruch 1982 in Bitburg/Eifel erwähnt, der anlässlich eines Brauereifestes auf Verzehr sogenannter Rohesser oder von Mettwurst aus einer Schlachtung, bei der die Fleischschau ungenügend durchgeführt worden war, zurückzuführen ist (s. Pöhn 1984). Im **DDR-Gebiet** traten neben einem Ausbruch 1955 nur vereinzelt Erkrankungen in 4 weiteren Jahren auf.

7. Vektor-übertragene Infektionen

Dieser Abschnitt befaßt sich mit Krankheiten, deren Erreger durch Gliederfüßer vom Mensch oder Tier auf den Menschen übertragen werden, wobei sich die Krankheitserreger im Vektor vermehren oder einen bestimmten Entwicklungszyklus durchlaufen. Ohne den Vektor kann die Krankheit nur ausnahmsweise (z.B. iatrogen) weiterverbreitet werden. Durch Gliederfüßer rein mechanisch übertragene Infektionen – wie z.B. Salmonellen oder Shigellen durch Fliegen – werden nicht zu dieser Kategorie gerechnet. Zu den vektor-übertragenen Infektionen gehören auch die im Abschnitt 3 abgehandelten gemeingefährlichen Krankheiten Fleckfieber, Gelbfieber und Pest.

7.1 Malaria

Bei Malaria handelt es sich um fieberhafte in tropischen und subtropischen Ländern verbreitete Krankheiten, die durch Protozoen der Gattung *Plasmodia* hervorgerufen werden; Überträger sind Anopheles-Mücken. Es sind 3 verschiedene Verlaufsformen zu unterscheiden: Malaria tertiana (Drei-Tage-Fieber, durch *Plasmodium vivax* oder *Pl. ovale*), Malaria quartana (Vier-Tage-Fieber durch *Pl. malariae*) und Malaria tropica (mit uncharakteristischen Fiebertverläufen durch *Pl. falciparum*). Die letztgenannte Krankheitsform hat eine hohe Letalität und ist vor allem in den tropischen Gebieten Zentralafrikas, Süd-Ost-Asiens und Südamerikas verbreitet; *M. tertiana* ist wesentlich harmloser mit geringer Letalität und kommt hauptsächlich in den Subtropen vor. In Mitteleuropa kann die Krankheit normalerweise nicht übertragen werden, da die klimatischen Bedingungen für die Entwicklung der Parasiten in den Mücken in der Regel nicht vorhanden sind.

Die Malariaeinschleppungen in das Bundesgebiet sind in Tab. 7.1.1 und Grafik 7.1.1 wiedergegeben. Unmittelbar nach dem zweiten Weltkrieg kam es infolge einer relativ hohen Prävalenz (Bestand an Malaria-Infizierten – statistisch jedoch nicht erfaßt) durch Heimkehrer von Kriegsschauplätzen in Malaria-gebieten, heißer Sommermonate mit einer erhöhten Durchschnittstemperatur (vor allem 1947) und dem Vorhandensein von zur Malariaübertragung geeigneten Anophelesmücken, besonders in Schleswig-Holstein und Ostfriesland zu zahlreichen au-

tochthonen Malaria-Neuerkrankungen (s. auch Mohr, in Gsell-Mohr). Wie die Tabelle zeigt, sind die sehr hohen *Morbiditätswerte* schnell zurückgegangen und bis 1961 niedrig geblieben. Dann kam es erst langsam, dann schneller zu Zunahmen der Morbidität von Malaria tertiana durch Gastarbeiter und später auch der Malaria tropica durch Touristen aus Ländern mit Malariagebieten. Grafik 7.1.2 zeigt die Aufgliederung dieser Erkrankungsfälle auf die drei Verlaufsformen. Hierbei entfallen bis 1983 die meisten Erkrankungen auf Malaria tertiana, vorwiegend zurückzuführen auf Einreisende aus Nordafrika und dem Orient (z.B. türkische Gastarbeiter); diese Zahlen gehen weiterhin zurück. Dagegen nehmen seit 1984 Malaria-tropica-Einschleppungen vor allem aus Zentralafrika merklich zu (Pöhn und Großmann 1988, Weise 1984). Der Verlauf der *Mortalitätswerte* entspricht annähernd dem der *Morbiditätswerte*, jedoch anfangs mit einer Verzögerung von etwa 4 Jahren (Grafik 7.1.1).

Im DDR-Gebiet verlaufen Morbiditäts- und Mortalitätswerte ähnlich wie im Bundesgebiet, der Anstieg seit 1980 ist jedoch merklich geringer, was auf die damaligen Einschränkungen im Reiseverkehr zurückzuführen ist. Auf Grund der begrenzten Zahl von Dienstreisen in Endemiegebiete und der relativ guten Betreuung dieser Gruppe, auch in den Ziel-ländern, war die Zahl von Malaria-Erkrankungen unter den Heimkehrern gering. Die Mehrzahl der Malaria-Erkrankungen betraf dementsprechend Ausländer, die sich als Gastarbeiter oder zur Ausbildung in der DDR aufhielten. Je nach Herkunftsland dieser Personen handelte es sich hauptsächlich um Infektionen durch *Pl. falciparum* (Afrikaner) bzw. durch *Pl. vivax* (Nordvietnamesen). Auf Grund des hohen Anteils der Infektionen durch *Pl. vivax*, aber auch wegen der gezielten medizinischen Betreuung dieser Personengruppen, wurden Erkrankungsfälle zumeist rechtzeitig genug diagnostiziert und stationär behandelt, so daß die Letalität gering war.

7.2 Rückfallfieber

Das epidemische (Läuse-) Rückfallfieber ist eine fieberhafte, systemische Erkrankung beim Menschen mit charakteristischen zu Rückfällen neigen-

dem Fieberverlauf. Erreger ist die Spirochätenart *Borrelia recurrentis*, Überträger sind Kleider- oder Kopflaus, Wirt des Erregers der Mensch. Die Meldepflicht nach § 3 BSeuchG begründet sich auf die früheren *Internationalen Sanitätsvorschriften*, in denen das epidemische Rückfallfieber als quarantänepflichtige Krankheit deklariert war.

Rückfallfieber war im Reichsgebiet vor dem zweiten Weltkrieg sehr selten (Tab. 7.2.1); im Bundesgebiet bis 1989 trat die Krankheit, offenbar durch Einschleppung, nur ganz vereinzelt auf (Tab. 7.2.2). Die Zunahme der Fälle seit 1980 beruht – wie durch einige Mitteilungen belegt – auf Einschleppungen von endemischen (Zecken) Rückfallfieber oder auf Erkrankungen an der einheimischen Erythema migrans-Borreliose (Lyme Krankheit), d.h. auf Fehlmeldungen.

Im DDR-Gebiet war Rückfallfieber ebenfalls meldepflichtig. Es liegen aber bis 1989 keine Meldungen vor. Lediglich von der Erythema migrans Borreliose wurden 1987: 5, 1988: 25 und 1989: 104 Fälle registriert. Die Borreliose war jedoch auch dort nicht meldepflichtig, deshalb spiegeln die erfaßten Erkrankungszahlen nicht die reale Morbidität wider.

7.3 Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber

Unter dieser Bezeichnung ist eine ganze Reihe verschiedener fieberhafter, systemischer Krankheiten zu verstehen, bei denen es zu Hämorrhagien in verschiedenen Organen oder Organsystemen kommen kann, wie Lassafieber, Juninfieber, Machupofieber, Marburgfieber, Ebolafieber, Omsker hämorrhagisches Fieber, Kyasanur-Forest-Disease, Krimisches hämorrhagisches Fieber oder Kongo-hämorrhagisches Fieber.

Es handelt sich dabei in erster Linie um Zoonosen, deren Wirte Affenarten, Nagetiere oder Vögel sind. Die Erreger, Togaviren, Flaviviren, Arenaviren oder Filoviren werden durch Vektoren, bei denen es sich

um Insekten, Zecken oder Milben handeln kann, übertragen. Einige Erkrankungen werden auch durch Kontaktinfektion meist durch den Urin oder Speichel virusinfizierter Nager auf den Menschen übertragen (Lassafieber, Machupofieber); Übertragungen von Mensch zu Mensch mittelbar über Vektoren oder auch unmittelbar sind dabei auch möglich. Marburgfieber und Ebolafieber werden in der Regel durch Kontaktinfektionen (Krankenhausinfektionen, Laborinfektionen!) vom Tier oder vom Menschen auf den Menschen übertragen.

Eine Meldepflicht besteht in der Bundesrepublik erst seit 1980, sie sollte insbesondere Einschleppungen oder Ausbrüche der besonders hoch kontagiösen Krankheiten wie Marburgfieber, Ebolafieber, Lassafieber oder Machupofieber erfassen. Ein Ausbruch von Marburgfieber hatte sich 1967 in Marburg (Lahn) und Frankfurt (Main) durch Laborinfektion bei Arbeiten mit Affennieren ereignet. Vereinzelt Einschleppungen von Lassafieber führten nicht zu Sekundärerkrankungen. Seit Bestehen der Meldepflicht sind die genannten Krankheiten in der Bundesrepublik nicht aufgetreten, bei den statistisch ausgewiesenen Fällen handelte es sich um Dengue-Fieber (s. Kap. 7.4).

7.4 Dengue-Fieber

Dengue-Fieber ist eine fieberhafte, systemische Krankheit, bei der auch hämorrhagische Verlaufsformen auftreten können. Nur diese wären in der Bundesrepublik meldepflichtig, sie sind aber nicht weiter übertragbar, da Stechmücken der Gattung *Aedes*, die Dengue-Virus übertragen können, hier fehlen. Im DDR-Gebiet war Dengue-Fieber zwar meldepflichtig, es liegen aber keine Erkrankungsmeldungen vor. Da diese Erkrankung in der DDR praktisch nicht diagnostizierbar war (Fehlen eines entsprechenden Referenzlabors), sind einzelne Importerkrankungen wahrscheinlich aber auch nicht erkannt worden.

8. Zoonosen

Zoonosen sind Krankheiten, die von Tieren auf den Menschen übertragbar sind; dabei spielt es keine Rolle, ob die Infektion von Mensch zu Mensch weiterübertragen werden kann oder nicht. Einige Zoonosen wurden bereits in anderen Kapiteln behandelt und zwar: (Busch-) Gelbfieber und Pest bei den „gemeingefährlichen“ Krankheiten, Salmonellose, Botulismus, Brucellose, Listeriose, Toxoplasmose und Trichinose bei den Lebensmittelinfektionen sowie einige virusbedingte hämorrhagische Fieber unter den Vektor-übertragenen Infektionen. Unter dem Aspekt des Auftretens neuer Virusstämme (Antigen-Shift) kann auch die Influenza als Zoonose betrachtet werden.

8.1 Tollwut (Lyssa)

Die Tollwut des Menschen ist eine Erkrankung des Zentralnervensystems, die stets zum Tod führt. Erreger ist ein Rhabdovirus, das von erkrankten Tieren im Speichel ausgeschieden wird und durch Bisse oder durch mit Speichel kontaminierte Gegenstände übertragen werden kann. Mitteleuropa ist Tollwutgefährdetes Gebiet, vor allem unter Füchsen wird die Krankheit verbreitet.

Daten über Tollwutfälle liegen von 1924 bis 1938 für das Reichsgebiet (Tab. 8.1.1) und ab 1950 für das Bundes- und das DDR-Gebiet vor. Wie die Grafik 8.1.1 zeigt, waren nur in den Jahren 1924–1926 mehrere Fälle aufgetreten, in den Folgejahren wurden Tollwuterkrankungen nur vereinzelt beobachtet. In der Übersicht 8.1.2 sind für die einzelnen Fälle im Bundesgebiet, jahresweise geordnet, das Land, in dem die Infektion erfolgte, die Infektionsquelle und die Bißstelle aufgeführt (Weise 1975, 1977 und 1981); die Übersicht zeigt, daß vor allem in den letzten Jahren die meisten Erkrankungen aus Ländern mit größerer Verbreitung von Tiertollwut eingeschleppt worden sind. Die häufigste Infektionsquelle für den Menschen ist nach wie vor der Hund, der das Bindeglied zu dem Enzootie-Träger Fuchs darstellt.

Eine entsprechende Übersicht für das DDR-Gebiet zeigt Tab. 8.1.3. Bei den 3 Fällen seit 1968 in der DDR handelt es sich um Personen nach Exposition

im Inland (2 mal nach Hundebiß, darunter 1 mal trotz Schutzimpfung und 1 mal nach Fuchsbiß), wobei berücksichtigt werden muß, daß in Ostdeutschland die Tollwut unter den Füchsen stärker verbreitet war als im Bundesgebiet, da die Enzootie sich von Osteuropa kommend nach Westen ausbreitet.

Die humanmedizinische Bedeutung der Tollwut wird jedoch nicht so sehr durch die wenigen Erkrankungsfälle als vielmehr durch die notwendig werdenden zahlreichen postexpositionellen Schutzimpfungen bestimmt. Erst seit der Verfügbarkeit verbesserter Impfstoffe aus Zellkulturen sind Impfkomplicationen selten geworden; damit ist die Schutzimpfung selbst unproblematisch.

8.2 Q-Fieber

Das Q-Fieber (Query-fever, Queensland fever) ist eine hochfieberhafte Krankheit mit besonderer Beteiligung der Atemwege, vor allem der Lungen. Die Balkangrippe des Zweiten Weltkrieges ist mit dem Q-Fieber identisch. Der Erreger *Coxiella burnetii* wurde in Australien erstmals identifiziert. Die Übertragung auf den Menschen erfolgt aerogen durch Inhalieren von Staub aus dem Kot von Gliederfüßlern, meist Zecken, die an latent infizierten Haustieren (Schafe, Ziegen, Rindern) Blut gesaugt hatten (Mohr in Brüschke), oder als berufliche Infektion in der Landwirtschaft bei Beschäftigten mit Kontakt zu infizierten Haustieren.

Q-Fieber wurde in der Bundesrepublik Deutschland erst im Bundes-Seuchengesetz 1962 meldepflichtig. Seit diesem Jahr liegen Häufigkeits-Zahlen vor (Tab. 8.2.1). Das Diagramm 8.2.1 gibt die *Morbidity* aus dem Bundesgebiet und dem DDR-Gebiet synoptisch wieder. Im Bundesgebiet wurde 1964 ein auffallend hoher Wert von 0,7 beobachtet, der auf eine aerogene Übertragung anlässlich der Demonstration eines Schafes in der Münchner tierärztlichen Fakultät zurückzuführen war, bei der über 300 Studenten und Professoren erkrankten (Weise 1977). Die Werte in den übrigen Jahren schwanken unter 0,2, wobei die meisten Fälle in Süd-Deutschland, meist Baden Württemberg zu finden waren (Weise

1977 und 1981). Infektionsquellen waren meist Wanderschafherden, wobei die Infektionen durch verstaubten Kot von Zecken in den Fellen der Schafe zustande kamen. Betroffen waren daher in erster Linie landwirtschaftliches und Schlachthof-Personal, aber auch Bewohner im Bereich des Triebweges einer Wanderschafherde (1978 im Raum Heidelberg).

Im DDR-Gebiet, von dem Zahlen erst seit 1979 vorliegen (Tab. 8.2.2), fällt 1982 und 1983 eine deutliche Häufung auf. Bei diesem Ausbruch handelte es sich mehrheitlich um berufsbedingte Infektionen, die im Zusammenhang mit infizierten Rindern im Raum Thüringen standen. Erst eine entsprechende Diagnostik in einem Speziallaboratorium klärte die Ursache dieser erhöhten Zahl „atypischer Pneumonien“ auf. Grundsätzlich muß man davon ausgehen, daß diese Infektion wesentlich häufiger ist, als es die Erkrankungszahlen ausweisen, da die Infektion der Tiere zumeist asymptomatisch verläuft und bei Menschen die Symptomatik uncharakteristisch ist und bei den üblichen differentialdiagnostischen Erwägungen der Ärzte seltener in Erwägung gezogen wird.

Die *Letalität* des Q-Fiebers ist unbedeutend, Todesfälle kommen nur ganz vereinzelt vor.

8.3 Ornithose (Psittakose)

Die Ornithose ist eine akute fieberhafte Erkrankung mit spezieller Beteiligung der Lungen. Der Erreger *Chlamydia ornithosis* wird durch Inhalieren von Staub, der unmittelbar von Vögeln stammt, übertragen. Der Erreger ist Anfang der dreißiger Jahre durch Papageienvögel nach Europa eingeschleppt worden, kommt aber heute auch bei zahlreichen einheimischen Vogelarten vor.

Zahlen zur Häufigkeit der Ornithose liegen aus dem Bundesgebiet seit 1950 vor (Tab. 8.3.1 und Grafik 8.3.1). Hiernach nahm die *Morbidität* bis 1957 deutlich zu; möglicherweise als Folge der mit wachsendem Wohlstand vermehrten Vogelhaltung in Wohnungen. Etwa 20 Jahre später ging die *Morbidität* etwa um ein Drittel wieder zurück, gleichzeitig nahm auch die *Letalität* merklich ab, was vermutlich auf verbesserte therapeutische Möglichkeiten zurückzuführen ist.

Aus dem DDR-Gebiet (Tab. 8.3.2 und Grafik 8.3.2) wurde seit 1954 berichtet. Wie aus den Unterlagen

hervorgeht, kam es dort 1960 unter Beschäftigten von Geflügelschlachthöfen zu explosiven Ausbrüchen, die jedoch bald beherrscht werden konnten. Bei den zur Zeit erfaßten Fällen handelt es sich zumeist um Kontakte zu privatgehaltenem Ziergeflügel (besonders Wellensittichen) bzw. zu Tauben. Berufsbedingte Infektionen waren in der DDR in den letzten Jahren eher selten. Die *Morbiditätswerte* entsprachen bis etwa 1978 denen des damaligen Bundesgebietes, sanken dann aber noch unter den Wert im Bundesgebiet ab.

8.4 Tularämie (Hasenpest)

Die Tularämie des Menschen ist eine abrupt beginnende, hochfieberhafte, systemische Erkrankung, der ein Primäraffekt mit Schwellungen der regionären Lymphknoten vorausgehen und eine Generalisierung in verschiedene Organsysteme folgen können. Erreger ist *Francisella tularensis*, Wirte sind Hasen und andere Nagetiere. Die Infektion erfolgt durch direkten oder indirekten Kontakt mit infizierten Tieren, Übertragungen von Mensch zu Mensch kommen in der Regel nicht vor.

Für die Tularämie liegen aus dem **Bundesgebiet** seit 1950 Zahlen von Erkrankungen und Sterbefällen vor (Tab. 8.4.1 und Grafik 8.4.1). Wie aus der Tabelle und der Grafik hervorgeht, gab es 1950–1952 wesentlich höhere *Morbiditätswerte* als in späteren Jahren, einige geringfügigere Spitzen zeigt die Grafik noch in den Jahren 1958 und 1965.

Auch im **DDR-Gebiet** war die *Morbidität* zwischen 1950 und 1954 deutlich erhöht, wie Tab. 8.4.2 und Grafik 8.4.2 zeigen, geringfügigere Spitzen wurden in den Jahren 1958, 1962, 1967/68 und 1979 beobachtet.

Die Sterblichkeit der Tularämie ist gering, so daß die wenigen Todesfälle eine besondere Auswertung überflüssig machen.

8.5 Leptospirose

Leptospirosen sind beim Menschen akut beginnende, hochfieberhafte, systemische Krankheiten, die zu verschiedenen auf die jeweilige Erregerart zurückzuführenden Organmanifestationen führen können. Erreger sind mehrere Arten der Spirochätengattung *Leptospira*, Wirte zahlreiche Tierarten, vor allem

Kleinsäuger. Die Übertragung auf den Menschen erfolgt meist durch direkten oder indirekten Kontakt mit Ausscheidungen infizierter Tiere. Eintrittspforten sind kleine Hautläsionen.

Von den Leptospirosen wurde zuerst 1886 die Weil'sche Krankheit bekannt, die bis 1961 allein meldepflichtig war; erst seit 1962 sind alle Formen von Leptospirosen zu melden.

Zahlen aus dem Bundesgebiet liegen seit 1950 vor (Tab. 8.5.1). Wie die Grafik 8.5.1 zeigt, lag die *Morbidität* in den Jahren bis 1962 (obwohl nur die Weil'sche Krankheit gemeldet wurde !) verhältnismäßig hoch, ging dann aber mit mäßigen Schwankungen kontinuierlich zurück. Ursache dafür dürften Fortschritte in der Schädlingsbekämpfung gewesen sein (Weise 1981). Die *Mortalität* verläuft gleichartig wie die *Morbidität*, die *Letalität* liegt ungefähr bei 10%.

Im DDR-Gebiet waren *Morbiditäts-* und *Mortalitätsverlauf* ähnlich, nur die *Letalität* betrug dort lediglich ca. 5%. Expositionsbedingt betrifft die Mehrzahl der Erkrankungen erwachsene Männer, darunter viele Beschäftigte in der Landwirtschaft. Während in den endemischen Jahren die Weilsche-Krankheit (durch die Serovare *L. icterohaemorrhagiae* bzw. *L. copenhageni*) vorherrscht, werden die *Morbiditätsspitzen* fast stets durch den Serovar *L. grippityphosa* hervorgerufen, der deshalb auch der häufigste Erreger einer Leptospirose in Deutschland ist. Zu Ausbrüchen durch diesen Erreger kam es häufig im Zusammenhang mit übermäßiger Mäusevermehrung oder mit Überschwemmungen; so z.B. auch bei den beiden großen Ausbrüchen 1955 und 1961.

Bei dieser Infektion spielen Kontakte der ungeschützten Haut mit verunreinigtem Oberflächenwasser (feuchte bzw. überschwemmte Wiesen, Abzugsgräben, Flüsse, Teiche) die größte Rolle. Die Benutzung von wasserdichten Stiefeln bei „Risikotätigkeiten“ in der Landwirtschaft hat zweifellos zur Senkung des Erkrankungsrisikos beigetragen. Trotzdem sind auch heute Infektionen durch Baden bzw. andere Freizeitaktivitäten noch nicht die wichtigste Infektionsursache.

Zu Erkrankungen durch den in den letzten Jahren dritthäufigsten Serovar (*L. pomona*) kam es häufig durch den Verzehr (bzw. die Handhabung) roher Schweineieren.

8.6 Milzbrand (Anthrax)

Milzbrand ist eine gefährliche Seuche für Säugetiere. Eine Infektion des Menschen ist durch Kontakt mit erkrankten Tieren, Kadavern, Ausscheidungen oder Produkten von infizierten Tieren möglich. Erreger ist *Bacillus anthracis*, dessen Sporen sehr resistent gegen Umwelteinflüsse sind. Eintrittspforte beim Menschen sind Hautläsionen (Hautmilzbrand) oder die Atemwege (Lungenmilzbrand), wobei die Infektion durch Hantieren mit Tierfellen, Tierhaaren oder ähnlichen staubbildenden Tierprodukten zustandekommen kann („Haderkrankheit“).

Für Milzbrand liegen Daten für den ganzen hier behandelten Zeitraum vor: von Todesfällen seit 1892 (Tab. 8.6.1) und von Erkrankungen seit 1910 (Tab. 8.6.2); für das Bundesgebiet (Tab. 8.6.3) sowie für des DDR-Gebiet (Tab. 8.6.4). Wie Grafik 8.6.1 für das **Reichsgebiet** bis 1945 zeigt, haben *Mortalität* und *Morbidität* deutlich abgenommen, wenn auch schon der Ausgangsstand im Verhältnis zu anderen Infektionskrankheiten nicht sehr hoch war. Auffallend ist der deutliche Abfall im und nach dem ersten Weltkrieg (1915–1921), der von einem Wiederanstieg gefolgt war. Auch im zweiten Weltkrieg gingen die Inzidenzwerte weiter zurück, ohne jedoch später wieder merklich anzusteigen.

Im **Bundesgebiet** sanken *Morbidität* und *Mortalität* von einer schon niedrigen Ausgangslage weiter ab, so daß jetzt nur noch Einzelfälle gemeldet werden (Grafik 8.6.2).

Im **DDR-Gebiet** kam es bei ebenfalls niedriger Ausgangslage zwischen 1957 und 1966 zu 3 Häufigkeitsspitzen, danach wurde Milzbrand nur noch ganz selten festgestellt (Grafik 8.6.3). Bei den meisten Fällen der letzten 20 Jahre handelte es sich um Hautmilzbrand nach Kontakt zu erkrankten Tieren bzw. Teilen derselben. Der Todesfall im Jahre 1975 betraf einen 48jährigen Mann, der nach Verzehr von Fleisch und Wurstwaren aus einer Notschlachtung an einer Milzbrand-Septikämie verstorben war (pathologisch-anatomisch, serologisch und bakteriologisch bestätigt).

8.7 Tetanus (Wundstarrkrampf)

Ein Tetanus ist die Folge einer Wundinfektion mit dem ein Neurotoxin bildenden Anaerobier *Clostri-*

dium tetani. Der Erreger kommt im Darm verschiedener Tierarten (u.a. Pferden) vor. Die von den Clostridien gebildeten sehr resistenten Sporen halten sich sehr lange im Erdreich. Die Infektion des Menschen kommt daher vor allem durch mit Erde verunreinigten Hautverletzungen zustande. Das unter anaeroben Bedingungen in der Wunde gebildete Neurotoxin führt zu den spastischen Lähmungen.

Für das **Bundesgebiet** liegen verwertbare Daten erst seit Inkrafttreten des Bundes-Seuchengesetzes 1962 vor. Sie sind in Tab. 8.7.1 wiedergegeben und in Grafik 8.7.1 ausgewertet. Die gegenüber den Erkrankungszahlen höheren Todesfallzahlen (Todesursachenstatistik) lassen allerdings noch an der Zuverlässigkeit der Erhebungen in den ersten Jahren der Meldepflicht zweifeln. Die Grafik läßt einen konstanten Rückgang der Erkrankungen und der Todesfälle erkennen, was wohl in erster Linie auf eine erfolgreiche Impfpropaganda und die heute übliche zusätzliche Tetanusimmunisierung bei ärztlich behandelten Verletzungen zurückzuführen ist.

Für das **DDR-Gebiet** liegen Daten seit 1951 vor (Tab. 8.7.2 und Grafik 8.7.2). Bis 1963 stieg die Zahl der gemeldeten Erkrankungen noch an, obwohl seit 1961 in Form der Dreifachschutzimpfung (DPT) für Kinder eine Impfpflicht bestand. 1964 kam es zum letzten tödlichen Fall bei einem Kind und 1973 zum letzten Fall bei einem Jugendlichen. Um die guten Erfolge der Schutzimpfung im Kindesalter auch für die Erwachsenen nutzbar zu machen, wurde ab 1968 ein Sonderimpfprogramm für Erwachsene begonnen, das bis 1980 zu einer deutlichen Erhöhung der Durchimpfungsraten auch in diesen Altersgruppen führte (80–90%). Einzelne weiterhin auftretende Erkrankungsfälle zeigten jedoch, daß gerade bei älteren Personen der Durchimpfungsgrad noch immer nicht ausreichend ist. Da bereits Bagatelverletzungen ohne aktuellen Arztbesuch zum Tetanus führen können, ist nur durch regelmäßig aufgefrischte Schutzimpfungen aller Bevölkerungsgruppen diese Erkrankung wirksam zu verhüten. Die fast gleiche Höhe der Morbiditäts- und Mortalitätszahlen im Bundesgebiet und im DDR-Gebiet zeigt, daß eine *Impfpflicht* nicht erforderlich ist, sondern die öffentliche Empfehlung der Tetanusimpfung nach § 14 Abs. 3 BSeuchG durch die obersten Landesgesundheitsbehörden ausreicht. Dabei sind besonders die behandelnden Ärzte von Patienten mit peripheren Durchblutungsstörungen (z.B. einem *Ulcus cruris*) oder ekzematösen Erkrankungen aufgerufen, für einen individuellen

Impfschutz ihrer Patienten zu sorgen. Darüber hinaus ist es jedoch ein generelles Gebot der ärztlichen Sorgfalt, gerade bei älteren Personen auch unabhängig von einem aktuellen Anlaß auf einen Tetanusimpfschutz durch eine nicht länger als 10 Jahre zurückliegende Schutzimpfung zu achten. Die *Letalität* bei einem einmal ausgebrochenen Tetanus liegt immer noch über 50%.

8.8 Gasbrand/Gasödem

Gasbrand und Gasödem sind beim Menschen sehr schwere anaerob bedingte Wundinfektionen. Die Erreger *Clostridium perfringens*, *Cl. oedematiens* und *Cl. septicum* (Pararauschbrand) sind anaerobe Sporenbildner und kommen im Darm und auf der Haut von Mensch und Tieren vor. Hoch resistente Sporen gelangen in den Erdboden und bleiben dort lange keimfähig. Wundverunreinigungen mit Erde können daher leicht zu Gasbrand führen, aber auch die auf der menschlichen Haut vorkommenden Clostridien oder deren Sporen können Infektionen auslösen (Spritzeninfektionen!). Die von den Erregern gebildeten Toxine führen zu Nekrosen, aber auch zu schweren Kreislaufreaktionen.

Im **Bundesgebiet** ist Gasbrand/Gasödem erst seit 1980 meldepflichtig (s. Tab. 8.8.1). Grafik 8.8.1 zeigt eine leichte Zunahme der *Morbidität* in den letzten zehn Jahren. Die *Letalität* schwankt um 40%.

Aus dem **DDR-Gebiet** liegen bereits seit 1955 Daten vor (Tab. 8.8.2). Grafik 8.8.2 zeigt eine merkliche Zunahme von Morbidität und Mortalität während des Berichtszeitraumes. Der Anstieg bei den Erkrankungsfällen ist sicher teilweise erfassungsbedingt. Auch die Morbiditätsunterschiede zwischen dem Bundes- und dem DDR-Gebiet sind z.T. offenbar auf eine unterschiedliche Meldedisziplin zurückzuführen.

Der Anstieg bei den Erkrankungen ist aber auch auf eine Zunahme von Risikopatienten (z.B. offene Frakturen nach Unfällen, Amputationen wegen peripherer Durchblutungsstörungen, Laparotomien bei Malignomen des Magen-Darm-Traktes, Cholezystektomien bei älteren Personen) zurückzuführen. Auch wenn diese Fälle zumeist im Krankenhaus auftreten, sind die medizinischen Maßnahmen oft nicht die eigentliche Ursache der Infektion. Während der Gasbrand der Extremitäten nach offenen Fraktu-

ren (je nach Lokalisation und Alter des Patienten) oft beherrscht werden kann, ist die Letalität bei Infektionen im Bauchraum sowie bei Patienten mit bereits vorhandenen Durchblutungsstörungen sehr hoch.

8.9 Rotz

Beim Rotz handelt es sich um eine infektiöse Erkrankung von Einhufern, vor allem Pferden. Erreger ist *Pseudomonas mallei* (früher *Malleomyces mal-*

lei). Der Mensch kann sich durch nahen Kontakt zu erkrankten Tieren (z.B. durch Hautläsionen) infizieren; es kommt unbehandelt zu einer schwer verlaufenden septikämischen Erkrankung.

Im Reichsgebiet wurden beim Menschen zwischen 1924 und 1941 10 Erkrankungen an Rotz festgestellt. Aus dem Bundesgebiet wurden bis 1989 2 Fälle gemeldet, je einer in den Jahren 1964 und 1973. Im DDR-Gebiet bis 1989 war Rotz nicht meldepflichtig.

9. Parasitenbefall

Im DDR-Gebiet bis 1989 waren Bandwurmbefall, Verlausung und Krätze meldepflichtig, im Bundesgebiet waren Krätze und Verlausung lediglich Anlässe zu einem Ausschluß vom Schulbesuch (§ 45 BSeuchG); eine Statistik wurde nicht geführt.

9.1 Bandwurmbefall

Es handelt sich dabei um den Befall mit dem Rinderbandwurm (*Taenia saginata*, häufig) oder dem Schweinebandwurm (*Taenia solium*, selten). Beide Parasiten kommen im Lumen des menschlichen Dickdarmes vor, dies gilt jedoch nicht als Krankheit. Man spricht daher von einer Infestation, nicht von einer Infektion, da wichtige Kriterien der Infektion wie z.B. Vermehrung im Gewebe des Wirtes fehlen. Weitere Zestoden würden auch unter die Meldepflicht fallen, sind jedoch sehr selten: Zwergbandwurm (*Hymenolepis nana*), Gurkenkernbandwurm (*Dipylidium caninum*) und Fischbandwurm (*Diphyllobothrium latum*).

Die Zahlen der im DDR-Gebiet gemeldeten Bandwurm-Infestationen sowie der Infestationsindex (Fälle/100 000 Einwohner im Jahr) sind in Tab. 9.1.1 wiedergegeben. Die Grafik 9.1.1 zeigt eine besondere Häufung in den Jahren 1969–1983 mit einer Spitze im Jahre 1977. Nach 1983 ging die Zahl der Infestationen merklich zurück. Bei den gemeldeten Fällen handelt es sich fast ausschließlich um Befall mit *Taenia saginata*. Schweinebandwurm-Infestationen waren dagegen extrem selten.

Bei dieser „Krankheit“ gab es jedoch eine gewaltige Dunkelziffer, d.h. nur ein kleiner Teil der ärztlich bekanntgewordenen Fälle wurde auch tatsächlich gemeldet; z.B. sprach der Verbrauch der entsprechenden Arzneimittel für eine wesentlich höhere Zahl von Trägern. Deshalb ist es fraglich, ob die zeitlichen Veränderungen der Meldezahlen tatsächlichen Inzidenzschwankungen entsprechen.

Der häufige Verzehr von rohem Rindfleisch sowie die Weidehaltung auf mit Oberflächenwasser bewässerten Wiesen führt zusammen mit vielen nicht rechtzeitig behandelten Bandwurmträgern und der fehlenden Eliminierung der Eier durch die Kläranlagen zu einer starken Zirkulation des Parasiten.

9.2 Pediculosis capitis (Kopflausbefall)

Hierbei handelt es sich um den Befall mit der Kopflaus (*Pediculus capitis*). Die Verlausung ist keine Krankheit sondern ein permanenter stationärer Ektoparasitismus.

Die Zahlen der Infestationen von 1977–1989 sowie der jeweilige Infestationsindex können aus Tabelle 9.2.1 entnommen werden. Die Meldepflicht wurde 1977 eingeführt, nachdem sich in den Jahren zuvor eine zunehmende Ausbreitung in Kindereinrichtungen gezeigt hatte. Bei den gemeldeten Fällen handelte es sich jedoch nicht ausschließlich um Kopflausbefall im engeren Sinne, sondern auch um bei den umfangreichen Kontrollen in Kindereinrichtungen und Schulen erfaßte Nissen Träger. Die Zahl der erfaßten Nissen Träger zeigte starke saisonale Schwankungen je nach der Intensität der aktiven Fallsuche (z.B. jeweils vor den Sommerferien). Da die in den ersten Jahren verwendeten Mittel keine gute Persistenz und fehlende Wirksamkeit gegen Nissen aufwiesen, war eine zweimalige Behandlung notwendig, um auch die aus den Eiern frisch geschlüpften Läuse zu vernichten. Diese zweimalige Behandlung war im häuslichen Milieu nicht immer garantiert, infolgedessen kam es ab 1985 zu einem Wiederanstieg. Erst nach der Verwendung wirksamerer Mittel ging die Zahl der Verlausungsfälle wieder zurück. In bestimmten „Risikofamilien“ ist der Kopflausbefall aber nach wie vor ein Problem.

9.3 Skabies (Krätze)

Bei der Krätze handelt es sich um eine übertragbare Hautkrankheit: Erreger ist die Krätzmilbe (*Sarcoptes scabiei*).

Erkrankungszahlen für die Jahre 1966–1989 sind mit den Morbiditätswerten in Tab. 9.3.1 wiedergegeben. Aus der beigelegten Grafik (9.3.1) gehen zwei deutliche Häufigkeitsgipfel in den Jahren 1971/72 und 1980/81 hervor. Der dazwischen liegende Wert ist verhältnismäßig niedrig und war 1989 auch wieder erreicht. Die langjährigen Häufigkeitsschwankungen sind möglicherweise Folge einer periodischen Virulenzänderung des Erregers. Bis

1989 gab es jedoch keine Hinweise auf einen beginnenden Wiederanstieg der Erkrankungsrate.

Wie auch beim Kopflausbefall spielen „Risikofamilien“ für die Morbidität eine große Rolle. Auf Grund des speziellen Übertragungsvorganges (nur durch engen körperlichen Kontakt) besteht jedoch nur eine geringe Ausbreitungstendenz in die „Normal-

bevölkerung“. Unter ungünstigen Umständen kann es jedoch zu nosokomialen Ausbreitungen in Alters- und Pflegeheimen kommen.

Ähnlich wie die Mononukleose zeigt die Krätze eine zweigipflige Altersverteilung mit Spitzen bei den 1–4jährigen und den 15–24jährigen.

10. Angeborene Infektionen

Die Meldepflicht für bestimmte angeborene Krankheiten wurde durch die Novellierung des BSeuchG seit 1980 eingeführt. Es war damit beabsichtigt, durch die Registrierung solcher Infektionen mehr über deren Verbreitung in der Bevölkerung zu erfahren, als durch direkte Meldungen dieser Krankheiten möglich ist. Die Erkrankungen verlaufen bei Personen mit intaktem Immunsystem latent und bleiben deshalb meist unerkannt (vgl. Amtliche Begründung zum 4. ÄndG). Dies gilt in erster Linie für die Cytomegalie, die Listeriose und die Toxoplasmose, die auch als angeborene Krankheiten im DDR-Gebiet meldepflichtig waren.

Außerdem ist es erforderlich, bei diesen Krankheiten sowie bei angeborener Lues und Rötelnembryopathie, derartige Fälle frühzeitig zu erkennen und zu behandeln sowie ihre Bedeutung im Rahmen perinataler Gefährdungen aufzuklären (vgl. Amtl. Begründung zum 4. ÄndG).

In der früheren DDR wurde bei den konnatalen Infektionen bei der Auswertung nicht streng zwischen Infektion und Erkrankung unterschieden, sondern das Ziel war eine möglichst weitgehende Erfassung aller konnatalen Infektionen (mit oder ohne Symptomatik). Aber auch dort gab es eine erhebliche Dunkelziffer bei den konnatalen Erkrankungen, allerdings war diese wahrscheinlich wesentlich geringer als im Bundesgebiet.

In den nachfolgenden Tabellen und Grafiken beziehen sich alle Inzidenz-Werte auf jeweils 100000 Geburten (vgl. Tab. 2.5 und 2.6).

10.1 Angeborene Cytomegalie

Tab. 10.1.1 und Grafik 10.1.1 zeigen für die Inzidenz der angeborenen Cytomegalie im **Bundesgebiet** einen Basiswert um 1,5. 1985 kam es zu einem einmaligen Gipfel von über 3; nach 1986 stieg die Inzidenz langsam auf das Doppelte (bis 1989) an. Die Todesfall-Inzidenz schwankte zwischen 0 und 0,7.

Für das **DDR-Gebiet** zeigen Tab. 10.1.2 und Grafik 10.1.2 seit 1985 einen deutlichen Anstieg der Inzi-

denz bis auf 7,5. Die Todesfall-Inzidenz erreicht Werte bis 1,3. Der Anstieg der gemeldeten Fälle seit 1986 ist höchstwahrscheinlich nur auf eine bessere Diagnostik und Erfassung zurückzuführen. Dafür spricht auch die etwa gleichbleibende Mortalität – auf Grund einer zunehmenden Meldung von leichten bis subklinischen Infektionen.

10.2 Angeborene Listeriose

Tab. 10.2.1 und Grafik 10.2.1 zeigen für das **Bundesgebiet** eine merkliche Zunahme der Inzidenz bis auf 6; die Sterbefall-Inzidenz überschreitet nur 1987 den Wert von 1. Die Gesamtleitfähigkeit beträgt über die 10 Jahre 16,9%. Im **DDR-Gebiet** fiel die Inzidenz von nahezu 17 im Jahre 1985 bis 1989 auf Werte um 7 ab. Die Sterbefall-Inzidenz ging in der gleichen Zeit von 6 bis etwa 1,5 zurück (Tab. 10.2.2 und Grafik 10.2.2).

Die Listeriose war in der früheren DDR generell meldepflichtig (vgl. Kap. 6.4), wobei konnatale Infektionen gesondert ausgewiesen wurden. Deshalb ergab sich nach 1983 (im Jahr der Novellierung des Seuchengesetzes) auch kein erheblicher Anstieg. Da die fetale Infektion zur Totgeburt führen kann und bei diesen oft keine intensive Diagnostik betrieben wurde (ganz abgesehen von der ungeklärten Meldepflicht), werden die Auswirkungen dieser Infektion durch die Meldezahlen mit Sicherheit unterschätzt.

10.3 Angeborene Lues

Die angeborene Lues war nur im **Bundesgebiet** nach § 3 BSeuchG meldepflichtig. Tab. 10.3.1 und Grafik 10.3.1 lassen einen deutlichen Rückgang der Inzidenzen erkennen, der der Abnahme der Lues entspricht (s. Abschn. 11).

Es ist zwar ziemlich sicher, daß im **DDR-Gebiet** Fälle von angeborener Lues, falls es solche gab, bei dem dortigen perfektionistischen Meldesystem auch erfaßt wurden. Jedoch sind entsprechende Zahlen in der Statistik nicht ausgewiesen.

10.4 Angeborene Toxoplasmose

Die angeborene Toxoplasmose ging im **Bundesgebiet** kontinuierlich von einer Inzidenz von etwa 20 bis 1989 auf 2,5 zurück (Tab. 10.4.1; Grafik 10.4.1). Die Anzahl der Sterbefälle ist gering. Dies entspricht einem Rückgang der gemeldeten Toxoplasmose-Erkrankungen bis 1979 (s. Kap. 6.7).

Im **DDR-Gebiet** dagegen stieg von 1986 die Inzidenz von ca. 15 auf über 85 im Jahre 1989 an. Die Todesfallzahlen waren auch hier gering (Tab. 10.4.2 und Grafik 10.4.2). Dieser Anstieg ist jedoch nur scheinbar und beruht auf einer zunehmend besseren Erfassung subklinischer (nur serologisch bestätigter) Infektionen bei Neugeborenen von Müttern, die bei den zunehmend häufiger durchgeführten Testungen der Schwangeren als Erstinfektionen erfaßt und zumeist auch behandelt wurden. Da solche konnatalen Infektionen in die Meldezahlen eingingen (siehe oben), stieg die Morbidität scheinbar an. Die Mortalität blieb aber gleich, da die Zahl schwerer Fälle sich nicht weiter erhöhte, weil diese auch vorher bereits erfaßt worden waren.

Offensichtlich besteht eine hohe Dunkelziffer bei den Erkrankungen bzw. den Infektionen und zwar sowohl in den alten sowie in den neuen Bundesländern.

10.5 Angeborene Rötelnembryopathie

Die Zahlen für die **angeborene Rötelnembryopathie** im **Bundesgebiet** sind gering (Tab. 10.5.1 und Grafik 10.5.1). Dies dürfte wohl daher kommen, daß bei drohender Gefahr einer Rötelnembryopathie die Schwangerschaft abgebrochen wird (Merkblatt Nr. 30). Die dem Bundes-Seuchengesetz entnommene Krankheitsbezeichnung weist darauf hin, daß es sich bei diesen Meldungen nur um Geburten mit Gregg-Syndrom handelt und nicht auch um Schwangerschaftsabbrüche bei Rötelninfektion der Schwangeren. Diese Abbrüche werden in der Schwangerschaftsabbruch-Statistik unter „eugenische Indikation“ eingereiht, ohne daß eine weitere Aufgliederung erfolgt. Aussagen zur Epidemiologie der Rötelnembryopathie in der Gesamtheit sind deshalb nicht möglich.

Für die DDR, für die es hierfür Daten erst seit 1983 gibt, gilt das gleichermaßen, aber hinzu kommt, daß durch die intensive Röteln-Durchseuchung in den Kindereinrichtungen die Zahl der nichtimmunen Mädchen relativ gering war, obwohl erst in den letzten Jahren mit einer Schutzimpfung bei jungen Frauen mit „Risikoberufen“ (Kindergärtnerinnen, Hortnerinnen, Lehrerinnen) begonnen wurde.

Jetzt vorliegende Untersuchungen zur Immunität im damaligen Bundes- und DDR-Gebiet weisen jedoch eine im Bundesgebiet höhere Immunität der jungen Frauen (inklusive Impfschutz) aus als in der ehemaligen DDR; d.h. die Schutzimpfungen im Bundesgebiet waren eindeutig wirksam.

11. Geschlechtskrankheiten

Zu den *übertragbaren Krankheiten* gehören zweifellos auch die Geschlechtskrankheiten. Sie sind eng mit dem Sexualverhalten der Menschen verknüpft und nehmen daher eine Sonderstellung unter den übertragbaren Krankheiten ein (Weise 1979).

Allerdings sind die Grundlagen der zu verwendenden Daten unterschiedlich. Während die Zahlen für die bisher abgehandelten Krankheiten (seit 1962) auf § 3 BSeuchG beruhen (vgl. Abschn. 1 Vorbemerkungen), stammen die Zahlen für die Geschlechtskrankheiten bis 1953 aus Summierungen der in den Ländern erhobenen Daten. Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953 (GeschlG) fiel zunächst die Meldepflicht von Geschlechtskrankheiten und damit die Grundlage der Statistik weg. Erst durch das Änderungsgesetz vom 25. August 1969 und dem darauf beruhenden Merkblatt „Bundesstatistik der Geschlechtskrankheiten“ werden Erhebungen bundesweit durchgeführt. Da hierbei jedoch keine Verpflichtung zur Meldung besteht und die Meldungen nur aggregiert erfolgen, sind die Ergebnisse nicht mit der Statistik der nach § 3 BSeuchG meldpflichtigen Krankheiten zu vergleichen. Aus dem DDR-Gebiet liegen Zahlen von 1950–1989 durchlaufend vor.

Die vorliegenden Zahlen für die einzelnen Geschlechtskrankheiten sind in den Tabellen Nr. 11.1–11.7 aufgeführt und in den Grafiken 11.1–11.4 ausgewertet. Für die Jahre vor 1951 finden sich in verschiedenen Unterlagen geringfügig abweichende Zahlen, die sich auf unterschiedliche Berichtsgebiete beziehen (ohne oder mit Saargebiet, Berlin oder Berlin (West)).

Grafik 11.1 zeigt den Rückgang der Morbidität von Gonorrhoe und Lues im **Bundesgebiet** von 1946 bis 1953 (Wegfall der Meldungen infolge des GeschlG von 1953). Bei der *Gonorrhoe* sank die Morbidität von nahezu 500 bis auf ca. 90 (Erkrankungen/100000 Einwohner) und bei der *Lues* von über 200 bis auf 30 ab. Das Verhältnis Gonorrhoe zu Lues lag 1953 bei 3:1, in den Jahren zuvor war es, wie die Kurve zeigt, etwas geringer gewesen.

Bei Wiederaufnahme der Statistik im Bundesgebiet 1971 war die Morbidität bei der *Gonorrhoe* gering-

fügig angestiegen, bei der *Lues* dagegen auf etwa ein Drittel des Wertes von 1953 weiter abgesunken; das Verhältnis Gonorrhoe:Lues war infolgedessen auf ca. 14:1 angestiegen (Grafik 11.2). Bis zum Ende der Berichtszeit 1989 ging die Morbidität bei der *Gonorrhoe* stark bis etwa 12 zurück, während bei der *Lues* zunächst ein leichter Anstieg bis 1977 und dann ein Absinken bis auf unter 2 zu beobachten ist. Das Verhältnis Go:Lues betrug 1989 8:1.

Im **DDR-Gebiet** war auf Grund des Behandlungsmonopols durch die Hautärzte und ein sehr straff geführtes gesondertes Meldesystem für Geschlechtskrankheiten die Dunkelziffer bei diesen Infektionen relativ gering. Deshalb sind die Inzidenzraten aufgrund der Meldungen im Bundes- und DDR-Gebiet praktisch nicht vergleichbar. Nach dem Beginn der Erfassung kam es bei der *Gonorrhoe* bis 1953 zu einem wahrscheinlich meldebedingten Anstieg. Danach setzte ein langsamer Abfall ein, der 1967 einen Tiefpunkt erreichte. Ab 1968 nahm die Zahl der gemeldeten Erkrankungsfälle bis 1978 wieder zu und verblieb auf diesem hohen Niveau (ca. 300 E/100000 Einwohner) bis 1985. Auch wenn das Auftreten resistenter Stämme an diesem Anstieg einen gewissen Anteil haben dürfte, so war er keineswegs nur dadurch bedingt. Wahrscheinlich unterstützt durch Veränderungen der sexuellen Verhaltensweisen im Zusammenhang mit AIDS erfolgte seitdem ein steiler Abfall der Erkrankungsrate, der auch zur Zeit noch anhält.

Bei der *Lues* ergab sich nach einem Rückgang der Morbidität vom hohen Nachkriegsniveau zunächst eine relativ geringe Erkrankungsrate. Seit 1970 stieg die Inzidenz dann aber zunächst langsam und 1977 und 78 jedoch steil an. Dies war besonders in den Großstädten auf Infektionen bei Homo- und danach auch Heterosexuellen zurückzuführen. Bis 1985 sank die Morbidität dann wieder kontinuierlich ab. Trotz der Aufklärungskampagne im Zusammenhang mit AIDS kam es 1987 und 88 zu einer deutlichen Wiederrücknahme der Erkrankungsfälle sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Importfälle spielten dabei eine nicht unerhebliche Rolle.

Im **Bundesgebiet** wurden seit 1971 auch die übrigen klassischen Geschlechtskrankheiten: *Ulcus molle* (weicher Schanker), *Lymphogranuloma inguinale*

sowie Mehrfachinfektionen statistisch erfaßt. Bei *Ulcus molle* nahm die Häufigkeit bis 1981 mit leichten Schwankungen stetig zu, danach bis 1988 mit weiteren leichten Schwankungen deutlich ab; der schwache Anstieg 1989 überschreitet nicht die Höhe der beobachteten Häufigkeits-Schwankungen. Auch beim *Lymphogranuloma inguinale* ist ein ähnlicher leichter Rückgang zu vermerken. Die Mehrfachinfektionen zeigten bei mäßigen jährlichen Schwankungen einen deutlich rückläufigen Trend (Grafik 11.3).

Für den Rückgang der Geschlechtskrankheiten in den 50er Jahren ist vor allem die moderne Antibio-

tika-Therapie ursächlich (Weise 1979). Der Rückgang der klassischen Geschlechtskrankheiten, insbesondere der Gonorrhoe im Bundesgebiet ist wahrscheinlich in erster Linie durch ein Nachlassen der Meldedisziplin begründet (Weise 1983). Erst für den Rückgang nach 1982 könnte zusätzlich auch eine „AIDS-Furcht“ (Fischer-Harriehausen) in Frage kommen, die sich in einer Änderung des Sexualverhaltens (im Sinne des „Safer Sex“) äußert. Besonders auffällig ist hier der starke Rückgang der Gonorrhoe seit 1985 im DDR-Gebiet, obgleich dort die Infektionsgefahr mit HIV gering war und ein Absinken der Meldedisziplin kaum in Frage kommen dürfte.

12. Schlußbemerkungen

Morbidität und vor allem Mortalität der übertragbaren Krankheiten sind sowohl bei den „gemeingefährlichen“, als auch den früher sehr bedeutenden „Volkskrankheiten“ im Berichtszeitraum deutlich zurückgegangen. Einen besonderen Anteil daran haben die heutigen Behandlungsmöglichkeiten dieser Krankheiten wie z.B. Chemotherapie, was sich in erster Linie auf die Letalität und damit auf die Mortalität auswirkt. Moderne Praeventionsmaßnahmen wie Hygiene (Expositionsprophylaxe) und Schutzimpfungen (Dispositionsprophylaxe) spielen eine wesentliche Rolle für den Rückgang der Morbidität dieser Krankheiten.

Die Möglichkeit ursächlicher Therapie sowie einer modernen Praevention und die Verbesserung der allgemeinen Lebensverhältnisse trugen zum Rückgang von Mortalität und Morbidität bei Tuberkulose, Diphtherie und Tetanus wesentlich bei. Schutzimpfungen haben ihre besondere Bedeutung für die Abnahme der Morbidität und infolge dessen auch der Mortalität bei Pocken, Poliomyelitis und Masern. Der Rückgang der Morbidität und damit auch der Mortalität bei Cholera, Pest, Lepra, Fleckfieber, Typhus/Paratyphus, Ruhr, Milzbrand und Trachom ist durch moderne Maßnahmen der Hygiene bedingt. Heutige Therapieformen (z.B. Chemotherapie) spielen bei der Abnahme der Mortalität bei Scharlach, Keuchhusten und Meningokokken-Meningitis die Hauptrolle und trugen auch zum Rückgang der im Geschlechtskrankengesetz aufgeführten Krankheiten wesentlich bei.

Keine Abnahme, aber auch keine Zunahme zeigte die Morbidität im Bundesgebiet bei Meningokokken-Meningitis („übertragbare Genickstarre“), anderen Meningitisformen sowie Hepatitis. Eine Zunahme, bzw. Wiedezunahme, ist zu verzeichnen bei lebensmittelbedingten Zoonosen wie Salmonellosen sowie bei Erkrankungs-Einschleppungen durch Reisen in Verbreitungsgebiete von Krankheiten wie Malaria und in den sechziger Jahren Pocken.

Im Jahre 1989, dem Ende dieser Übersicht und dem Beginn einer neuen Periode im geeinten Deutschland, betrug der Anteil der Sterbefälle aller infektiösen und parasitären Krankheiten (ICD: 000-139) an der Gesamtzahl aller Sterbefälle weniger als 1%. Demgegenüber verstarben an bösartigen Neubildungen etwa ein Viertel und an Herz-Kreislaufkrankungen etwa die Hälfte der Gesamtzahl der Verstorbenen. Noch 1899 betrug der Anteil allein der Tuberkulose-Sterbefälle an der Gesamtzahl aller Sterbefälle noch über 10%; 1949 waren es noch knapp 5% und 1989 nur noch 0,15%. Im gleichen Zeitraum stieg die Mittlere Lebenserwartung der Neugeborenen von 46 Jahren 1900 über 66 Jahre 1950 auf 76 Jahre 1990. Hieran hat der Rückgang der übertragbaren Krankheiten einen wesentlichen Anteil.

Die weit geringer abgesunkene Morbidität hat aber eine große Bedeutung durch ihre wirtschaftlichen Auswirkungen, wie Behandlungskosten und Arbeitsausfällen.

Quellen, Literatur

Daten-Quellen

Epidemiologisches Zentrum der Staatlichen Hygieneinspektion im Zentralinstitut für Hygiene, Mikrobiologie und Epidemiologie: Jahresberichte über die aufgetretenen meldepflichtigen übertragbaren Erkrankungen in der Deutschen Demokratischen Republik.

Statistisches Bundesamt: Meldepflichtige Krankheiten, Fachserie 12, Reihe 2. Verlag W. Kohlhammer, Mainz, ab 1989 Metzler-Poeschel, Stuttgart.

Statistisches Bundesamt: Todesursachen, Fachserie 12, Reihe 4. Verlag W. Kohlhammer, Mainz, ab 1989 Metzler-Poeschel, Stuttgart.

Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, hrsg. vom Statistischen Bundesamt, Verlag W. Kohlhammer, Mainz, ab 1989 Metzler-Poeschel, Stuttgart.

Statistisches Jahrbuch für die Deutsche Demokratische Republik, hrsg. von der Staatlichen Zentralverwaltung für Statistik, Staatsverlag der Deutschen Demokratischen Republik, Berlin, 1990 hrsg. vom Statistischen Amt der DDR, Rudolf Haufe Verlag, Berlin.

Rechtsvorschriften, Merkblätter:

Reichs-Seuchengesetz Gesetz betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900. RGBl. S. 306.

Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 1. Dezember 1938 (RGBl. I S. 1721).

Bundes-Seuchengesetz (Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen) vom 18. Juli 1961 (BGBl. I S. 1012) in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Dezember 1979 (BGBl. I S. 2262 ber. I 1980 s. 151).

Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen vom 20.12. 1965

(GBl-DDR I 1965 Nr. 3 S. 29) und vom 3.12. 1982 (GBl-DDR I S. 631).

Internationale Gesundheitsvorschriften Vom 25. Juli 1969 (BGBl. II S. 865) in der Fassung vom 10. April 1975 (BGBl. II S. 456).

Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953 (BGBl. I S. 700).

Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 25. August 1969 (BGBl. I S. 1351).

Bundesstatistik der Geschlechtskrankheiten Merkblatt für Ärzte über Meldung einer ansteckungsfähigen Geschlechtskrankheit (Bundesgesundheitsblatt 1970 S. 100).

Merkblatt Nr. 30 Rötelschutzimpfung Ratschläge an Ärzte Herausgegeben vom Bundesgesundheitsamt Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

Zusammenfassende Veröffentlichungen:

Brandis, H. und Otte, H. J.: Lehrbuch der medizinischen Mikrobiologie. 5. Auflage 1984, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, New York. Ab 6. Auflage 1988 von *Brandis, H. und Pulverer, G.*

Brüschke, G. (Hrsg.): Handbuch der Inneren Erkrankungen Band 5 Infektionskrankheiten, hrsg. von Ocklitz, H. W., Mochmann, H., Köhler, W. und Ziegler, K., Gustav Fischer Verlag, Jena 1983.

Neuhaus, G. und Robertz-Grossmann, B.: „Impfen nützt – Impfen schützt!“ Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. 1987 Bonn.

Esmarch von, Schlossberger, Wildführ: Hygienisches Taschenbuch. 1950, Springer Verlag, Berlin, Göttingen, Heidelberg.

Gsell, O. und Mohr, W. (Hrsg.): Infektionskrankheiten. Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York 1967–1972.

Kolle-Hetsch-Schloßberger: Experimentelle Bakteriologie und Infektionskrankheiten. 11. Auflage, 1952, Urban und Schwarzenberg, München, Berlin.

Einzelveröffentlichungen:

Anders, W.: Zur Epidemiologie der Lepra. Bundesgesundhbl. 6 (1963), 81–91.

Festschrift zum Internationalen Kongress für Hygiene und Demographie, Berlin 1907: Das Deutsche Reich in gesundheitlicher und demographischer Beziehung. Puttkammer u. Mühlbrecht, Berlin 1907, S. 71.

Fischer-Harriehausen, H.: Rückgang der Geschlechtskrankheiten und AIDS-Furcht. Bundesgesundhbl. 31 (1988), 11–16.

Glathe, H. und Rasch, G.: Influenzäüberwachung in der ehemaligen DDR im Zeitraum 1969–1990. Bundesgesundhbl. 35 (1992), 500–506.

Höpken, W., Willers, H. und Knocke K.-W.: Zur Epidemiologie der Influenza. Bundesgesundhbl. 19 (1976), 77–81.

Hof, H.: Pathogenese und Therapie der Listeriose. Dtsch. med. Wschr. 115 (1990), 1639–1646.

Koch, M.: Die Epidemiologie der Influenza und ihre Position im Rahmen der Gesamtmorbidität virusbedingter respiratorischer Infekte. Bundesgesundhbl. 19 (1976), 377–384.

Lange, W. und Masihi, K. N.: Zur Morbidität der Hepatitis infectiosa. Bundesgesundhbl. 1989, 223–226.

Meyer, K. und Rückert, G. R.: Grippewellen und Sterblichkeitsentwicklung in Europa 1950–1970. Z. Bevölkerungswiss. 1975, 3–56. S. auch Bundesgesundhbl. 20 (1977), 311–313.

Meyer zum Büschenfelde, K.-H.: Hepatitis A, B, C, D, E, ... (Internisten Kongress, Wiesbaden 1991) Klin. Wschr. 69 Suppl. XXIII (1991), 186–188.

Naumann, R. und Nemes, G.: Die Diphtherie und ihre aktuelle Bedeutung. Dtsch. Ärztl. 79 (1982), 21.

Naumann, P. et al.: Dtsch. med. Wschr. 108 (1983), 1090–1096.

Pilars de Pilar, C.-E. und Spiess, H.: Diphtherie- und Tetanus-Antikörper bei Kindern und jungen Erwachsenen. Dtsch. med. Wschr. 106 (1981), 1341–1344.

Pilars de Pilar, C.-E.: Schutzimpfung gegen Diphtherie und Tetanus. in: Schutzimpfungen Notwendigkeit Wirkung/Nebenwirkungen Impfpolitik. Bericht von der Tagung des Deutschen Grünen Kreuzes Hrsg. *Spiess, H.*, München. Med. Verl. Ges. Marburg/Lahn 1985.

Pöhn, H.-Ph.: Epidemiologie der A/Hongkong (H3N2)-Influenza in der Bundesrepublik Deutschland einschl. Berlin (West). Bundesgesundhbl. 20 (1977), 308–309.

Pöhn, H.-Ph.: Salmonellose Überwachung beim Menschen in der Bundesrepublik Deutschland einschl. Berlin (West) 1977. Bundesgesundhbl. 23 (1980), 225–234.

Pöhn, H.-Ph.: Zur Influenza-Situation in der Bundesrepublik Deutschland. Fortschr. Med. 99 (1981), 1325–1326.

Pöhn, H.-Ph.: Salmonellose-Überwachung beim Menschen in der Bundesrepublik Deutschland einschl. Berlin (West). Jahresberichte 1978–1980 des Zentralen Überwachungsprogramms des Bundesgesundheitsamtes für Salmonellosen beim Menschen (Kurzfassung). Bundesgesundhbl. 25 (1982), 320–324.

Pöhn, H.-Ph.: Epidemiologische Situation in der Bundesrepublik 1982. Münch. med. Wschr. 126 (1984), 266–268.

Pöhn, H.-Ph.: Gesundheitsgefährdung unserer Kinder durch Infektionskrankheiten. Bundesgesundhbl. 27 (1984), 118–121.

Pöhn, H.-Ph. und Grossmann, R.: Ausbrüche von Lebensmittelinfektionen und mikrobiell bedingten - Intoxikationen in der Bundesrepublik Deutschland einschl. Berlin (West) 1983–1986. Öff. Gesundh.-Wes. 49 (1987), 577–580.

Pöhn, H.-Ph. und Grossmann, R.: Malariaeinschleppungen 1980–1986 in die Bundesrepublik Deutsch-

- land einschl. Berlin (West). Bundesgesundhbl. 31 (1988), 2–10.
- Reichsgesundheitsamt: Blattern und Schutzpockenimpfung. Julius Springer, Berlin 1925.
- de Rudder, B.: Die akuten Zivilisationsseuchen. Georg Thieme Verlag, Leipzig 1934.
- Scholz, H. u. Gorf, A.: Typhusausbruch durch Trinkwasser. Bundesgesundhbl. 35 (1992), 70–73.
- Schulze, E.: Die Jenaer Typhusepidemie von 1980 aus wasserhygienischer Sicht. Bundesgesundhbl. 35 (1992), 73–76.
- Siegert, R.: Marburg Virus. In: Virology Monographs, Springer, Wien, New York 11 (1972), 97–153. s. auch in: *Brüschne*.
- Solbrig, O.: Statistische Darstellung des Verlaufs der Infektionskrankheiten in Preußen. Veröffentl. Med. Verw. Bd. 13, Heft 4, R. Schoetz, Berlin 1934.
- Weise, H.-J.: Tollwutkrankungen des Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. Bundesgesundhbl. 18 (1975), 275–276.
- Weise, H.-J.: Meldepflichtige und nicht meldepflichtige Infektionskrankheiten in der Bundesrepublik Deutschland. Zbl. Bakt. Hyg., I. Abt. Orig. B 163 (1976), 34–54.
- Weise, H.-J.: Übrige Formen der übertragbaren Hirnhautentzündung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1968. Ergebnisse einer epidemiologischen Erhebung. Bundesgesundhbl. 19 (1976), 65–71.
- Weise, H.-J.: Zur Epidemiologie von Infektionskrankheiten in der Bundesrepublik Deutschland. Bundesgesundhbl. 20 (1977), 237–244.
- Weise, H.-J.: Die aktuelle Bedeutung der Zoonosen im Rahmen meldepflichtiger Infektionskrankheiten des Menschen. Bundesgesundhbl. 20 (1977), 353–362.
- Weise, H.-J.: Zur gegenwärtigen epidemiologischen Situation der Geschlechtskrankheiten in der Bundesrepublik Deutschland einschl. Berlin (West). Bundesgesundhbl. 22 (1979), 385–394.
- Weise, H.-J.: Die Pockeneinschleppungen nach Deutschland seit 1945. Bundesgesundhbl. 23 (1980), 290–298, 302–303.
- Weise, H.-J.: Krankheitseinschleppungen in die Bundesrepublik Deutschland einschl. Berlin (West) 1976–1980. Bundesgesundhbl. 24 (1981), 241–250.
- Weise, H.-J.: Die meldepflichtigen Zoonosen in der Bundesrepublik Deutschland einschl. Berlin (West) 1970–1979. Bundesgesundhbl. 24 (1981), 395–403.
- Weise, H.-J.: Internationaler Reiseverkehr und meldepflichtige Krankheiten in der Bundesrepublik Deutschland einschl. Berlin (West) 1976–1980. Fortschr. Med. 100 (1982), 771–777.
- Weise, H.-J.: Epidemiologie sexuell übertragbarer Krankheiten in der Bundesrepublik Deutschland einschl. Berlin (West). Bundesgesundhbl. 26 (1983), 279–394.
- Weise, H.-J.: Die Meningitiden im Infektionsspektrum der Bundesrepublik Deutschland. Münch. med. Wschr. 124 (1982), 667–668.
- Weise, H.-J.: Epidemiologie der Infektionskrankheiten in der Bundesrepublik. Die Gelben Hefte 24 (1984), 1–12.
- Weise, H.-J.: In die Bundesrepublik Deutschland importierte Virusinfektionen: Medizin in Entwicklungsländern, Bd. 16 Tropenmedizin, Parasitologie, P. Lang, Frankfurt (1984), 235–250.
- Weise, H.-J.: Entwicklung der Malariaeinschleppungen in die Bundesrepublik Deutschland einschl. Berlin (West) während der letzten fünf Jahre (1978–1982). Bundesgesundhbl. 27 (1984), 1–10.
- Weise, H.-J. u. Pöhn, H. Ph.: Epidemiologie der Poliomyelitis in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West). Münch. med. Wschr. 126 (1984), 269–274.
- Wohlfeil, T.: Die Diphtherieseuchenwelle in Deutschland und ihre Bekämpfung mittels der aktiven Schutzimpfung. Bericht über die Ergebnisse einmaliger Impfungen mit den Präzipitatimpfstoffen Ditoxid-Asid und Al FT. aus den Jahren 1936/37 und über die Wirkungsdauer der älteren Schutzimpfungen aus den Jahren 1934/35 mittels der Impfstoffe TA., TAF. und FT. Veröff. Volksgesundh.-Dienst 52 (1939), 391–593.

Anhang A

Tabellen

Tab. 2.1 Bevölkerungszahlen

1886–1909, Reichsgebiet

Jahr	Einwohner in 1000
1886	47 103
1887	47 540
1888	48 020
1889	48 512
1890	49 239
1891	49 767
1892	50 279
1893	50 778
1894	51 339
1895	52 001
1896	52 753
1897	53 569
1898	54 406
1899	55 248
1900	56 046
1901	56 874
1902	57 767
1903	58 629
1904	59 475
1905	60 314
1906	61 153
1907	62 013
1908	62 863
1909	63 717

Tab. 2.2 Bevölkerungszahlen

1910–1944, Reichsgebiet

Jahr	Einwohner in 1000
1910	64 568
1911	65 359
1912	66 146
1913	66 978
1914	67 790
1915	67 883
1916	67 715
1917	67 368
1918	66 811
1919	62 897
1920	61 794
1921	62 473
1922	61 185
1923	61 577
1924	61 953
1925	62 411
1926	62 866
1927	63 252
1928	63 618
1929	63 957
1930	64 294
1931	64 631
1932	64 911
1933	65 218
1934	65 595
1935	66 871
1936	67 349
1937	67 831
1938	68 424
1939	69 314
1940	69 838
1941	70 244
1942	70 834
1943	70 411
1944	70 411

Tab. 2.3 Bevölkerungszahlen

1946–1989, Bundesgebiet

Jahr	Einwohner in 1000
1946	45 346
1947	47 555
1948	48 914
1949	49 802
1950	50 601
1951	51 194
1952	51 603
1953	52 186
1954	52 685
1955	53 174
1956	53 800
1957	53 692
1958	54 373
1959	55 015
1960	55 577
1961	56 173
1962	56 947
1963	57 606
1964	58 290
1965	59 041
1966	59 676
1967	59 872
1968	60 165
1969	60 842
1970	61 001
1971	61 503
1972	61 809
1973	62 101
1974	61 991
1975	61 645
1976	61 442
1977	61 353
1978	61 322
1979	61 439
1980	61 658
1981	61 713
1982	61 546
1983	61 307
1984	61 049
1985	61 020
1986	61 140
1987	61 122
1988	61 151
1989	61 990

Tab. 2.4 Mittlere Wohnbevölkerung

1949–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Einwohner in 1000
1949	18 892
1950	18 388
1951	18 351
1952	18 328
1953	18 178
1954	18 059
1955	17 944
1956	17 716
1957	17 517
1958	17 355
1959	17 298
1960	17 241
1961	17 125
1962	17 102
1963	17 155
1964	16 983
1965	17 020
1966	17 058
1967	17 082
1968	17 084
1969	17 076
1970	17 058
1971	17 061
1972	17 043
1973	16 980
1974	16 925
1975	16 850
1976	16 786
1977	16 765
1978	16 756
1979	16 745
1980	16 737
1981	16 736
1982	16 697
1983	16 699
1984	16 671
1985	16 644
1986	16 624
1987	16 641
1988	16 666
1989	16 614

Tab. 2.5 Geburten

1980–1989, Bundesgebiet

Jahr	Geburten in 1000
1980	621
1981	625
1982	621
1983	594
1984	584
1985	586
1986	626
1987	642
1988	677
1989	677

Tab. 2.6 Lebendgeborene

1980–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Lebendgeborene in 1000
1980	245
1981	238
1982	240
1983	234
1984	228
1985	228
1986	222
1987	226
1988	216
1989	199

Tab. 3.1.1 Aussatz (Lepra) ICD 030

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1947–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1947	1	0,00	•	•	•
1948	–	–	•	•	•
1949	3	0,01	1	0,00	×
1950	4	0,01	–	–	×
1951	6	0,01	–	–	×
1952	–	–	•	•	•
1953	–	–	–	–	–
1954	1	0,00	–	–	×
1955	1	0,00	–	–	×
1956	–	–	–	–	–
1957	2	0,00	–	–	×
1958	2	0,00	–	–	×
1959	2	0,00	1	0,00	×
1960	1	0,00	–	–	×
1961	1	0,00	–	–	×
1962	10	0,02	–	–	×
1963	5	0,01	–	–	×
1964	2	0,00	–	–	×
1965	5	0,01	–	–	×
1966	4	0,01	–	–	×
1967	1	0,00	–	–	×
1968	4	0,01	–	–	×
1969	11	0,02	1	0,00	×
1970	–	–	–	–	–
1971	6	0,01	–	–	×
1972	5	0,01	1	0,00	×
1973	6	0,01	–	–	×
1974	4	0,01	–	–	×
1975	10	0,02	–	–	×
1976	6	0,01	–	–	×
1977	7	0,01	–	–	×
1978	3	0,00	–	–	×
1979	7	0,01	–	–	×
1980	13	0,02	–	–	×
1981	9	0,01	–	–	×
1982	17	0,03	–	–	×
1983	11	0,02	1	0,00	×
1984	7	0,01	1	0,00	×
1985	7	0,01	1	0,00	×
1986	7	0,01	–	–	×
1987	–	–	–	–	–
1988	5	0,01	–	–	×
1989	3	0,00	–	–	×

Tab. 3.1.2 **Aussatz (Lepra) ICD 030**

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1971–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1971	1	0,01	–	–	–
1972	1	0,01	–	–	–
1973	–	–	–	–	–
1974	1	0,01	–	–	–
1975	1	0,01	–	–	–
1976	–	–	–	–	–
1977	–	–	–	–	–
1978	–	–	–	–	–
1979	1	0,01	–	–	–
1980	1	0,01	–	–	–
1981	–	–	–	–	–
1982	1	0,01	–	–	–
1983	–	–	–	–	–
1984	2	0,01	–	–	–
1985	2	0,01	–	–	–
1986	1	0,01	–	–	–
1987	5	0,03	–	–	–
1988	2	0,01	–	–	–
1989	–	–	–	–	–

Tab. 3.2.1 **Cholera (ICD 001)**Erkrankungen und Todesfälle in *Preußen*
1831–1921; nach Epidemiezeiten zusammengefaßt

Zeitabschnitt	Erkrankungen	Todesfälle
1831–1832	72 230	41 738
1837	22 655	13 325
1848–1860	341 618	175 149
1866	234 382	120 000s
1873	54 676	28 790
1892–1894	3 197*	1 633*
1905	212	85
1914–1921	2 882	533

s = geschätzt

* = ohne Hamburg (fast 17 000 Erkrankungen und über
8600 Todesfälle 1892 (Germer, W. D. in Gsell/Mohr,
1968)).

Quelle: Solbrig (1934)

Tab. 3.2.2 Cholera (ICD 001)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1971–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1971	1	0,00	–	–	–
1972	2	0,00	–	–	–
1973	5	0,01	–	–	–
1974	3	0,00	–	–	–
1975	–	–	–	–	–
1976	2	0,00	–	–	–
1977	1	0,00	–	–	–
1978	–	–	–	–	–
1979	–	–	–	–	–
1980	4	0,01	–	–	–
1981	4	0,01	–	–	–
1982	1	0,00	–	–	–
1983	–	–	–	–	–
1984	–	–	–	–	–
1985	–	–	–	–	–
1986	2	0,00	–	–	–
1987	–	–	–	–	–
1988	2	0,00	–	–	–
1989	1	0,00	–	–	–

Tab. 3.3.1 Fleckfieber (ICD 080)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1910–1945, Reichsgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1910	18	0,03	4	0,01	×
1911	8	0,01	1	0,00	×
1912	8	0,01	–	–	×
1913	7	0,01	3	0,00	×
1914	6	0,01	6	0,01	×
1915	6618	9,7	663	1,0	10,0
1916	115	0,17	358	0,5	×
1917	219	0,33	502	0,7	×
1918	311	0,47	335	0,5	×
1919	2600	4,1	527	0,8	20,3
1920	507	0,8	67	0,11	13,2
1921	307	0,49	45	0,07	14,7
1922	443	0,7	51	0,08	11,5
1923	22	0,04	11	0,02	×
1924	11	0,02	1	0,00	×
1925	3	0,00	5	0,01	×
1926	3	0,00	1	0,00	×
1927	6	0,01	–	–	×
1928	–	–	–	–	–
1929	1	0,00	1	0,00	×
1930	–	–	–	–	–
1931	1	0,00	–	–	×
1932	3	0,00	2	0,00	×
1933	4	0,01	–	–	×
1934	1	0,00	–	–	×
1935	1	0,00	–	–	×
1936	–	–	–	–	–
1937	1	0,00	–	–	×
1938	–	–	–	–	–
1939	2	0,00	–	–	×
1940	20	0,03	4	0,01	×
1941	573	0,8	•	•	•
1942	2520	3,6	•	•	•
1943	3210	4,6	•	•	•
1944	•	•	•	•	•
1945	•	•	•	•	•

Tab. 3.3.2 Fleckfieber (ICD 080)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1946–1949, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1946	809	1,8	182	0,40	22,5
1947	12	0,03	3	0,01	×
1948	–	–	•	•	•
1949	•	•	•	•	•
1950	6	0,01	4	0,01	×
1951	6	0,01	12	0,02	×
1952	11	0,02	5	0,01	×
1953	1	0,00	3	0,01	×
1954	1	0,00	2	0,00	×
1955	1	0,00	3	0,01	×
1956	4	0,01	–	–	×
1957	1	0,00	1	0,00	×
1958	–	–	2	0,00	–
1959	2	0,00	2	0,00	×
1960	1	0,00	–	–	×
1961	2	0,00	1	0,00	×
1962	1	0,00	–	–	×
1963	–	–	2	0,00	–
1964	–	–	1	0,00	–
1965	–	–	–	–	–
1966	–	–	1	0,00	–
1967	–	–	–	–	–
1968	–	–	1	0,00	–
1969	1	0,00	1	0,00	×
1970	–	–	2	0,00	–
1971	–	–	–	–	–
1972	–	–	–	–	–
1973	–	–	1	0,00	–
1974	–	–	2	0,00	–
1975	–	–	3	0,00	–
1976	1	0,00	1	0,00	×
1977	–	–	–	–	–
1978	1	0,00	–	–	×
1979	2	0,00	1	0,00	×
1980	1	0,00	1	0,00	×
1981	2	0,00	–	–	×
1982	1	0,00	–	–	×
1983	3	0,00	–	–	×
1984	1	0,00	–	–	×
1985	4	0,01	–	–	×
1986	2	0,00	–	–	×
1987	2	0,00	1	0,00	×
1988	1	0,00	–	–	×
1989	3	0,00	1	0,00	×

Tab. 3.6.1 Pocken (ICD 050)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1886–1909, Reichsgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1886	•	•	197	0,42	•
1887	•	•	168	0,35	•
1888	•	•	112	0,23	•
1889	•	•	200	0,41	•
1890	•	•	58	0,12	•
1891	•	•	49	0,10	•
1892	•	•	108	0,21	•
1893	•	•	157	0,31	•
1894	•	•	88	0,17	•
1895	•	•	27	0,05	•
1896	92	0,17	10	0,02	10,9
1897	45	0,08	5	0,01	11,1
1898	129	0,24	16	0,03	12,4
1899	346	0,6	28	0,05	8,1
1900	392	0,7	49	0,09	12,5
1901	375	0,7	56	0,10	14,9
1902	114	0,20	15	0,03	13,2
1903	172	0,29	20	0,03	11,6
1904	189	0,32	25	0,04	13,2
1905	212	0,35	30	0,05	14,2
1906	256	0,42	47	0,08	18,4
1907	345	0,6	63	0,10	18,3
1908	434	0,7	65	0,10	15,0
1909	247	0,39	26	0,04	10,5

Tab. 3.6.2 Pocken (ICD 050)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1910–1944, Reichsgebiet; 1945–1949, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1910	236	0,37	34	0,05	14,4
1911	288	0,44	35	0,05	12,2
1912	340	0,5	35	0,05	10,3
1913	90	0,13	12	0,02	13,3
1914	138	0,20	18	0,03	13,0
1915	187	0,28	28	0,04	15,0
1916	685	1,0	93	0,14	13,6
1917	3028	4,5	456	0,7	15,1
1918	413	0,6	58	0,09	14,0
1919	5021	8,0	707	1,1	14,1
1920	2115	3,4	354	0,6	16,7
1921	689	1,1	100	0,16	14,5
1922	215	0,35	28	0,05	13,0
1923	17	0,03	2	0,00	×
1924	16	0,03	2	0,00	×
1925	23	0,04	9	0,01	×
1926	7	0,01	–	–	×
1927	4	0,01	3	0,00	×
1928	2	0,00	–	–	×
1929	2	0,00	–	–	×
1930	2	0,00	–	–	×
1932	3	0,00	–	–	×
1935	1	0,00	–	–	×
1942	1	0,00	–	–	×
1943	1	0,00	–	–	×
1945	9	0,02	–	–	×
1946	7	0,02	–	–	×
1947	11	0,02	–	–	×
1948	3	0,01	–	–	×
1949	1	0,00	1	0,00	×

Tab. 3.6.3 Pocken (ICD 050)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1950–1980, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1957	1	0,00	–	–	×
1958	6	0,01	2	0,00	×
1959	12	0,02	1	0,00	×
1961	4	0,01	1	0,00	×
1962	37	0,06	3	0,01	8,1
1965	2	0,00	–	–	×
1967	2	0,00	–	–	×
1970	21	0,03	4	0,01	×
1972	1	0,00	–	–	×

Tab. 3.6.4 Pocken-Einschleppungen nach Deutschland (Bundes- und DDR-Gebiet) seit 1950

Nr.	Jahr	Monat	Einschleppung			Fallzahlen	
			aus	Weg	nach	Erkrankung	Tot
1	1957	April	Pakistan	Luft	Hamburg	1	–
2	1958 –1959	Dez. Jan.	Indien	Luft	Heidelberg	19	2
3	1959	April	Indien	Luft	Ost-Berlin	1	–
4	1961	März	Indien	Luft	Ansbach	4	1
5	1961 –1962	Dez. Febr.	Liberia	Luft	Düsseldorf	5	2
6	1961 –1962	Dez. März	Indien	Luft	Lammersdorf/ Simmerath	33	1
7	1965	Okt.	Tansania	Luft	Kulmbach	2	–
8	1967	Febr.	Indien	Luft	Regensburg	2	–
9	1967	März	Indien	Luft	Hannover	1	–
10	1970	Jan.	Pakistan	Luft	Meschede	20	4
11	1972	März	Jugoslawien	Land	Hannover	1	–

Quelle: Weise, H.-J. (1980)

Tab. 4.1.1 Diphtherie (ICD 032)

Todesfälle 1892–1909, Reichsgebiet

Jahr	Todesfälle	
	Anzahl	Mortalität
1892	55 746	110,9
1893	75 322	148,3
1894	63 701	124,1
1895	37 927	72,9
1896	32 173	61,0
1897	26 380	49,2
1898	24 245	44,6
1899	24 416	44,2
1900	20 976	37,4
1901	21 741	38,2
1902	17 946	31,1
1903	19 315	32,9
1904	18 982	31,9
1905	16 967	28,1
1906	14 577	23,8
1907	14 013	22,6
1908	14 909	23,7
1909	15 440	24,2

Tab. 4.1.2 Diphtherie (ICD 032)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1910–1945, Reichsgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1910	108 640	168,3	14 755	22,9	13,6
1911	134 439	205,7	16 192	24,8	12,0
1912	120 441	182,1	13 423	20,3	11,1
1913	117 821	175,9	12 129	18,1	10,3
1914	126 056	186,0	13 848	20,4	11,0
1915	171 897	253,2	22 544	33,2	13,1
1916	197 471	291,6	20 695	30,6	10,5
1917	175 417	260,4	19 742	29,3	11,3
1918	161 466	241,7	17 771	26,6	11,0
1919	114 915	182,7	10 702	17,0	9,3
1920	83 377	134,9	7 891	12,8	9,5
1921	64 021	102,5	5 953	9,5	9,3
1922	38 545	63,0	4 490	7,3	11,6
1923	32 509	52,8	4 413	7,2	13,6
1924	37 804	61,0	3 624	5,8	9,6
1925	36 769	58,9	2 799	4,5	7,6
1926	30 299	48,2	2 189	3,5	7,2
1927	33 890	53,6	4 202	6,6	12,4
1928	46 905	73,7	3 423	5,4	7,3
1929	50 536	79,0	4 557	7,1	9,0
1930	70 552	109,7	5 642	8,8	8,0
1931	57 822	89,5	4 126	6,4	7,1
1932	65 414	100,8	3 992	6,1	6,1
1933	77 340	118,6	4 837	7,4	6,3
1934	119 103	181,6	6 372	9,7	5,3
1935	133 843	200,2	7 613	11,4	5,7
1936	148 279	220,2	7 603	11,3	5,1
1937	147 110	216,9	6 523	9,6	4,4
1938	148 676	217,3	6 598	9,6	4,4
1939	143 228	206,6	6 355	9,2	4,4
1940	143 505	205,5	7 344	10,5	5,1
1941	176 310	251,0	8 570	12,2	4,9
1942	244 500	345,2	12 928	18,3	5,3
1943	245 067	348,1	12 833	18,2	5,2
1944	239 614	340,3	12 833	18,2	5,4
1945	•	•	•	•	•

Tab. 4.1.3 Diphtherie (ICD 032)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1946–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1946	142 788	314,9	7 576	16,7	5,3
1947	91 718	192,9	4 030	8,5	4,4
1948	62 616	128,0	2 192	4,5	3,5
1949	50 050	100,5	1 122	2,3	2,2
1950	42 888	84,8	924	1,8	2,2
1951	28 411	55,5	543	1,1	1,9
1952	21 789	42,2	326	0,6	1,5
1953	19 037	36,5	282	0,5	1,5
1954	14 787	28,1	190	0,36	1,3
1955	12 236	23,0	198	0,37	1,6
1956	8 399	15,6	130	0,24	1,5
1957	6 744	12,6	98	0,18	1,5
1958	5 410	9,9	74	0,14	1,4
1959	3 526	6,4	62	0,11	1,8
1960	1 965	3,5	27	0,05	1,4
1961	1 317	2,3	33	0,06	2,5
1962	813	1,4	10	0,02	1,2
1963	662	1,1	9	0,02	1,4
1964	637	1,1	16	0,03	2,5
1965	307	0,5	6	0,01	2,0
1966	201	0,34	4	0,01	2,0
1967	117	0,20	4	0,01	3,4
1968	367	0,6	5	0,01	1,4
1969	147	0,24	4	0,01	2,7
1970	57	0,09	3	0,01	5,3
1971	38	0,06	5	0,01	13,2
1972	34	0,06	2	0,00	5,9
1973	37	0,06	1	0,00	2,7
1974	17	0,03	2	0,00	×
1975	37	0,06	3	0,00	8,1
1976	88	0,14	9	0,01	10,2
1977	26	0,04	2	0,00	×
1978	20	0,03	—	—	×
1979	13	0,02	3	0,00	×
1980	19	0,03	2	0,00	×
1981	7	0,01	—	—	×
1982	30	0,05	3	0,00	10,0
1983	17	0,03	—	—	×
1984	8	0,01	1	0,00	×
1985	4	0,01	1	0,00	×
1986	6	0,01	1	0,00	×
1987	6	0,01	1	0,00	×
1988	3	0,00	2	0,00	×
1989	4	0,01	2	0,00	×

Tab. 4.1.4 Diphtherie (ICD 032)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1949–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1949	17653	93,4	378	2,0	2,1
1950	19227	104,6	370	2,0	1,9
1951	13912	75,8	256	1,4	1,8
1952	12474	68,1	198	1,1	1,6
1953	9821	54,0	120	0,7	1,2
1954	10580	58,6	151	0,8	1,4
1955	8230	45,9	89	0,50	1,1
1956	6370	36,0	103	0,6	1,6
1957	5562	31,8	88	0,5	1,6
1958	4258	24,5	44	0,25	1,0
1959	4401	25,4	56	0,32	1,3
1960	3786	22,0	74	0,43	2,0
1961	3176	18,5	51	0,30	1,6
1962	1473	8,6	21	0,12	1,4
1963	771	4,5	2	0,01	0,3
1964	200	1,2	3	0,02	1,5
1965	108	0,6	2	0,01	1,9
1966	45	0,26	1	0,01	2,2
1967	19	0,11	–	–	×
1968	16	0,09	1	0,01	×
1969	13	0,08	–	–	×
1970	6	0,04	–	–	×
1971	3	0,02	–	–	×
1972	3	0,02	–	–	×
1973	1	0,01	–	–	×
1974	–	–	–	–	–
1975	–	–	–	–	–
1976	–	–	–	–	–
1977	–	–	–	–	–
1978	–	–	–	–	–
1979	–	–	–	–	–
1980	–	–	–	–	–
1981	–	–	–	–	–
1982	–	–	–	–	–
1983	–	–	–	–	–
1984	–	–	–	–	–
1985	–	–	–	–	–
1986	1	0,01	–	–	×
1987	2	0,01	–	–	×
1988	1	0,01	–	–	×
1989	1	0,01	–	–	×

Tab. 4.2.1 Poliomyelitis (ICD 045)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1910–1945, Reichsgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1910	329	0,5	•	•	•
1911	146	0,22	36	0,06	24,7
1912	238	0,36	48	0,07	20,2
1913	1037	1,5	82	0,12	7,9
1914	242	0,36	48	0,07	19,8
1915	151	0,22	65	0,10	43,0
1916	158	0,23	58	0,09	36,7
1917	108	0,16	57	0,08	52,8
1918	100	0,15	60	0,09	60,0
1919	38	0,06	46	0,07	×
1920	56	0,09	42	0,07	75,0
1921	339	0,5	84	0,13	24,8
1922	601	1,0	87	0,14	14,5
1923	525	0,9	86	0,14	16,4
1924	541	0,9	103	0,17	19,0
1925	395	0,6	88	0,14	22,3
1926	1592	2,5	205	0,33	12,9
1927	2840	4,5	363	0,6	12,8
1928	996	1,6	150	0,24	15,1
1929	1157	1,8	174	0,27	15,0
1930	1363	2,1	129	0,20	9,5
1931	1623	2,5	401	0,6	24,7
1932	3869	6,0	401	0,6	10,4
1933	1318	2,0	230	0,35	17,5
1934	1768	2,7	267	0,41	15,1
1935	2143	3,2	280	0,42	13,1
1936	2241	3,3	331	0,49	14,8
1937	2722	4,0	435	0,6	16,0
1938	5363	7,8	696	1,0	13,0
1939	3703	5,3	323	0,47	8,7
1940	1570	2,2	183	0,26	11,7
1941	4175	5,9	474	0,7	11,4
1942	3422	4,8	351	0,50	10,3
1943	2494	3,5	274	0,39	11,0
1944	2031	2,9	•	•	•
1945	•	•	•	•	•

Tab. 4.2.2 Poliomyelitis (ICD 045)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1946–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1946	947	2,1	•	•	•
1947	3296	6,9	•	•	•
1948	5826	11,9	581	1,2	10,0
1949	2152	4,3	188	0,38	8,7
1950	2911	5,8	291	0,6	10,0
1951	1603	3,1	185	0,36	11,5
1952	9750	18,9	778	1,5	8,0
1953	2418	4,6	233	0,45	9,6
1954	2829	5,4	237	0,45	8,4
1955	3155	5,9	255	0,48	8,1
1956	4237	7,9	269	0,5	6,3
1957	2402	4,5	219	0,41	9,1
1958	1750	3,2	144	0,26	8,2
1959	2114	3,8	182	0,33	8,6
1960	4198	7,6	281	0,5	6,7
1961	4673	8,3	305	0,5	6,5
1962	296	0,5	31	0,05	10,5
1963	241	0,42	17	0,03	7,1
1964	54	0,09	5	0,01	9,3
1965	48	0,08	6	0,01	12,5
1966	17	0,03	–	–	×
1967	54	0,09	4	0,01	7,4
1968	59	0,10	1	0,00	1,7
1969	25	0,04	–	–	×
1970	15	0,02	1	0,00	×
1971	17	0,03	1	0,00	×
1972	15	0,02	2	0,00	×
1973	29	0,05	1	0,00	×
1974	18	0,03	–	–	×
1975	24	0,04	–	–	×
1976	40	0,07	1	0,00	2,5
1977	25	0,04	–	–	×
1978	13	0,02	1	0,00	×
1979	14	0,02	–	–	×
1980	7	0,01	–	–	×
1981	8	0,01	–	–	×
1982	3	0,00	–	–	×
1983	7	0,01	2	0,00	×
1984	2	0,00	–	–	×
1985	4	0,01	–	–	×
1986	6	0,01	–	–	×
1987	4	0,01	–	–	×
1988	1	0,00	–	–	×
1989	3	0,00	–	–	×

Tab. 4.2.3 Poliomyelitis* (ICD 045)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1949–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1949	1594	8,4	135	0,7	8,5
1950	451	2,5	27	0,15	6,0
1951	671	3,7	37	0,20	5,5
1952	509	2,8	41	0,22	8,1
1953	2663	14,6	141	0,8	5,3
1954	1151	6,4	132	0,7	11,5
1955	1001	5,6	91	0,5	9,1
1956	676	3,8	50	0,28	7,4
1957	1596	9,1	118	0,7	7,4
1958	958	5,5	84	0,48	8,8
1959	958	5,5	81	0,47	8,5
1960	126	0,7	8	0,05	6,3
1961	4	0,02	–	–	×
1962	2	0,01	–	–	×
1963	5	0,03	–	–	×
1964	–	–	–	–	–
1965	1	0,01	–	–	×
1966	2	0,01	–	–	×
1967	–	–	–	–	–
1968	1	0,01	–	–	×
1969	4	0,02	–	–	×
1970	2	0,01	–	–	×
1971	–	–	–	–	–
1972	1	0,01	–	–	×
1973	1	0,01	–	–	×
1974	–	–	–	–	–
1975	1	0,01	–	–	×
1976	–	–	–	–	–
1977	2	0,01	–	–	×
1978	–	–	–	–	–
1979	1	0,01	–	–	×
1980	1	0,01	–	–	×
1981	1	0,01	–	–	×
1982	1	0,01	–	–	×
1983	–	–	–	–	–
1984	1	0,01	–	–	×
1985	–	–	–	–	–
1986	–	–	–	–	–
1987	2	0,01	–	–	×
1988	–	–	–	–	–
1989	–	–	–	–	–

* inklusive impfassoziierte Erkrankungen (Seit 1963 wurde keine durch Poliomyelitis-Wildvirus verursachte Erkrankung mehr gemeldet)

Tab. 4.3.1 Scharlach (ICD 0341)

Todesfälle 1892–1909, Reichsgebiet

Jahr	Todesfälle	
	Anzahl	Mortalität
1892	10437	20,8
1893	13575	26,7
1894	8937	17,4
1895	8617	16,6
1896	8266	15,7
1897	6850	12,8
1898	9199	16,9
1899	13496	24,4
1900	13284	23,7
1901	13656	24,0
1902	13235	22,9
1903	15247	26,0
1904	12651	21,3
1905	9351	15,5
1906	9928	16,2
1907	11086	17,9
1908	10814	17,2
1909	11033	17,3

Tab. 4.3.2 Scharlach (ICD 0341)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1910–1945, Reichsgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1910	89060	137,9	7079	11,0	7,9
1911	108133	165,4	6843	10,5	6,3
1912	95056	143,7	5652	8,5	5,9
1913	104420	155,9	5952	8,9	5,7
1914	103676	152,9	7169	10,6	6,9
1915	149537	220,3	13874	20,4	9,3
1916	94668	139,8	7231	10,7	7,6
1917	48779	72,4	3351	5,0	6,9
1918	39320	58,9	2446	3,7	6,2
1919	51175	81,4	2767	4,4	5,4
1920	46002	74,4	1954	3,2	4,2
1921	48735	78,0	1510	2,4	3,1
1922	32436	53,0	1056	1,7	3,3
1923	27775	45,1	884	1,4	3,2
1924	33048	53,3	750	1,2	2,3
1925	40557	65,0	860	1,4	2,1
1926	56146	89,3	964	1,5	1,7
1927	91883	145,3	1336	2,1	1,5
1928	122225	192,1	1605	2,5	1,3
1929	95903	149,9	1430	2,2	1,5
1930	70650	109,9	990	1,5	1,4
1931	47746	73,9	625	1,0	1,3
1932	55923	86,2	570	0,9	1,0
1933	79830	122,4	832	1,3	1,0
1934	114923	175,2	1171	1,8	1,0
1935	112509	168,2	1224	1,8	1,1
1936	124570	185,0	1313	1,9	1,1
1937	116618	171,9	1122	1,7	1,0
1938	113555	166,0	1048	1,5	0,9
1939	128848	185,9	1032	1,5	0,8
1940	140111	200,6	1363	2,0	1,0
1941	250528	356,7	2874	4,1	1,1
1942	356582	503,4	3892	5,5	1,1
1943	320740	455,5	2938	4,2	0,9
1944	229390	325,8	•	•	•
1945	•	•	•	•	•

Tab. 4.3.3 Scharlach (ICD 0341)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1946–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1946	23754	52,4	258	0,6	1,1
1947	22704	47,7	180	0,38	0,8
1948	39080	79,9	229	0,47	0,6
1949	60987	122,5	231	0,46	0,4
1950	95173	188,1	230	0,45	0,2
1951	71699	140,1	121	0,24	0,2
1952	54328	105,3	55	0,11	0,1
1953	76507	146,6	70	0,13	0,1
1954	83219	158,0	50	0,09	0,1
1955	57725	108,6	47	0,09	0,1
1956	41094	76,4	20	0,04	0,0
1957	33078	61,6	18	0,03	0,1
1958	32200	59,2	13	0,02	0,0
1959	36915	67,1	10	0,02	0,0
1960	28908	52,0	8	0,01	0,0
1961	23630	42,1	14	0,02	0,1
1962	25289	44,4	8	0,01	0,0
1963	32585	56,6	15	0,03	0,0
1964	49293	84,6	2	0,00	0,0
1965	40627	68,8	8	0,01	0,0
1966	39956	67,0	7	0,01	0,0
1967	38767	64,7	1	0,00	0,0
1968	31431	52,2	9	0,01	0,0
1969	32266	53,0	12	0,02	0,0
1970	28955	47,5	3	0,00	0,0
1971	31368	51,0	5	0,01	0,0
1972	36058	58,3	4	0,01	0,0
1973	43724	70,4	2	0,00	0,0
1974	45991	74,2	4	0,01	0,0
1975	39210	63,6	1	0,00	0,0
1976	36290	59,1	1	0,00	0,0
1977	26860	43,8	–	–	–
1978	25560	41,7	5	0,01	0,0
1979	26778	43,6	–	–	–
1980	•	•	–	–	–
1981	•	•	–	–	–
1982	•	•	1	0,00	•
1983	•	•	2	0,00	•
1984	•	•	–	–	–
1985	•	•	1	0,00	•
1986	•	•	–	–	–
1987	•	•	1	0,00	•
1988	•	•	1	0,00	•
1989	•	•	–	–	–

Tab. 4.3.4 Scharlach (ICD 0341)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1949–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1949	25 660	135,8	94	0,50	0,4
1950	44 681	243,0	168	0,9	0,4
1951	82 884	451,7	95	0,5	0,1
1952	55 066	300,4	50	0,27	0,1
1953	25 984	142,9	12	0,07	0,0
1954	8 145	45,1	21	0,12	0,3
1955	37 994	211,7	12	0,07	0,0
1956	33 248	187,7	11	0,06	0,0
1957	15 426	88,1	3	0,02	0,0
1958	15 764	90,8	5	0,03	0,0
1959	15 861	91,7	4	0,02	0,0
1960	15 170	88,0	–	–	–
1961	15 472	90,3	1	0,01	0,0
1962	12 608	73,7	2	0,01	0,0
1963	15 938	92,9	–	–	–
1964	18 723	110,2	2	0,01	0,0
1965	22 367	131,4	2	0,01	0,0
1966	32 050	187,9	–	–	–
1967	27 357	160,2	1	0,01	0,0
1968	26 473	155,0	1	0,01	0,0
1969	24 164	141,5	–	–	–
1970	27 272	159,9	–	–	–
1971	43 133	252,8	–	–	–
1972	80 642	473,2	–	–	–
1973	59 061	347,8	–	–	–
1974	26 902	158,9	–	–	–
1975	22 740	135,0	–	–	–
1976	33 540	199,8	–	–	–
1977	32 449	193,6	1	0,01	0,0
1978	30 133	179,8	–	–	–
1979	24 354	145,4	1	0,01	0,0
1980	25 713	153,6	–	–	–
1981	34 956	208,9	–	–	–
1982	56 610	339,0	–	–	–
1983	44 651	267,4	–	–	–
1984	36 528	219,1	–	–	–
1985	22 637	136,0	–	–	–
1986	24 297	146,2	1	0,01	0,0
1987	32 346	194,4	–	–	–
1988	70 413	422,5	–	–	–
1989	59 986	361,1	–	–	–

Tab. 4.4.1 Keuchhusten (ICD 033)

Todesfälle 1892–1909, Reichsgebiet

Jahr	Todesfälle	
	Anzahl	Mortalität
1892	18 766	37,3
1893	19 713	38,8
1894	21 521	41,9
1895	17 160	33,0
1896	19 769	37,5
1897	21 607	40,3
1898	18 292	33,6
1899	19 339	35,0
1900	18 862	33,7
1901	20 189	35,5
1902	19 190	33,2
1903	17 277	29,5
1904	17 753	29,8
1905	18 856	31,3
1906	17 948	29,3
1907	12 830	20,7
1908	16 388	26,1
1909	15 162	23,8

Tab. 4.4.2 Keuchhusten (ICD 033)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1910–1945, Reichsgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1910	•	•	14 133	21,9	•
1911	•	•	11 990	18,3	•
1912	•	•	13 669	20,7	•
1913	•	•	11 632	17,4	•
1914	•	•	10 327	15,2	•
1915	•	•	12 122	17,9	•
1916	•	•	8 126	12,0	•
1917	•	•	6 963	10,3	•
1918	•	•	8 928	13,4	•
1919	•	•	6 446	10,2	•
1920	•	•	6 796	11,0	•
1921	•	•	4 777	7,6	•
1922	•	•	7 378	12,1	•
1923	•	•	6 625	10,8	•
1924	•	•	5 321	8,6	•
1925	•	•	6 299	10,1	•
1926	•	•	5 884	9,4	•
1927	•	•	4 202	6,6	•
1928	•	•	3 566	5,6	•
1929	•	•	3 454	5,4	•
1930	•	•	3 603	5,6	•
1931	•	•	2 301	3,6	•
1932	•	•	2 522	3,9	•
1933	•	•	2 253	3,5	•
1934	•	•	2 623	4,0	•
1935	•	•	1 820	2,7	•
1936	•	•	1 416	2,1	•
1937	•	•	•	•	•
1938	•	•	2 591	3,8	•
1939	78 941	113,9	833	1,2	1,1
1940	129 286	185,1	•	•	•
1941	•	•	•	•	•
1942	78 968	111,5	771	1,1	1,0
1943	116 068	164,8	•	•	•
1944	•	•	•	•	•
1945	•	•	•	•	•

Tab. 4.4.3 Keuchhusten (ICD 033)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1946–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1946	•	•	1437	3,2	•
1947	40155	84,4	1066	2,2	2,7
1948	65839	134,6	1416	2,9	2,2
1949	54607	109,6	1294	2,6	2,4
1950	57242	113,1	841	1,7	1,5
1951	49658	97,0	728	1,4	1,5
1952	43860	85,0	551	1,1	1,3
1953	63209	121,1	619	1,2	1,0
1954	42651	81,0	401	0,8	0,9
1955	43064	81,0	412	0,8	1,0
1956	40616	75,5	330	0,6	0,8
1957	40432	75,3	329	0,6	0,8
1958	32379	59,5	234	0,43	0,7
1959	41175	74,8	374	0,7	0,9
1960	31305	56,3	228	0,41	0,7
1961	35376	63,0	266	0,47	0,8
1962	•	•	126	0,22	•
1963	•	•	169	0,29	•
1964	•	•	89	0,15	•
1965	•	•	67	0,11	•
1966	•	•	61	0,10	•
1967	•	•	41	0,07	•
1968	•	•	37	0,06	•
1969	•	•	46	0,08	•
1970	•	•	35	0,06	•
1971	•	•	24	0,04	•
1972	•	•	13	0,02	•
1973	•	•	17	0,03	•
1974	•	•	10	0,02	•
1975	•	•	9	0,01	•
1976	•	•	10	0,02	•
1977	•	•	9	0,01	•
1978	•	•	9	0,01	•
1979	•	•	7	0,01	•
1980	•	•	8	0,01	•
1981	•	•	14	0,02	•
1982	•	•	13	0,02	•
1983	•	•	2	0,00	•
1984	•	•	1	0,00	•
1985	•	•	5	0,01	•
1986	•	•	6	0,01	•
1987	•	•	5	0,01	•
1988	•	•	7	0,01	•
1989	•	•	2	0,00	•

Tab. 4.4.4 Keuchhusten (Pertussis; ICD 033)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1962–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1962	18048	105,5	8	0,05	0,0
1963	34449	200,8	7	0,04	0,0
1964	31737	186,9	17	0,10	0,1
1965	22040	129,5	5	0,03	0,0
1966	16484	96,6	1	0,01	0,0
1967	21697	127,0	4	0,02	0,0
1968	12423	72,7	2	0,01	0,0
1969	8289	48,5	3	0,02	0,0
1970	7136	41,8	2	0,01	0,0
1971	3777	22,1	1	0,01	0,0
1972	1043	6,1	–	–	–
1973	1523	9,0	1	0,01	0,1
1974	1069	6,3	–	–	–
1975	360	2,1	–	–	–
1976	171	1,0	–	–	–
1977	598	3,6	–	–	–
1978	197	1,2	–	–	–
1979	149	0,9	–	–	–
1980	258	1,5	–	–	–
1981	209	1,2	1	0,01	0,5
1982	217	1,3	–	–	–
1983	207	1,2	–	–	–
1984	187	1,1	–	–	–
1985	306	1,8	–	–	–
1986	76	0,46	–	–	–
1987	60	0,36	–	–	–
1988	244	1,5	–	–	–
1989	94	0,6	–	–	–

Tab. 4.5.1 Masern (ICD 055)

Todesfälle 1924–1938, Reichsgebiet

Jahr	Todesfälle	
	Anzahl	Mortalität
1924	1622	2,6
1925	6858	11,0
1926	3926	6,2
1927	3670	5,8
1928	2554	4,0
1929	2858	4,5
1930	2979	4,6
1931	1281	2,0
1932	1525	2,3
1933	1522	2,3
1934	1477	2,3
1935	1701	2,5
1936	1843	2,7
1937	1342	2,0
1938	1497	2,2

Tab. 4.5.2 Masern (ICD 055)

Todesfälle 1950–1989, Bundesgebiet

Jahr	Todesfälle	
	Anzahl	Mortalität
1950	389	0,8
1951	465	0,9
1952	149	0,29
1953	373	0,7
1954	210	0,40
1955	201	0,38
1956	315	0,6
1957	130	0,24
1958	251	0,46
1959	149	0,27
1960	161	0,29
1961	187	0,33
1962	140	0,25
1963	113	0,20
1964	153	0,26
1965	86	0,15
1966	127	0,21
1967	53	0,09
1968	116	0,19
1969	104	0,17
1970	79	0,13
1971	84	0,14
1972	39	0,06
1973	37	0,06
1974	28	0,05
1975	43	0,07
1976	15	0,02
1977	25	0,04
1978	19	0,03
1979	7	0,01
1980	17	0,03
1981	9	0,01
1982	8	0,01
1983	8	0,01
1984	20	0,03
1985	5	0,01
1986	2	0,00
1987	2	0,00
1988	6	0,01
1989	6	0,01

Tab. 4.5.3 Masern (ICD 055)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1962–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1962	48 740	285,0	16	0,09	0,0
1963	47 060	274,3	10	0,06	0,0
1964	94 567	556,8	56	0,33	0,1
1965	55 656	327,0	43	0,25	0,1
1966	69 660	408,4	45	0,26	0,1
1967	66 706	390,5	30	0,18	0,0
1968	50 169	293,7	14	0,08	0,0
1969	25 332	148,3	8	0,05	0,0
1970	29 193	171,1	3	0,02	0,0
1971	5 542	32,5	–	–	–
1972	565	3,3	–	–	–
1973	431	2,5	–	–	–
1974	400	2,4	–	–	–
1975	1 493	8,9	–	–	–
1976	3 694	22,0	–	–	–
1977	1 067	6,4	–	–	–
1978	941	5,6	–	–	–
1979	2 128	12,7	–	–	–
1980	28 745	171,7	6	0,04	0,0
1981	5 290	31,6	–	–	–
1982	2 029	12,2	–	–	–
1983	9 798	58,7	1	0,01	0,0
1984	11 759	70,5	2	0,01	0,0
1985	568	3,4	–	–	–
1986	199	1,2	–	–	–
1987	189	1,1	–	–	–
1988	17	0,10	–	–	–
1989	45	0,27	–	–	–

Tab. 4.6.1 Mumps (ICD 072)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1964–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1964	1302	7,7	–	–	–
1965	599	3,5	–	–	–
1966	12870	75,4	–	–	–
1967	46520	272,3	–	–	–
1968	42013	245,9	–	–	–
1969	44138	258,5	–	–	–
1970	55913	327,8	–	–	–
1971	83205	487,7	–	–	–
1972	38222	224,3	–	–	–
1973	85863	505,7	–	–	–
1974	83855	495,5	–	–	–
1975	49656	294,7	–	–	–
1976	58855	350,6	–	–	–
1977	146212	872,1	–	–	–
1978	60872	363,3	–	–	–
1979	38648	230,8	–	–	–
1980	126886	758,1	–	–	–
1981	103385	617,7	–	–	–
1982	26849	160,8	–	–	–
1983	90027	539,1	–	–	–
1984	191033	1145,9	–	–	–
1985	44397	266,7	–	–	–
1986	19138	115,1	–	–	–
1987	216562	1301,4	1	0,01	0,0
1988	115285	691,7	2	0,01	0,0
1989	9358	56,3	–	–	–

Tab. 4.7.1 Mikrosporidie (ICD zu 1100)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1956–1979, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1956	45	0,08	•	•	•
1957	69	0,13	•	•	•
1958	57	0,10	•	•	•
1959	6	0,01	•	•	•
1960	5	0,01	•	•	•
1961	4	0,01	•	•	•
1962	8	0,01	–	–	–
1963	310	0,5	–	–	–
1964	13	0,02	–	–	–
1965	17	0,03	–	–	–
1966	18	0,03	–	–	–
1967	13	0,02	–	–	–
1968	3	0,00	–	–	–
1969	29	0,05	–	–	–
1970	26	0,04	–	–	–
1971	37	0,06	–	–	–
1972	63	0,10	–	–	–
1973	90	0,14	–	–	–
1974	64	0,10	–	–	–
1975	353	0,6	–	–	–
1976	203	0,33	–	–	–
1977	394	0,6	–	–	–
1978	349	0,6	–	–	–
1979	315	0,5	–	–	–

Tab. 4.7.2 Mikrosporie (ICD zu 1100)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1949–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1949	•	•	•	•	•
1950	•	•	•	•	•
1951	126	0,7	—	—	—
1952	59	0,32	—	—	—
1953	27	0,15	—	—	—
1954	34	0,19	—	—	—
1955	9	0,05	—	—	—
1956	7	0,04	—	—	—
1957	4	0,02	—	—	—
1958	22	0,13	—	—	—
1959	34	0,20	—	—	—
1960	100	0,6	—	—	—
1961	22	0,13	—	—	—
1962	18	0,11	—	—	—
1963	40	0,23	—	—	—
1964	65	0,38	—	—	—
1965	9	0,05	—	—	—
1966	5	0,03	—	—	—
1967	3	0,02	—	—	—
1968	3	0,02	—	—	—
1969	14	0,08	—	—	—
1970	23	0,13	—	—	—
1971	20	0,12	—	—	—
1972	32	0,19	—	—	—
1973	8	0,05	—	—	—
1974	6	0,04	—	—	—
1975	6	0,04	—	—	—
1976	40	0,24	—	—	—
1977	15	0,09	—	—	—
1978	20	0,12	—	—	—
1979	14	0,08	—	—	—
1980	22	0,13	—	—	—
1981	6	0,04	—	—	—
1982	3	0,02	—	—	—
1983	7	0,04	—	—	—
1984	9	0,05	—	—	—
1985	6	0,04	—	—	—
1986	17	0,10	—	—	—
1987	7	0,04	—	—	—
1988	28	0,17	—	—	—
1989	22	0,13	—	—	—

Tab. 5.1.1 Tuberkulose

Todesfälle 1892–1909, Reichsgebiet

Jahr	Todesfälle	
	Anzahl	Mortalität
1892	122 152	242,9
1893	124 075	244,3
1894	123 904	241,3
1895	123 159	236,8
1896	119 111	225,8
1897	120 324	224,6
1898	113 561	208,7
1899	117 419	212,5
1900	122 048	217,8
1901	117 596	206,8
1902	116 316	201,4
1903	119 439	203,7
1904	118 946	200,0
1905	121 992	202,3
1906	113 432	185,5
1907	112 690	181,7
1908	110 602	175,9
1909	105 910	166,2

Tab. 5.1.2 Tuberkulose

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1910–1945, Reichsgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1910	•	•	104 322	161,6	•
1911	•	•	103 470	158,3	•
1912	•	•	100 302	151,6	•
1913	•	•	94 927	141,7	•
1914	•	•	92 916	137,1	•
1915	•	•	96 661	142,4	•
1916	•	•	105 258	155,4	•
1917	•	•	133 227	197,8	•
1918	•	•	147 740	221,1	•
1919	•	•	131 264	208,7	•
1920	•	•	92 902	150,3	•
1921	•	•	83 783	134,1	•
1922	•	•	86 713	141,7	•
1923	•	•	93 074	151,2	•
1924	•	•	74 484	120,2	•
1925	•	•	66 505	106,6	•
1926	•	•	61 408	97,7	•
1927	•	•	59 037	93,3	•
1928	•	•	55 672	87,5	•
1929	•	•	55 544	86,8	•
1930	•	•	50 646	78,8	•
1931	•	•	50 863	78,7	•
1932	•	•	48 688	75,0	•
1933	•	•	47 676	73,1	•
1934	•	•	47 179	71,9	•
1935	•	•	48 679	72,8	•
1936	•	•	47 507	70,5	•
1937	•	•	46 922	69,2	•
1938	65 866	96,3	42 697	62,4	64,8
1939	80 798	116,6	•	•	•
1940	109 508	156,8	•	•	•
1941	134 979	192,2	•	•	•
1942	146 121	206,3	•	•	•
1943	143 171	203,3	•	•	•
1944	•	•	•	•	•
1945	•	•	•	•	•

Tab. 5.1.3 Tuberkulose (aktive Form) (ICD 010-018; 137)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1946-1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1946	•	•	•	•	•
1947	•	•	•	•	•
1948	•	•	•	•	•
1949	157352	316,0	25345	50,9	16,1
1950	130080	257,1	19934	39,4	15,3
1951	124761	243,7	18926	37,0	15,2
1952	117282	227,3	14168	27,5	12,1
1953	115613	221,5	11313	21,7	9,8
1954	103348	196,2	10796	20,5	10,4
1955	98643	185,5	10792	20,3	10,9
1956	92187	171,4	10620	19,7	11,5
1957	87719	163,4	10340	19,3	11,8
1958	84744	155,9	9423	17,3	11,1
1959	77926	141,6	9216	16,8	11,8
1960	70325	126,5	9223	16,6	13,1
1961	65040	115,8	8200	14,6	12,6
1962	58968	103,5	8005	14,1	13,6
1963	57305	99,5	8239	14,3	14,4
1964	55204	94,7	7390	12,7	13,4
1965	55010	93,2	7574	12,8	13,8
1966	55023	92,2	7138	12,0	13,0
1967	54671	91,3	6424	10,7	11,8
1968	51786	86,1	6298	10,5	12,2
1969	49695	81,7	5850	9,6	11,8
1970	48262	79,1	5047	8,3	10,5
1971	45325	73,7	4363	7,1	9,6
1972	36337	58,8	4152	6,7	11,4
1973	37524	60,4	3860	6,2	10,3
1974	36551	59,0	3535	5,7	9,7
1975	34070	55,3	3374	5,5	9,9
1976	32857	53,5	3067	5,0	9,3
1977	31617	51,5	2706	4,4	8,6
1978	29536	48,2	2533	4,1	8,6
1979	27845	45,3	2127	3,5	7,6
1980	25924	42,0	1935	3,1	7,5
1981	23358	37,8	1815	2,9	7,8
1982	21727	35,3	1694	2,8	7,8
1983	19587	31,9	1481	2,4	7,6
1984	17137	28,1	1338	2,2	7,8
1985	16973	27,8	1279	2,1	7,5
1986	14976	24,5	1141	1,9	7,6
1987	14178	23,2	1203	2,0	8,5
1988	13379	21,9	1091	1,8	8,2
1989	12549	20,2	1066	1,7	8,5

Tab. 5.1.4 Tuberkulose (ICD 010-018; 137)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1950-1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1950	92760	504,5	14439	78,5	15,6
1951	79341	432,4	11045	60,2	13,9
1952	67394	367,7	8872	48,4	13,2
1953	60236	331,4	5734	31,5	9,5
1954	52041	288,2	4888	27,1	9,4
1955	47015	262,0	4572	25,5	9,7
1956	41383	233,6	4219	23,8	10,2
1957	34554	197,3	4103	23,4	11,9
1958	29750	171,4	4007	23,1	13,5
1959	26101	150,9	3440	19,9	13,2
1960	23418	135,8	3158	18,3	13,5
1961	20367	118,9	2858	16,7	14,0
1962	20536	120,1	3302	19,3	16,1
1963	19566	114,1	3004	17,5	15,4
1964	18931	111,5	3281	19,3	17,3
1965	15933	93,6	2694	15,8	16,9
1966	13777	80,8	2118	12,4	15,4
1967	12868	75,3	2053	12,0	16,0
1968	11725	68,6	2048	12,0	17,5
1969	10695	62,6	2030	11,9	19,0
1970	10306	60,4	1892	11,1	18,4
1971	9704	56,9	1472	8,6	15,2
1972	8541	50,1	1467	8,6	17,2
1973	7376	43,4	1279	7,5	17,3
1974	6648	39,3	1042	6,2	15,7
1975	6163	36,6	1041	6,2	16,9
1976	5742	34,2	979	5,8	17,0
1977	4988	29,8	940	5,6	18,8
1978	4798	28,6	829	4,9	17,3
1979	4189	25,0	651	3,9	15,5
1980	4067	24,3	623	3,7	15,3
1981	3725	22,3	612	3,7	16,4
1982	3670	22,0	565	3,4	15,4
1983	3390	20,3	524	3,1	15,5
1984	3106	18,6	470	2,8	14,2
1985	3101	18,6	418	2,5	13,5
1986	2930	17,6	453	2,7	15,5
1987	2924	17,6	390	2,3	13,3
1988	2903	17,4	362	2,2	12,5
1989	2836	17,1	335	2,0	11,8

Tab. 5.1.5 Tuberkulose (aktive Form); nach Organmanifestation

Gemeldete Erkrankungen 1938–1944, Reichsgebiet; 1945–1989, Bundesgebiet

Jahr	a) der Atmungsorgane		b) der übrigen Organe	
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Morbidität
1938	60782	88,8	5084	7,4
1939	72700	104,9	8098	11,7
1940	98062	140,4	11446	16,4
1941	117558	167,4	17421	24,8
1942	127248	179,6	18873	26,6
1943	124993	177,5	18178	25,8
1944	•	•	•	•
1945	•	•	•	•
1946	•	•	•	•
1947	•	•	•	•
1948	•	•	•	•
1949	136285	273,7	21067	42,3
1950	113876	225,0	16204	32,0
1951	108269	211,5	16492	32,2
1952	101741	197,2	15541	30,1
1953	100169	191,9	15444	29,6
1954	88926	168,8	14422	27,4
1955	84230	158,4	14413	27,1
1956	79127	147,1	13060	24,3
1957	75543	140,7	12176	22,7
1958	75520	138,9	12224	22,5
1959	66945	121,7	10981	20,0
1960	60173	108,3	10152	18,3
1961	55256	98,4	9784	17,4
1962	49449	86,8	9519	16,7
1963	48503	84,2	8802	15,3
1964	46509	79,8	8695	14,9
1965	46513	78,8	8497	14,4
1966	47008	78,8	8015	13,4
1967	46266	77,3	8405	14,0
1968	44116	73,3	7670	12,7
1969	42476	69,8	7219	11,9
1970	41459	68,0	6803	11,2
1971	38495	62,6	6830	11,1
1972	30936	50,1	5401	8,7
1973	32094	51,7	5430	8,7
1974	31068	50,1	5483	8,8
1975	28691	46,5	5379	8,7
1976	28277	46,0	4580	7,5
1977	27095	44,2	4522	7,4
1978	25216	41,1	4320	7,0
1979	23914	38,9	3931	6,4
1980	22236	36,1	3688	6,0
1981	19750	32,0	3608	5,8

Fortsetzung Tab. 5.1.5:

Jahr	a) der Atmungsorgane		b) der übrigen Organe	
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Morbidität
1982	18 516	30,1	3 211	5,2
1983	16 780	27,4	2 807	4,6
1984	14 692	24,1	2 445	4,0
1985	14 546	23,8	2 427	4,0
1986	13 002	21,3	1 947	3,2
1987	12 226	20,0	1 952	3,2
1988	11 561	18,9	1 818	3,0
1989	10 878	17,5	1 671	2,7

Tab. 5.1.6 Tuberkulose; nach Organmanifestationen

Gemeldete Erkrankungen 1950–1989, DDR-Gebiet

Jahr	a) der Atmungsorgane		b) der übrigen Organe	
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Morbidität
1950	80113	435,7	12647	68,8
1951	69332	377,8	10009	54,5
1952	59122	322,6	8272	45,1
1953	52451	288,5	7785	42,8
1954	45350	251,1	6691	37,1
1955	40948	228,2	6067	33,8
1956	36162	204,1	5221	29,5
1957	29748	169,8	4806	27,4
1958	25719	148,2	4031	23,2
1959	22742	131,5	3359	19,4
1960	20361	118,1	3057	17,7
1961	17440	101,8	2927	17,1
1962	17564	102,7	2972	17,4
1963	16781	97,8	2785	16,2
1964	16340	96,2	2591	15,3
1965	13444	79,0	2489	14,6
1966	11540	67,7	2237	13,1
1967	10569	61,9	2299	13,5
1968	9693	56,7	2032	11,9
1969	8791	51,5	1904	11,2
1970	8424	49,4	1882	11,0
1971	7931	46,5	1773	10,4
1972	6829	40,1	1712	10,0
1973	5937	35,0	1439	8,5
1974	5271	31,1	1377	8,1
1975	4790	28,4	1373	8,1
1976	4624	27,5	1118	6,7
1977	3908	23,3	1080	6,4
1978	3708	22,1	1090	6,5
1979	3281	19,6	908	5,4
1980	3173	19,0	894	5,3
1981	3001	17,9	724	4,3
1982	3115	18,7	555	3,3
1983	2844	17,0	546	3,3
1984	2510	15,1	596	3,6
1985	2455	14,8	646	3,9
1986	2377	14,3	553	3,3
1987	2413	14,5	511	3,1
1988	2407	14,4	496	3,0
1989	2335	14,1	501	3,0

Tab. 5.2.1 Meningokokken-Meningitis*

Todesfälle 1892–1909, Reichsgebiet

Jahr	Todesfälle	
	Anzahl	Mortalität
1892	226	0,45
1893	251	0,49
1894	320	0,6
1895	322	0,6
1896	523	1,0
1897	441	0,8
1898	332	0,6
1899	304	0,6
1900	285	0,5
1901	289	0,5
1902	291	0,5
1903	226	0,39
1904	195	0,33
1905	2714	4,5
1906	1391	2,3
1907	1763	2,8
1908	875	1,4
1909	707	1,1

* früher: übertragbare Genickstarre

Tab. 5.2.2 Meningokokken-Meningitis*

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1910–1945, Reichsgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1910	347	0,5	317	0,49	91,4
1911	201	0,31	258	0,39	×
1912	280	0,42	221	0,33	78,9
1913	255	0,38	200	0,30	78,4
1914	313	0,46	234	0,35	74,8
1915	1221	1,8	983	1,4	80,5
1916	1146	1,7	839	1,2	73,2
1917	644	1,0	546	0,8	84,8
1918	440	0,7	381	0,6	86,6
1919	634	1,0	422	0,7	66,6
1920	525	0,8	338	0,5	64,4
1921	700	1,1	432	0,7	61,7
1922	1422	2,3	793	1,3	55,8
1923	1135	1,8	640	1,0	56,4
1924	750	1,2	458	0,7	61,1
1925	758	1,2	448	0,7	59,1
1926	730	1,2	417	0,7	57,1
1927	830	1,3	474	0,7	57,1
1928	823	1,3	451	0,7	54,8
1929	959	1,5	523	0,8	54,5
1930	663	1,0	354	0,6	53,4
1931	574	0,9	322	0,50	56,1
1932	494	0,8	327	0,5	66,2
1933	617	0,9	342	0,5	55,4
1934	1100	1,7	515	0,8	46,8
1935	1362	2,0	776	1,2	57,0
1936	1355	2,0	818	1,2	60,4
1937	1595	2,4	866	1,3	54,3
1938	1790	2,6	871	1,3	48,7
1939	5120	7,4	1980	2,9	38,7
1940	5816	8,3	1719	2,5	29,6
1941	3674	5,2	1045	1,5	28,4
1942	2236	3,2	764	1,1	34,2
1943	2046	2,9	638	0,9	31,2
1944	2075	2,9	•	•	•
1945	•	•	•	•	•

* früher: übertragbare Genickstarre

Tab. 5.2.3 Meningokokken-Meningitis* (ICD 036)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1946–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1946	989	2,2	•	•	•
1947	1238	2,6	•	•	•
1948	1070	2,2	167	0,34	15,6
1949	958	1,9	125	0,25	13,0
1950	801	1,6	145	0,29	18,1
1951	957	1,9	124	0,24	13,0
1952	969	1,9	149	0,29	15,4
1953	969	1,9	144	0,28	14,9
1954	862	1,6	123	0,23	14,3
1955	1081	2,0	172	0,32	15,9
1956	1381	2,6	146	0,27	10,6
1957	848	1,6	151	0,28	17,8
1958	856	1,6	121	0,22	14,1
1959	709	1,3	121	0,22	17,1
1960	859	1,5	114	0,21	13,3
1961	960	1,7	128	0,23	13,3
1962	1075	1,9	151	0,27	14,0
1963	1835	3,2	190	0,33	10,4
1964	1473	2,5	146	0,25	9,9
1965	1177	2,0	143	0,24	12,1
1966	1285	2,2	123	0,21	9,6
1967	1331	2,2	118	0,20	8,9
1968	1065	1,8	119	0,20	11,2
1969	1151	1,9	133	0,22	11,6
1970	1800	3,0	177	0,29	9,8
1971	1638	2,7	198	0,32	12,1
1972	1577	2,6	150	0,24	9,5
1973	1400	2,3	125	0,20	8,9
1974	1474	2,4	116	0,19	7,9
1975	1424	2,3	136	0,22	9,6
1976	1186	1,9	97	0,16	8,2
1977	1107	1,8	79	0,13	7,1
1978	1195	1,9	116	0,19	9,7
1979	1400	2,3	108	0,18	7,7
1980	1145	1,9	99	0,16	8,6
1981	1153	1,9	107	0,17	9,3
1982	953	1,5	115	0,19	12,1
1983	786	1,3	94	0,15	12,0
1984	778	1,3	81	0,13	10,4
1985	725	1,2	88	0,14	12,1
1986	658	1,1	87	0,14	13,2
1987	603	1,0	87	0,14	14,4
1988	529	0,9	67	0,11	12,7
1989	545	0,9	69	0,11	12,7

* bis 1961: übertragbare Genickstarre; 1962–1979: übertragbare Hirnhautentzündung

a) Meningokokken-Meningitis, seit 1980: Meningitis/Encephalitis

Tab. 5.2.4 Meningokokken-Meningitis* (ICD 036)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1949–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1949	•	•	•	•	•
1950	•	•	•	•	•
1951	318	1,7	59	0,32	18,6
1952	337	1,8	57	0,31	16,9
1953	373	2,1	54	0,30	14,5
1954	361	2,0	50	0,28	13,9
1955	325	1,8	38	0,21	11,7
1956	292	1,6	38	0,21	13,0
1957	277	1,6	37	0,21	13,4
1958	252	1,5	44	0,25	17,5
1959	225	1,3	32	0,18	14,2
1960	192	1,1	24	0,14	12,5
1961	165	1,0	16	0,09	9,7
1962	161	0,9	14	0,08	8,7
1963	175	1,0	23	0,13	13,1
1964	130	0,8	9	0,05	6,9
1965	107	0,6	11	0,06	10,3
1966	96	0,6	11	0,06	11,5
1967	74	0,43	11	0,06	14,9
1968	68	0,40	6	0,04	8,8
1969	47	0,28	5	0,03	10,6
1970	69	0,40	8	0,05	11,6
1971	66	0,39	4	0,02	6,1
1972	83	0,49	12	0,07	14,5
1973	82	0,48	8	0,05	9,8
1974	78	0,46	9	0,05	11,5
1975	99	0,6	5	0,03	5,1
1976	107	0,6	7	0,04	6,5
1977	95	0,6	7	0,04	7,4
1978	123	0,7	17	0,10	13,8
1979	118	0,7	7	0,04	5,9
1980	156	0,9	15	0,09	9,6
1981	186	1,1	28	0,17	15,1
1982	260	1,6	38	0,23	14,6
1983	326	2,0	39	0,23	12,0
1984	369	2,2	36	0,22	9,8
1985	544	3,3	50	0,30	9,2
1986	602	3,6	57	0,34	9,5
1987	509	3,1	33	0,20	6,5
1988	482	2,9	53	0,32	11,0
1989	448	2,7	30	0,18	6,7

* Meningitis epidemica

Tab. 5.2.5 Meningitis/Encephalitis, übrige Formen*

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1962–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1962	797	1,4	50	0,09	6,3
1963	1560	2,7	73	0,13	4,7
1964	2205	3,8	82	0,14	3,7
1965	1637	2,8	94	0,16	5,7
1966	2731	4,6	112	0,19	4,1
1967	7859	13,1	107	0,18	1,4
1968	3900	6,5	115	0,19	2,9
1969	3879	6,4	138	0,23	3,6
1970	4987	8,2	164	0,27	3,3
1971	4609	7,5	166	0,27	3,6
1972	4940	8,0	170	0,28	3,4
1973	4975	8,0	134	0,22	2,7
1974	6228	10,0	126	0,20	2,0
1975	5074	8,2	140	0,23	2,8
1976	5347	8,7	114	0,19	2,1
1977	4146	6,8	110	0,18	2,7
1978	4614	7,5	106	0,17	2,3
1979	4917	8,0	138	0,22	2,8
1980	4975	8,1	122	0,20	2,5
1981	4913	8,0	145	0,23	3,0
1982	4531	7,4	134	0,22	3,0
1983	3319	5,4	134	0,22	4,0
1984	3938	6,5	169	0,28	4,3
1985	3529	5,8	129	0,21	3,7
1986	3299	5,4	104	0,17	3,2
1987	2800	4,6	132	0,22	4,7
1988	3813	6,2	117	0,19	3,1
1989	2484	4,0	96	0,15	3,9

* bis 1979: übertragbare Hirnhautentzündung, b) übrige Formen

seit 1980: Meningitis/Encephalitis b) andere bakterielle Meningitiden, c) Virus-Meningoencephalitiden, d) übrige Formen

Tab. 5.2.6 Meningitis/Encephalitis, b) andere bakterielle Meningitiden*

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1980–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1980	1 198	1,9	43	0,07	3,6
1981	1 695	2,7	89	0,14	5,3
1982	1 566	2,5	79	0,13	5,0
1983	1 241	2,0	91	0,15	7,3
1984	1 422	2,3	103	0,17	7,2
1985	1 257	2,1	90	0,15	7,2
1986	1 216	2,0	75	0,12	6,2
1987	1 099	1,8	74	0,12	6,7
1988	1 192	1,9	78	0,13	6,5
1989	1 088	1,8	72	0,12	6,6

* ICD 320 (nicht durch Meningokokken bedingt)

Tab. 5.2.7 Meningitis/Encephalitis, c) Virus-Meningoencephalitis*

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1980–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1980	756	1,2	27	0,04	3,6
1981	892	1,4	24	0,04	2,7
1982	836	1,4	28	0,05	3,3
1983	599	1,0	20	0,03	3,3
1984	760	1,2	26	0,04	3,4
1985	772	1,3	18	0,03	2,3
1986	682	1,1	10	0,02	1,5
1987	618	1,0	19	0,03	3,1
1988	962	1,6	12	0,02	1,2
1989	518	0,8	8	0,01	1,5

* ICD 046–048/3211–3217/323

Tab. 5.2.8 Meningitis/Encephalitis, d) übrige Formen

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1980–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1980	3 021	4,9	52	0,08	1,7
1981	2 326	3,8	32	0,05	1,4
1982	2 129	3,5	27	0,04	1,3
1983	1 479	2,4	23	0,04	1,6
1984	1 756	2,9	40	0,07	2,3
1985	1 500	2,5	21	0,03	1,4
1986	1 401	2,3	19	0,03	1,4
1987	1 083	1,8	39	0,06	3,6
1988	1 659	2,7	27	0,04	1,6
1989	878	1,4	16	0,03	1,8

Tab. 5.2.9 Übertragbare Gehirnentzündung (ICD 323)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1946–1979, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1946	269	0,6	•	•	•
1947	332	0,7	•	•	•
1948	284	0,6	•	•	•
1949	188	0,38	•	•	•
1950	219	0,43	•	•	•
1951	219	0,43	•	•	•
1952	202	0,39	•	•	•
1953	231	0,44	•	•	•
1954	150	0,28	•	•	•
1955	166	0,31	•	•	•
1956	236	0,44	•	•	•
1957	166	0,31	•	•	•
1958	130	0,24	•	•	•
1959	129	0,23	•	•	•
1960	122	0,22	•	•	•
1961	151	0,27	•	•	•
1962	164	0,29	20	0,04	12,2
1963	166	0,29	34	0,06	20,5
1964	193	0,33	34	0,06	17,6
1965	137	0,23	12	0,02	8,8
1966	154	0,26	22	0,04	14,3
1967	182	0,30	37	0,06	20,3
1968	170	0,28	31	0,05	18,2
1969	149	0,24	39	0,06	26,2
1970	178	0,29	39	0,06	21,9
1971	151	0,25	41	0,07	27,2
1972	124	0,20	27	0,04	21,8
1973	157	0,25	31	0,05	19,7
1974	202	0,33	33	0,05	16,3
1975	227	0,37	32	0,05	14,1
1976	129	0,21	28	0,05	21,7
1977	106	0,17	26	0,04	24,5
1978	163	0,27	26	0,04	16,0
1979	113	0,18	16	0,03	14,2

Tab. 5.2.10 Meningitis, andere bakterielle Meningitiden (ICD 320)*

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1983–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1983	398	2,4	78	0,47	19,6
1984	563	3,4	63	0,38	11,2
1985	546	3,3	80	0,48	14,7
1986	507	3,0	83	0,50	16,4
1987	571	3,4	65	0,39	11,4
1988	486	2,9	62	0,37	12,8
1989	455	2,7	59	0,36	13,0

* nicht durch Meningokokken bedingt

Tab. 5.2.11a Abakterielle Meningitis* sowie Enzephalitis**

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1951–1969, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1951	87	0,47	30	0,16	34,5
1952	54	0,29	21	0,11	38,9
1953	59	0,32	21	0,12	35,6
1954	87	0,48	26	0,14	29,9
1955	49	0,27	24	0,13	49,0
1956	61	0,34	20	0,11	32,8
1957	1440	8,2	63	0,36	4,4
1958	546	3,1	48	0,28	8,8
1959	344	2,0	51	0,29	14,8
1960	321	1,9	37	0,21	11,5
1961	421	2,5	25	0,15	5,9
1962	288	1,7	24	0,14	8,3
1963	2498	14,6	25	0,15	1,0
1964	1003	5,9	31	0,18	3,1
1965	525	3,1	17	0,10	3,2
1966	1580	9,3	26	0,15	1,6
1967	3194	18,7	32	0,19	1,0
1968	2238	13,1	33	0,19	1,5
1969	2358	13,8	19	0,11	0,8

* einschl. Mumpsmeningitis (ICD: 046–049, 0721, 3211–3218, 322)

** (ICD: 062–064, 323)

Tab. 5.2.11b Abakterielle Meningitis* sowie Enzephalitis**

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1970–1982, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1970	1378	8,1	–	–	–
1971	825	4,8	–	–	–
1972	717	4,2	–	–	–
1973	1225	7,2	–	–	–
1974	2156	12,7	–	–	–
1975	1335	7,9	7	0,04	0,5
1976	1485	8,8	3	0,02	0,2
1977	1319	7,9	1	0,01	0,1
1978	1100	6,6	4	0,02	0,4
1979	2048	12,2	9	0,05	0,4
1980	1453	8,7	7	0,04	0,5
1981	2435	14,5	9	0,05	0,4
1982	1695	10,2	9	0,05	0,5

* ohne Mumpsmeningitis (ICD: 046–049, 3211–3214, 3216–3218, 322)

** (ICD: 062–064, 323)

Tab. 5.2.11c Abakterielle Meningitis*

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1983–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1983	1989	11,9	2	0,01	0,1
1984	1967	11,8	1	0,01	0,1
1985	1139	6,8	2	0,01	0,2
1986	1569	9,4	1	0,01	0,1
1987	1162	7,0	1	0,01	0,1
1988	1456	8,7	2	0,01	0,1
1989	741	4,5	2	0,01	0,3

* ohne Mumpsmeningitis (ICD: 046–049, 3211–3214, 3216–3218, 322)

Tab. 5.2.12 Mumpsmeningitis (ICD 0721, 3215)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1970–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1970	1 622	9,5	–	–	–
1971	2 643	15,5	–	–	–
1972	1 067	6,3	–	–	–
1973	3 227	19,0	–	–	–
1974	3 090	18,3	–	–	–
1975	2 158	12,8	1	0,01	0,0
1976	2 122	12,6	1	0,01	0,0
1977	5 122	30,6	–	–	–
1978	2 020	12,1	–	–	–
1979	1 373	8,2	–	–	–
1980	3 471	20,7	1	0,01	0,0
1981	3 262	19,5	–	–	–
1982	848	5,1	–	–	–
1983	2 870	17,2	–	–	–
1984	5 515	33,1	–	–	–
1985	1 183	7,1	–	–	–
1986	444	2,7	–	–	–
1987	4 262	25,6	–	–	–
1988	2 330	14,0	1	0,01	0,0
1989	104	0,6	–	–	–

Tab. 5.2.13 Enzephalitis (ICD 062–064, 323)*

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1983–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1983	101	0,6	14	0,08	13,9
1984	89	0,5	8	0,05	9,0
1985	63	0,38	10	0,06	15,9
1986	87	0,5	9	0,05	10,3
1987	76	0,46	10	0,06	13,2
1988	55	0,33	4	0,02	7,3
1989	77	0,46	9	0,05	11,7

* ohne Mumps-Meningoenzephalitis

Tab. 5.3.1 Virushepatitis (ICD 070)*

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1962–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1962	14708	25,8	94	0,17	0,6
1963	14077	24,4	99	0,17	0,7
1964	17126	29,4	96	0,16	0,6
1965	19759	33,5	98	0,17	0,5
1966	21427	35,9	88	0,15	0,4
1967	21328	35,6	76	0,13	0,4
1968	20938	34,8	106	0,18	0,5
1969	21024	34,6	93	0,15	0,4
1970	21770	35,7	68	0,11	0,3
1971	22738	37,0	79	0,13	0,3
1972	23321	37,7	71	0,11	0,3
1973	25900	41,7	75	0,12	0,3
1974	22597	36,5	82	0,13	0,4
1975	20942	34,0	76	0,12	0,4
1976	21355	34,8	73	0,12	0,3
1977	20849	34,0	69	0,11	0,3
1978	21400	34,9	77	0,13	0,4
1979	20176	32,8	123	0,20	0,6
1980	20011	32,5	155	0,25	0,8
1981	19813	32,1	139	0,23	0,7
1982	19369	31,5	174	0,28	0,9
1983	15970	26,0	182	0,30	1,1
1984	17137	28,1	202	0,33	1,2
1985	15153	24,8	205	0,34	1,4
1986	12257	20,0	165	0,27	1,3
1987	11249	18,4	200	0,33	1,8
1988	10406	17,0	228	0,37	2,2
1989	9763	15,7	222	0,36	2,3

* bis 1979: Hepatitis infectiosa

Tab. 5.3.2 Virushepatitis (ICD 070)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1951–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1951	789	4,3	11	0,06	1,4
1952	3218	17,6	7	0,04	0,2
1953	6099	33,6	13	0,07	0,2
1954	8362	46,3	27	0,15	0,3
1955	17427	97,1	29	0,16	0,2
1956	28954	163,4	39	0,22	0,1
1957	37017	211,3	41	0,23	0,1
1958	34269	197,5	36	0,21	0,1
1959	42514	245,8	29	0,17	0,1
1960	45424	263,5	29	0,17	0,1
1961	46844	273,5	22	0,13	0,0
1962	26136	152,8	12	0,07	0,0
1963	27594	160,9	11	0,06	0,0
1964	35305	207,9	14	0,08	0,0
1965	43235	254,0	23	0,14	0,1
1966	39413	231,1	16	0,09	0,0
1967	30292	177,3	12	0,07	0,0
1968	23410	137,0	16	0,09	0,1
1969	18628	109,1	10	0,06	0,1
1970	18627	109,2	9	0,05	0,0
1971	19935	116,8	9	0,05	0,0
1972	19977	117,2	10	0,06	0,1
1973	19989	117,7	8	0,05	0,0
1974	15199	89,8	1	0,01	0,0
1975	8575	50,9	13	0,08	0,2
1976	6348	37,8	10	0,06	0,2
1977	4653	27,8	12	0,07	0,3
1978	3620	21,6	13	0,08	0,4
1979	6802	40,6	17	0,10	0,2
1980	2967	17,7	10	0,06	0,3
1981	2692	16,1	13	0,08	0,5
1982	3134	18,8	16	0,10	0,5
1983	3565	21,3	21	0,13	0,6
1984	3745	22,5	16	0,10	0,4
1985	3606	21,7	17	0,10	0,5
1986	2585	15,5	12	0,07	0,5
1987	1999	12,0	7	0,04	0,4
1988	1607	9,6	8	0,05	0,5
1989	1234	7,4	11	0,07	0,9

Tab. 5.3.3 Virushepatitis, a) Hepatitis A (ICD 0700–0701)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1980–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1980	7302	11,8	13	0,02	0,2
1981	9142	14,8	15	0,02	0,2
1982	9049	14,7	22	0,04	0,2
1983	6513	10,6	21	0,03	0,3
1984	7906	13,0	22	0,04	0,3
1985	7300	12,0	24	0,04	0,3
1986	5934	9,7	11	0,02	0,2
1987	5841	9,6	20	0,03	0,3
1988	5713	9,3	11	0,02	0,2
1989	5007	8,1	17	0,03	0,3

Tab. 5.3.4 Virushepatitis, b) Hepatitis B (ICD 0702–0703)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1980–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1980	5313	8,6	105	0,17	2,0
1981	7277	11,8	107	0,17	1,5
1982	7317	11,9	126	0,20	1,7
1983	7280	11,9	137	0,22	1,9
1984	7042	11,5	152	0,25	2,2
1985	6211	10,2	162	0,27	2,6
1986	5112	8,4	126	0,21	2,5
1987	4411	7,2	146	0,24	3,3
1988	3942	6,4	164	0,27	4,2
1989	4102	6,6	160	0,26	3,9

Tab. 5.3.5 Virushepatitis, c) nicht bestimmbare und übrige Formen

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1980–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1980	7396	12,0	37	0,06	0,5
1981	3394	5,5	17	0,03	0,5
1982	3003	4,9	26	0,04	0,9
1983	2177	3,6	24	0,04	1,1
1984	2189	3,6	28	0,05	1,3
1985	1642	2,7	19	0,03	1,2
1986	1211	2,0	28	0,05	2,3
1987	997	1,6	34	0,06	3,4
1988	751	1,2	53	0,09	7,1
1989	651	1,0	45	0,07	6,9

ICD 0704–0709

Tab. 5.3.6 Virushepatitis, a) Hepatitis A (ICD 0700–0701)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1983–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1983	2103	12,6	4	0,02	0,2
1984	2203	13,2	4	0,02	0,2
1985	2267	13,6	4	0,02	0,2
1986	1359	8,2	4	0,02	0,3
1987	830	5,0	1	0,01	0,1
1988	553	3,3	1	0,01	0,2
1989	380	2,3	–	–	–

Tab. 5.3.7 Virushepatitis, Hepatitis B (ICD 0702–0703)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1983–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1983	770	4,6	15	0,09	1,9
1984	932	5,6	10	0,06	1,1
1985	877	5,3	12	0,07	1,4
1986	761	4,6	7	0,04	0,9
1987	784	4,7	4	0,02	0,5
1988	668	4,0	5	0,03	0,7
1989	565	3,4	6	0,04	1,1

Tab. 5.3.8 Virushepatitis, Hepatitis non A non B (ICD 0704, 0705)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1983–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1983	70	0,42	1	0,01	1,4
1984	115	0,7	1	0,01	0,9
1985	145	0,9	–	–	–
1986	111	0,7	1	0,01	0,9
1987	157	0,9	1	0,01	0,6
1988	270	1,6	–	–	–
1989	210	1,3	1	0,01	0,5

Tab. 5.3.9 Virushepatitis, nicht näher bezeichnet (ICD 0706, 0709)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1983–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1983	622	3,7	1	0,01	0,2
1984	495	3,0	1	0,01	0,2
1985	317	1,9	1	0,01	0,3
1986	354	2,1	–	–	–
1987	228	1,4	1	0,01	0,4
1988	116	0,7	2	0,01	1,7
1989	79	0,48	4	0,02	5,1

Tab. 5.4.1 Trachom (ICD 076)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1910–1945, Reichsgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1910	11 376	17,6	•	•	•
1911	12 228	18,7	•	•	•
1912	13 088	19,8	•	•	•
1913	14 237	21,3	•	•	•
1914	7 370	10,9	•	•	•
1915	2 854	4,2	•	•	•
1916	3 733	5,5	•	•	•
1917	2 475	3,7	•	•	•
1918	2 197	3,3	•	•	•
1919	1 553	2,5	•	•	•
1920	1 285	2,1	•	•	•
1921	1 813	2,9	•	•	•
1922	1 984	3,2	•	•	•
1923	1 275	2,1	•	•	•
1924	1 887	3,0	•	•	•
1925	2 810	4,5	–	–	–
1926	2 168	3,4	–	–	–
1927	1 979	3,1	–	–	–
1928	1 936	3,0	–	–	–
1929	1 482	2,3	–	–	–
1930	1 407	2,2	–	–	–
1931	967	1,5	–	–	–
1932	1 008	1,6	–	–	–
1933	833	1,3	–	–	–
1934	709	1,1	–	–	–
1935	626	0,9	–	–	–
1936	566	0,8	–	–	–
1937	680	1,0	–	–	–
1938	503	0,7	–	–	–
1939	639	0,9	–	–	–
1940	3 032	4,3	–	–	–
1941	2 857	4,1	–	–	–
1942	1 648	2,3	–	–	–
1943	1 417	2,0	–	–	–
1944	1 408	2,0	•	•	•
1945	•	•	•	•	•

Tab. 5.4.2 Trachom (ICD 076)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1946–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1946	•	•	•	•	•
1947	176	0,37	•	•	•
1948	122	0,25	•	•	•
1949	120	0,24	–	–	–
1950	90	0,18	–	–	–
1951	84	0,16	–	–	–
1952	37	0,07	–	–	–
1953	42	0,08	–	–	–
1954	27	0,05	–	–	×
1955	8	0,02	–	–	×
1956	13	0,02	–	–	×
1957	10	0,02	–	–	×
1958	5	0,01	–	–	×
1959	13	0,02	–	–	×
1960	5	0,01	–	–	×
1961	11	0,02	–	–	×
1962	17	0,03	–	–	×
1963	17	0,03	1	0,00	×
1964	8	0,01	–	–	×
1965	15	0,03	–	–	×
1966	16	0,03	–	–	×
1967	11	0,02	–	–	×
1968	12	0,02	–	–	×
1969	7	0,01	–	–	×
1970	14	0,02	–	–	×
1971	12	0,02	–	–	×
1972	11	0,02	–	–	×
1973	9	0,01	–	–	×
1974	7	0,01	–	–	×
1975	1	0,00	–	–	×
1976	8	0,01	–	–	×
1977	7	0,01	–	–	×
1978	4	0,01	–	–	×
1979	6	0,01	–	–	×
1980	15	0,02	3	0,00	×
1981	9	0,01	1	0,00	×
1982	4	0,01	–	–	×
1983	4	0,01	1	0,00	×
1984	3	0,00	–	–	×
1985	5	0,01	–	–	×
1986	5	0,01	–	–	×
1987	2	0,00	1	0,00	×
1988	2	0,00	–	–	×
1989	2	0,00	–	–	×

Tab. 5.4.3 Trachom (ICD 076)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1951–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1951	56	0,31	2	0,01	3,6
1952	37	0,20	2	0,01	5,4
1953	62	0,34	—	—	—
1954	26	0,14	—	—	—
1955	28	0,16	—	—	—
1956	8	0,05	—	—	—
1957	6	0,03	—	—	—
1958	6	0,03	—	—	—
1959	9	0,05	—	—	—
1960	12	0,07	—	—	—
1961	3	0,02	—	—	—
1962	—	—	—	—	—
1963	1	0,01	—	—	—
1964	—	—	—	—	—
1965	—	—	—	—	—
1966	—	—	—	—	—
1967	13	0,08	—	—	—
1968	15	0,09	—	—	—
1969	1	0,01	—	—	—
1970	2	0,01	—	—	—
1971	—	—	—	—	—
1972	—	—	—	—	—
1973	—	—	—	—	—
1974	—	—	—	—	—
1975	1	0,01	—	—	—
1976	1	0,01	—	—	—
1977	3	0,02	—	—	—
1978	1	0,01	—	—	—
1979	1	0,01	—	—	—
1980	8	0,05	—	—	—
1981	—	—	—	—	—
1982	5	0,03	—	—	—
1983	—	—	—	—	—
1984	5	0,03	—	—	—
1985	8	0,05	—	—	—
1986	2	0,01	—	—	—
1987	4	0,02	—	—	—
1988	4	0,02	—	—	—
1989	5	0,03	—	—	—

Tab. 5.5.1 Epidemische Keratokonjunktivitis (ICD 0771)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1954–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1954	1451	8,0	–	–	–
1955	2500	13,9	–	–	–
1956	1645	9,3	–	–	–
1957	1863	10,6	–	–	–
1958	1264	7,3	–	–	–
1959	1520	8,8	1	0,01	0,1
1960	1315	7,6	–	–	–
1961	818	4,8	–	–	–
1962	1399	8,2	1	0,01	0,1
1963	3170	18,5	–	–	–
1964	2569	15,1	–	–	–
1965	2059	12,1	–	–	–
1966	2417	14,2	–	–	–
1967	1474	8,6	–	–	–
1968	1996	11,7	–	–	–
1969	3124	18,3	–	–	–
1970	1940	11,4	–	–	–
1971	1942	11,4	–	–	–
1972	1118	6,6	–	–	–
1973	1292	7,6	–	–	–
1974	1076	6,4	–	–	–
1975	709	4,2	–	–	–
1976	527	3,1	–	–	–
1977	454	2,7	–	–	–
1978	758	4,5	–	–	–
1979	2031	12,1	–	–	–
1980	792	4,7	–	–	–
1981	2164	12,9	–	–	–
1982	698	4,2	–	–	–
1983	487	2,9	–	–	–
1984	1262	7,6	–	–	–
1985	1026	6,2	–	–	–
1986	1279	7,7	–	–	–
1987	932	5,6	–	–	–
1988	415	2,5	–	–	–
1989	704	4,2	–	–	–

Tab. 5.6.1 **Infektiöse Mononukleose (ICD 075)**

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1966–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1966	495	2,9	–	–	–
1967	705	4,1	–	–	–
1968	833	4,9	–	–	–
1969	788	4,6	–	–	–
1970	798	4,7	–	–	–
1971	785	4,6	–	–	–
1972	971	5,7	–	–	–
1973	1024	6,0	1	0,01	0,1
1974	1087	6,4	–	–	–
1975	1134	6,7	–	–	–
1976	1149	6,8	1	0,01	0,1
1977	1370	8,2	–	–	–
1978	1421	8,5	–	–	–
1979	1346	8,0	–	–	–
1980	1449	8,7	1	0,01	0,1
1981	1527	9,1	–	–	–
1982	1637	9,8	–	–	–
1983	1915	11,5	1	0,01	0,1
1984	2198	13,2	–	–	–
1985	2085	12,5	–	–	–
1986	2092	12,6	1	0,01	0,0
1987	2371	14,2	–	–	–
1988	2557	15,3	1	0,01	0,0
1989	2444	14,7	–	–	–

Tab. 5.7.1 Pneumozystose* (ICD 1363)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1956–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1956	12	0,07	3	0,02	×
1957	64	0,37	20	0,11	31,3
1958	27	0,16	6	0,03	×
1959	56	0,32	9	0,05	16,1
1960	73	0,42	22	0,13	30,1
1961	26	0,15	14	0,08	×
1962	136	0,8	45	0,26	33,1
1963	131	0,8	48	0,28	36,6
1964	82	0,48	36	0,21	43,9
1965	55	0,32	23	0,14	41,8
1966	34	0,20	13	0,08	38,2
1967	37	0,22	19	0,11	51,4
1968	11	0,06	8	0,05	×
1969	5	0,03	3	0,02	×
1970	1	0,01	1	0,01	×
1971	3	0,02	3	0,02	×
1972	1	0,01	–	–	×
1973	–	–	–	–	–
1974	1	0,01	–	–	×
1975	–	–	–	–	–
1976	–	–	–	–	–
1977	–	–	–	–	–
1978	3	0,02	3	0,02	×
1979	–	–	–	–	–
1980	2	0,01	1	0,01	×
1981	–	–	–	–	–
1982	1	0,01	1	0,01	×
1983	1	0,01	1	0,01	×
1984	2	0,01	2	0,01	×
1985	–	–	–	–	–
1986	1	0,01	1	0,01	×
1987	2	0,01	1	0,01	×
1988	1	0,01	–	–	×
1989	5	0,03	2	0,01	×

* (interstitielle plasmocytäre Pneumonie)

Tab. 5.9.1 Puerperalsepsis (ICD 670)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle
1924–1943, Reichsgebiet

Jahr	Erkrankungen	Todesfälle
1924	6935	3628
1925	7565	3343
1926	7066	3125
1927	6785	3126
1928	7631	3407
1929	6884	3348
1930	7001	3096
1931	5878	2508
1932	5818	2491
1933	5151	2409
1934	6355	2657
1935	7204	2511
1936	7953	2358
1937	7025	1808
1938	6217	1514
1939	5024	•
1940	4580	•
1941	3810	•
1942	3751	•
1943	3327	•

Tab. 5.9.2 Puerperalsepsis (ICD 670)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle
1947–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen	Todesfälle
1947	1630	•
1948	1726	•
1949	1256	•
1950	1097	•
1951	746	•
1952	416	•
1953	327	•
1954	213	•
1955	198	•
1956	155	•
1957	116	•
1958	83	•
1959	75	•
1960	70	•
1961	48	•
1962	33	8
1963	29	4
1964	31	6
1965	20	2
1966	22	4
1967	12	2
1968	6	–
1969	3	3
1970	5	14
1971	4	14
1972	4	2
1973	4	13
1974	6	16
1975	3	11
1976	7	17
1977	5	17
1978	3	16
1979	8	11
1980	•	12
1981	•	6
1982	•	4
1983	•	4
1984	•	4
1985	•	1
1986	•	3
1987	•	2
1988	•	5
1989	•	3

Tab. 6.1.1 Enteritis infectiosa* (ICD 003, 005, 008)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1910–1945 Reichsgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1910	439	0,7	•	•	•
1911	610	0,9	•	•	•
1912	930	1,4	•	•	•
1913	826	1,2	•	•	•
1914	276	0,41	•	•	•
1915	249	0,37	•	•	•
1916	847	1,3	•	•	•
1917	1031	1,5	•	•	•
1918	701	1,0	•	•	•
1919	765	1,2	•	•	•
1920	1499	2,4	•	•	•
1921	2182	3,5	•	•	•
1922	2824	4,6	•	•	•
1923	3418	5,6	•	•	•
1924	1682	2,7	•	•	•
1925	1607	2,6	41	0,07	2,6
1926	2542	4,0	64	0,10	2,5
1927	3765	6,0	51	0,08	1,4
1928	1361	2,1	34	0,05	2,5
1929	1609	2,5	34	0,05	2,1
1930	1446	2,2	49	0,08	3,4
1931	1715	2,7	51	0,08	3,0
1932	2875	4,4	99	0,15	3,4
1933	2916	4,5	37	0,06	1,3
1934	3405	5,2	81	0,12	2,4
1935	3526	5,3	39	0,06	1,1
1936	3675	5,5	77	0,11	2,1
1937	2354	3,5	95	0,14	4,0
1938	2572	3,8	70	0,10	2,7
1939	2063	3,0	63	0,09	3,1
1940	2784	4,0	94	0,13	3,4
1941	2521	3,6	79	0,11	3,1
1942	1898	2,7	78	0,11	4,1
1943	1544	2,2	52	0,07	3,4
1944	2000	2,8	•	•	•
1945	•	•	•	•	•

* früher: Bakterielle Lebensmittelvergiftung

Tab. 6.1.2 Enteritis infectiosa* (ICD 003, 005, 008)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1946–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1946	1352	3,0	•	•	•
1947	3711	7,8	•	•	•
1948	2071	4,2	•	•	•
1949	3059	6,1	•	•	•
1950	2016	4,0	•	•	•
1951	2473	4,8	•	•	•
1952	1580	3,1	6	0,01	0,4
1953	3484	6,7	9	0,02	0,3
1954	2682	5,1	7	0,01	0,3
1955	3907	7,3	22	0,04	0,6
1956	4566	8,5	22	0,04	0,5
1957	2838	5,3	17	0,03	0,6
1958	2503	4,6	20	0,04	0,8
1959	3481	6,3	20	0,04	0,6
1960	3047	5,5	13	0,02	0,4
1961	2989	5,3	11	0,02	0,4
1962	2496	4,4	25	0,04	1,0
1963	5439	9,4	31	0,05	0,6
1964	4402	7,6	15	0,03	0,3
1965	6341	10,7	18	0,03	0,3
1966	7607	12,7	30	0,05	0,4
1967	8749	14,6	31	0,05	0,4
1968	7117	11,8	20	0,03	0,3
1969	6465	10,6	17	0,03	0,3
1970	12847	21,1	39	0,06	0,3
1971	11295	18,4	40	0,07	0,4
1972	14458	23,4	54	0,09	0,4
1973	16641	26,8	72	0,12	0,4
1974	22958	37,0	68	0,11	0,3
1975	31262	50,7	77	0,12	0,2
1976	33155	54,0	73	0,12	0,2
1977	29652	48,3	79	0,13	0,3
1978	33609	54,8	67	0,11	0,2
1979	41320	67,3	66	0,11	0,2
1980	49400	80,1	120	0,19	0,2
1981	45545	73,8	113	0,18	0,2
1982	46370	75,3	89	0,14	0,2
1983	45056	73,5	84	0,14	0,2
1984	47041	77,1	72	0,12	0,2
1985	46256	75,8	90	0,15	0,2
1986	52779	86,3	48	0,08	0,1
1987	62274	101,9	68	0,11	0,1
1988	72279	118,2	58	0,09	0,1
1989	90750	146,4	102	0,16	0,1

* Bis 1961: Bakterielle Lebensmittelvergiftung

Tab. 6.1.3 Enteritis infectiosa (Erregerbedingte Formen)

Gemeldete Erkrankungen 1962–1989, Bundesgebiet

Jahr	a) Salmonellose (ICD 003)		b) übrige Formen*	
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Morbidität
1962	2254	4,0	242	0,42
1963	5118	8,9	321	0,6
1964	4020	6,9	382	0,7
1965	5913	10,0	428	0,7
1966	7189	12,0	418	0,7
1967	8240	13,8	509	0,9
1968	6926	11,5	191	0,32
1969	6213	10,2	252	0,41
1970	12410	20,3	437	0,7
1971	10917	17,8	478	0,8
1972	13842	22,4	616	1,0
1973	15986	25,7	655	1,1
1974	22243	35,9	715	1,2
1975	30728	49,8	534	0,9
1976	32262	52,5	893	1,5
1977	28772	46,9	880	1,4
1978	33215	54,2	334	0,5
1979	40763	66,3	557	0,9
1980	48537	78,7	863	1,4
1981	42236	68,4	3309	5,4
1982	40977	66,6	5393	8,8
1983	34989	57,1	10067	16,4
1984	31701	51,9	15313	25,1
1985	30566	50,1	15690	25,7
1986	33271	54,4	19508	31,9
1987	39342	64,4	22932	37,5
1988	49564	81,1	22715	37,1
1989	63600	102,6	27150	43,8

* einschließlich mikrobiell bedingter Lebensmittelvergiftung (ICD 005, 008)

Tab. 6.1.4 Diarrhoe (Durchfall)* (ICD 0093)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1965–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1965	70236	412,7	–	–	–
1966	70845	415,3	–	–	–
1967	90123	527,6	–	–	–
1968	83314	487,7	–	–	–
1969	92872	543,9	–	–	–
1970	121773	713,9	–	–	–
1971	154028	902,8	–	–	–
1972	168916	991,1	–	–	–
1973	174418	1027,2	–	–	–
1974	200770	1186,2	–	–	–
1975	313801	1862,3	–	–	–
1976	263915	1572,2	–	–	–
1977	284429	1696,6	–	–	–
1978	315978	1885,8	1	0,01	0,0
1979	416695	2488,5	1	0,01	0,0
1980	449889	2688,0	–	–	–
1981	567089	3388,4	–	–	–
1982	790996	4737,4	–	–	–
1983	834597	4997,9	–	–	–
1984	734882	4408,1	–	–	–
1985	755532	4539,4	–	–	–
1986	836748	5033,4	–	–	–
1987	857969	5155,8	–	–	–
1988	934887	5609,5	–	–	–
1989	962906	5795,8	–	–	–

* vermutlich infektiösen Ursprungs

Tab. 6.1.5 Lebensmittelvergiftungen* (ICD 005, 988, 989 u.a.)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1970–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1970	11 205	65,7	9	0,05	0,1
1971	11 900	69,7	4	0,02	0,0
1972	14 181	83,2	8	0,05	0,1
1973	16 341	96,2	–	–	–
1974	18 647	110,2	2	0,01	0,0
1975	15 903	94,4	6	0,04	0,0
1976	17 787	106,0	–	–	–
1977	17 029	101,6	7	0,04	0,0
1978	13 574	81,0	–	–	–
1979	12 750	76,1	–	–	–
1980	11 197	66,9	–	–	–
1981	12 636	75,5	–	–	–
1982	10 869	65,1	–	–	–
1983	12 408	74,3	–	–	–
1984	12 474	74,8	1	0,01	0,0
1985	15 970	96,0	1	0,01	0,0
1986	12 259	73,7	–	–	–
1987	15 610	93,8	–	–	–
1988	11 554	69,3	–	–	–
1989	13 872	83,5	–	–	–

* nach Gemeinschaftsverpflegung

Tab. 6.1.6 Salmonelleninfektionen* (ICD 003)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1949–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1949	2462	13,0	18	0,10	0,7
1950	4555	24,8	26	0,14	0,6
1951	5858	31,9	46	0,25	0,8
1952	5989	32,7	46	0,25	0,8
1953	2119	11,7	21	0,12	1,0
1954	1662	9,2	14	0,08	0,8
1955	2130	11,9	25	0,14	1,2
1956	1297	7,3	18	0,10	1,4
1957	735	4,2	5	0,03	0,7
1958	2203	12,7	28	0,16	1,3
1959	6070	35,1	38	0,22	0,6
1960	5171	30,0	31	0,18	0,6
1961	7518	43,9	61	0,36	0,8
1962	7908	46,2	31	0,18	0,4
1963	10545	61,5	34	0,20	0,3
1964	8924	52,5	24	0,14	0,3
1965	9044	53,1	21	0,12	0,2
1966	7083	41,5	15	0,09	0,2
1967	6541	38,3	8	0,05	0,1
1968	5735	33,6	12	0,07	0,2
1969	5512	32,3	10	0,06	0,2
1970	5494	32,2	10	0,06	0,2
1971	4567	26,8	6	0,04	0,1
1972	9511	55,8	4	0,02	0,0
1973	4030	23,7	5	0,03	0,1
1974	3909	23,1	3	0,02	0,1
1975	4414	26,2	5	0,03	0,1
1976	3788	22,6	3	0,02	0,1
1977	5709	34,1	3	0,02	0,1
1978	8814	52,6	5	0,03	0,1
1979	7463	44,6	8	0,05	0,1
1980	6584	39,3	4	0,02	0,1
1981	8397	50,2	7	0,04	0,1
1982	9546	57,2	2	0,01	0,0
1983	8509	51,0	3	0,02	0,0
1984	10717	64,3	6	0,04	0,1
1985	9218	55,4	4	0,02	0,0
1986	15064	90,6	3	0,02	0,0
1987	13935	83,7	7	0,04	0,1
1988	14472	86,8	3	0,02	0,0
1989	18493	111,3	4	0,02	0,0

* ohne Typhus und Paratyphus

Tab. 6.1.7 E-coli Enteritis (ICD 0080)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1963–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1963	2261	13,2	28	0,16	1,2
1964	6794	40,0	82	0,48	1,2
1965	6414	37,7	57	0,33	0,9
1966	6489	38,0	42	0,25	0,6
1967	4988	29,2	19	0,11	0,4
1968	5037	29,5	9	0,05	0,2
1969	3746	21,9	11	0,06	0,3
1970	3774	22,1	6	0,04	0,2
1971	4124	24,2	8	0,05	0,2
1972	4033	23,7	4	0,02	0,1
1973	2682	15,8	2	0,01	0,1
1974	2783	16,4	6	0,04	0,2
1975	3305	19,6	2	0,01	0,1
1976	3031	18,1	2	0,01	0,1
1977	2806	16,7	2	0,01	0,1
1978	2364	14,1	2	0,01	0,1
1979	3442	20,6	18	0,11	0,5
1980	3937	23,5	9	0,05	0,2
1981	4212	25,2	3	0,02	0,1
1982	4304	25,8	3	0,02	0,1
1983	4541	27,2	2	0,01	0,0
1984	4233	25,4	1	0,01	0,0
1985	4778	28,7	2	0,01	0,0
1986	3891	23,4	–	–	–
1987	3205	19,3	2	0,01	0,1
1988	2572	15,4	–	–	–
1989	2280	13,7	3	0,02	0,1

Tab. 6.2.1 Botulismus (ICD 0051)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1962–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1962	86	0,15	5	0,01	5,8
1963	56	0,10	3	0,01	5,4
1964	82	0,14	3	0,01	3,7
1965	77	0,13	1	0,00	1,3
1966	63	0,11	7	0,01	11,1
1967	73	0,12	2	0,00	2,7
1968	53	0,09	2	0,00	3,8
1969	59	0,10	2	0,00	3,4
1970	44	0,07	5	0,01	11,4
1971	63	0,10	1	0,00	1,6
1972	47	0,08	2	0,00	4,3
1973	25	0,04	2	0,00	×
1974	40	0,06	1	0,00	2,5
1975	35	0,06	4	0,01	11,4
1976	39	0,06	8	0,01	20,5
1977	61	0,10	1	0,00	1,6
1978	35	0,06	4	0,01	11,4
1979	27	0,04	1	0,00	×
1980	33	0,05	2	0,00	6,1
1981	60	0,10	5	0,01	8,3
1982	34	0,06	1	0,00	2,9
1983	30	0,05	1	0,00	3,3
1984	32	0,05	–	–	–
1985	26	0,04	1	0,00	×
1986	30	0,05	–	–	–
1987	18	0,03	–	–	×
1988	28	0,05	2	0,00	×
1989	8	0,01	1	0,00	×

Tab. 6.2.2 Botulismus (ICD 0051)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1949–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1953	52	0,29	3	0,02	5,8
1954	49	0,27	4	0,02	8,2
1955	36	0,20	5	0,03	13,9
1956	29	0,16	2	0,01	×
1957	33	0,19	1	0,01	3,0
1958	13	0,07	1	0,01	×
1959	17	0,10	1	0,01	×
1960	19	0,11	3	0,02	×
1961	25	0,15	3	0,02	×
1962	34	0,20	1	0,01	2,9
1963	21	0,12	1	0,01	×
1964	14	0,08	3	0,02	×
1965	30	0,18	2	0,01	6,7
1966	11	0,06	3	0,02	×
1967	14	0,08	2	0,01	×
1968	7	0,04	–	–	×
1969	11	0,06	–	–	×
1970	8	0,05	–	–	×
1971	5	0,03	–	–	×
1972	2	0,01	1	0,01	×
1973	2	0,01	–	–	×
1974	6	0,04	3	0,02	×
1975	9	0,05	1	0,01	×
1976	4	0,02	–	–	×
1977	2	0,01	–	–	×
1978	2	0,01	–	–	×
1979	10	0,06	3	0,02	×
1980	18	0,11	2	0,01	×
1981	1	0,01	–	–	×
1982	9	0,05	–	–	×
1983	4	0,02	1	0,01	×
1984	13	0,08	2	0,01	×
1985	12	0,07	1	0,01	×
1986	4	0,02	–	–	×
1987	5	0,03	–	–	×
1988	11	0,07	1	0,01	×
1989	7	0,04	–	–	×

Tab. 6.3.1 Brucellose* (ICD 023)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1947–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1947	118	0,25	•	•	•
1948	157	0,32	•	•	•
1949	206	0,41	7	0,01	3,4
1950	203	0,40	5	0,01	2,5
1951	299	0,6	4	0,01	1,3
1952	260	0,5	11	0,02	4,2
1953	364	0,7	9	0,02	2,5
1954	440	0,8	6	0,01	1,4
1955	429	0,8	5	0,01	1,2
1956	458	0,9	6	0,01	1,3
1957	435	0,8	5	0,01	1,1
1958	340	0,6	4	0,01	1,2
1959	291	0,5	4	0,01	1,4
1960	252	0,45	4	0,01	1,6
1961	189	0,34	2	0,00	1,1
1962	167	0,29	3	0,01	1,8
1963	143	0,25	2	0,00	1,4
1964	89	0,15	2	0,00	2,2
1965	100	0,17	5	0,01	5,0
1966	102	0,17	2	0,00	2,0
1967	66	0,11	3	0,01	4,5
1968	59	0,10	1	0,00	1,7
1969	57	0,09	–	–	–
1970	65	0,11	1	0,00	1,5
1971	93	0,15	–	–	–
1972	107	0,17	3	0,00	2,8
1973	108	0,17	3	0,00	2,8
1974	121	0,20	4	0,01	3,3
1975	109	0,18	1	0,00	0,9
1976	85	0,14	1	0,00	1,2
1977	100	0,16	–	–	–
1978	89	0,15	–	–	–
1979	97	0,16	1	0,00	1,0
1980	81	0,13	1	0,00	1,2
1981	59	0,10	–	–	–
1982	82	0,13	–	–	–
1983	141	0,23	–	–	–
1984	59	0,10	–	–	–
1985	35	0,06	2	0,00	5,7
1986	39	0,06	–	–	–
1987	34	0,06	–	–	–
1988	34	0,06	1	0,00	2,9
1989	23	0,04	–	–	–

* bis 1961: nur Bang'sche Krankheit

Tab. 6.3.2 Brucellose (ICD 023)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1949–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1949	•	•	•	•	•
1950	•	•	•	•	•
1951	50	0,27	1	0,01	2,0
1952	19	0,10	1	0,01	5,3
1953	26	0,14	–	–	–
1954	46	0,25	–	–	–
1955	59	0,33	3	0,02	5,1
1956	82	0,46	–	–	–
1957	68	0,39	–	–	–
1958	79	0,46	1	0,01	1,3
1959	100	0,6	2	0,01	2,0
1960	138	0,8	–	–	–
1961	313	1,8	–	–	–
1962	332	1,9	–	–	–
1963	294	1,7	4	0,02	1,4
1964	341	2,0	2	0,01	0,6
1965	278	1,6	–	–	–
1966	220	1,3	–	–	–
1967	197	1,2	–	–	–
1968	238	1,4	–	–	–
1969	254	1,5	–	–	–
1970	219	1,3	–	–	–
1971	180	1,1	–	–	–
1972	217	1,3	–	–	–
1973	221	1,3	–	–	–
1974	179	1,1	–	–	–
1975	87	0,5	–	–	–
1976	45	0,27	–	–	–
1977	45	0,27	–	–	–
1978	45	0,27	–	–	–
1979	64	0,38	–	–	–
1980	15	0,09	–	–	–
1981	2	0,01	–	–	–
1982	3	0,02	–	–	–
1983	–	–	–	–	–
1984	–	–	–	–	–
1985	1	0,01	–	–	–
1986	–	–	–	–	–
1987	–	–	–	–	–
1988	1	0,01	–	–	–
1989	3	0,02	–	–	–

Tab. 6.4.1 Listeriose (ICD 0270)*

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1955–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbiditytät	Anzahl	Mortalitytät	
1955	23	0,13	8	0,04	×
1956	50	0,28	26	0,15	52,0
1957	45	0,26	18	0,10	40,0
1958	45	0,26	19	0,11	42,2
1959	30	0,17	10	0,06	33,3
1960	44	0,26	15	0,09	34,1
1961	32	0,19	11	0,06	34,4
1962	69	0,40	34	0,20	49,3
1963	102	0,6	46	0,27	45,1
1964	157	0,9	40	0,24	25,5
1965	128	0,8	47	0,28	36,7
1966	337	2,0	126	0,7	37,4
1967	118	0,7	20	0,12	16,9
1968	189	1,1	57	0,33	30,2
1969	89	0,5	19	0,11	21,3
1970	53	0,31	5	0,03	9,4
1971	56	0,33	16	0,09	28,6
1972	47	0,28	7	0,04	14,9
1973	36	0,21	3	0,02	8,3
1974	34	0,20	4	0,02	11,8
1975	15	0,09	4	0,02	×
1976	15	0,09	1	0,01	×
1977	20	0,12	6	0,04	×
1978	34	0,20	7	0,04	20,6
1979	17	0,10	1	0,01	×
1980	19	0,11	3	0,02	×
1981	20	0,12	4	0,02	×
1982	24	0,14	3	0,02	×
1983	80	0,48	6	0,04	7,5
1984	61	0,37	4	0,02	6,6
1985	103	0,6	16	0,10	15,5
1986	79	0,48	8	0,05	10,1
1987	74	0,44	11	0,07	14,9
1988	45	0,27	3	0,02	6,7
1989	73	0,44	3	0,02	4,1

* einschließlich angeborener Listeriose, ab 1983 auch gesondert ausgewiesen (Tab. 10.2.2)

Tab. 6.5.1 Typhus, Paratyphus (ICD 002)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1892–1924, Reichsgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1892	•	•	8230	16,4	•
1893	•	•	7392	14,6	•
1894	•	•	6373	12,4	•
1895	•	•	6246	12,0	•
1896	•	•	5743	10,9	•
1897	•	•	5991	11,2	•
1898	•	•	5273	9,7	•
1899	•	•	5948	10,8	•
1900	•	•	6081	10,9	•
1901	•	•	5914	10,4	•
1902	•	•	3937	6,8	•
1903	•	•	4259	7,3	•
1904	•	•	4115	6,9	•
1905	•	•	3750	6,2	•
1906	•	•	3435	5,6	•
1907	•	•	2983	4,8	•
1908	•	•	2929	4,7	•
1909	•	•	2620	4,1	•
1910	15425	23,9	2544	3,9	16,5
1911	20694	31,7	3166	4,8	15,3
1912	14573	22,0	2119	3,2	14,5
1913	12431	18,6	1908	2,8	15,3
1914	17298	25,5	5571	8,2	32,2
1915	21339	31,4	6868	10,1	32,2
1916	14580	21,5	2779	4,1	19,1
1917	30245	44,9	5064	7,5	16,7
1918	24535	36,7	4988	7,5	20,3
1919	27346	43,5	3946	6,3	14,4
1920	22208	35,9	2740	4,4	12,3
1921	20974	33,6	2549	4,1	12,2
1922	13318	21,8	1690	2,8	12,7
1923	15932	25,9	1931	3,1	12,1
1924	17721	28,6	1891	3,1	10,7

Tab. 6.5.2 Typhus abdominalis (ICD 0020)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1925–1945, Reichsgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1925	12475	20,0	1697	2,7	13,6
1926	11630	18,5	1514	2,4	13,0
1927	7505	11,9	1054	1,7	14,0
1928	6935	10,9	1100	1,7	15,9
1929	6439	10,1	1004	1,6	15,6
1930	4856	7,6	797	1,2	16,4
1931	4261	6,6	641	1,0	15,0
1932	4609	7,1	640	1,0	13,9
1933	3466	5,3	472	0,7	13,6
1934	3701	5,6	506	0,8	13,7
1935	3193	4,8	451	0,7	14,1
1936	2953	4,4	390	0,6	13,2
1937	3081	4,5	364	0,5	11,8
1938	2957	4,3	387	0,6	13,1
1939	2733	3,9	353	0,5	12,9
1940	4492	6,4	504	0,7	11,2
1941	3773	5,4	392	0,6	10,4
1942	7799	11,0	770	1,1	9,9
1943	10246	14,6	1041	1,5	10,2
1944	6698	9,5	•	•	•
1945	•	•	•	•	•

Tab. 6.5.3 Typhus abdominalis (ICD 0020)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1946–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1946	22406	49,4	2776	6,1	12,4
1947	19827	41,7	1975	4,2	10,0
1948	12581	25,7	1176	2,4	9,3
1949	8606	17,3	685	1,4	8,0
1950	5735	11,3	455	0,9	7,9
1951	4268	8,3	226	0,44	5,3
1952	3535	6,9	156	0,30	4,4
1953	3760	7,2	153	0,29	4,1
1954	2788	5,3	114	0,22	4,1
1955	3223	6,1	95	0,18	2,9
1956	2210	4,1	84	0,16	3,8
1957	2141	4,0	64	0,12	3,0
1958	1762	3,2	58	0,11	3,3
1959	1864	3,4	40	0,07	2,1
1960	1548	2,8	46	0,08	3,0
1961	1355	2,4	30	0,05	2,2
1962	1157	2,0	28	0,05	2,4
1963	1112	1,9	21	0,04	1,9
1964	997	1,7	13	0,02	1,3
1965	744	1,3	11	0,02	1,5
1966	1015	1,7	21	0,04	2,1
1967	636	1,1	8	0,01	1,3
1968	601	1,0	8	0,01	1,3
1969	530	0,9	7	0,01	1,3
1970	477	0,8	6	0,01	1,3
1971	381	0,6	12	0,02	3,1
1972	385	0,6	11	0,02	2,9
1973	420	0,7	2	0,00	0,5
1974	753	1,2	11	0,02	1,5
1975	252	0,41	6	0,01	2,4
1976	276	0,45	4	0,01	1,4
1977	258	0,42	3	0,00	1,2
1978	242	0,39	4	0,01	1,7
1979	284	0,46	6	0,01	2,1
1980	352	0,6	6	0,01	1,7
1981	287	0,47	9	0,01	3,1
1982	231	0,38	3	0,00	1,3
1983	212	0,35	4	0,01	1,9
1984	205	0,34	–	–	–
1985	227	0,37	3	0,00	1,3
1986	230	0,38	4	0,01	1,7
1987	228	0,37	4	0,01	1,8
1988	199	0,33	1	0,00	0,5
1989	204	0,33	2	0,00	1,0

Tab. 6.5.4 Typhus abdominalis (ICD 0020)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1949–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1949	5394	28,6	512	2,7	9,5
1950	3587	19,5	337	1,8	9,4
1951	3012	16,4	273	1,5	9,1
1952	2445	13,3	190	1,0	7,8
1953	3181	17,5	126	0,7	4,0
1954	2829	15,7	78	0,43	2,8
1955	2012	11,2	67	0,37	3,3
1956	1707	9,6	42	0,24	2,5
1957	1581	9,0	46	0,26	2,9
1958	1200	6,9	40	0,23	3,3
1959	1136	6,6	34	0,20	3,0
1960	819	4,8	26	0,15	3,2
1961	651	3,8	10	0,06	1,5
1962	550	3,2	14	0,08	2,5
1963	603	3,5	12	0,07	2,0
1964	565	3,3	14	0,08	2,5
1965	392	2,3	4	0,02	1,0
1966	359	2,1	6	0,04	1,7
1967	364	2,1	3	0,02	0,8
1968	299	1,8	8	0,05	2,7
1969	264	1,5	7	0,04	2,7
1970	220	1,3	5	0,03	2,3
1971	255	1,5	2	0,01	0,8
1972	170	1,0	–	–	–
1973	146	0,9	6	0,04	4,1
1974	132	0,8	1	0,01	0,8
1975	89	0,5	1	0,01	1,1
1976	94	0,6	1	0,01	1,1
1977	82	0,49	2	0,01	2,4
1978	49	0,29	1	0,01	2,0
1979	65	0,39	2	0,01	3,1
1980	110	0,7	–	–	–
1981	55	0,33	1	0,01	1,8
1982	38	0,23	–	–	–
1983	34	0,20	–	–	–
1984	16	0,10	–	–	×
1985	15	0,09	–	–	×
1986	14	0,08	–	–	×
1987	20	0,12	1	0,01	×
1988	16	0,10	1	0,01	×
1989	24	0,14	1	0,01	×

Tab. 6.5.5 Paratyphus A, B und C (ICD 0021–0029)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1925–1945, Reichsgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1925	4918	7,9	185	0,30	3,8
1926	5331	8,5	177	0,28	3,3
1927	3931	6,2	150	0,24	3,8
1928	4946	7,8	182	0,29	3,7
1929	5845	9,1	182	0,28	3,1
1930	4979	7,7	146	0,23	2,9
1931	2990	4,6	119	0,18	4,0
1932	4147	6,4	138	0,21	3,3
1933	2722	4,2	118	0,18	4,3
1934	3404	5,2	139	0,21	4,1
1935	2725	4,1	121	0,18	4,4
1936	3136	4,7	135	0,20	4,3
1937	3558	5,2	145	0,21	4,1
1938	3296	4,8	122	0,18	3,7
1939	3072	4,4	112	0,16	3,6
1940	3237	4,6	129	0,18	4,0
1941	3774	5,4	146	0,21	3,9
1942	5124	7,2	164	0,23	3,2
1943	3722	5,3	144	0,20	3,9
1944	2272	3,2	•	•	•
1945	•	•	•	•	•

Tab. 6.5.6 Paratyphus A, B und C (ICD 0021–0029)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1946–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1946	6 102	13,5	•	•	•
1947	12 361	26,0	•	•	•
1948	6 196	12,7	•	•	•
1949	5 943	11,9	82	0,16	1,4
1950	5 704	11,3	93	0,18	1,6
1951	5 557	10,9	69	0,13	1,2
1952	4 050	7,8	50	0,10	1,2
1953	4 068	7,8	61	0,12	1,5
1954	3 221	6,1	45	0,09	1,4
1955	3 940	7,4	62	0,12	1,6
1956	3 169	5,9	53	0,10	1,7
1957	2 926	5,4	39	0,07	1,3
1958	2 167	4,0	31	0,06	1,4
1959	2 792	5,1	36	0,07	1,3
1960	2 406	4,3	41	0,07	1,7
1961	2 263	4,0	20	0,04	0,9
1962	994	1,7	19	0,03	1,9
1963	1 147	2,0	10	0,02	0,9
1964	1 095	1,9	18	0,03	1,6
1965	640	1,1	10	0,02	1,6
1966	739	1,2	12	0,02	1,6
1967	938	1,6	14	0,02	1,5
1968	527	0,9	6	0,01	1,1
1969	501	0,8	6	0,01	1,2
1970	540	0,9	8	0,01	1,5
1971	422	0,7	9	0,01	2,1
1972	394	0,6	2	0,00	0,5
1973	374	0,6	7	0,01	1,9
1974	292	0,47	3	0,00	1,0
1975	248	0,40	2	0,00	0,8
1976	235	0,38	5	0,01	2,1
1977	304	0,50	7	0,01	2,3
1978	194	0,32	2	0,00	1,0
1979	172	0,28	3	0,00	1,7
1980	212	0,34	3	0,00	1,4
1981	191	0,31	2	0,00	1,0
1982	196	0,32	2	0,00	1,0
1983	165	0,27	2	0,00	1,2
1984	134	0,22	2	0,00	1,5
1985	167	0,27	2	0,00	1,2
1986	153	0,25	2	0,00	1,3
1987	149	0,24	3	0,00	2,0
1988	126	0,21	1	0,00	0,8
1989	118	0,19	–	–	–

Tab. 6.5.7 Paratyphus A, B und C (ICD 0021-0029)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1949-1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1949	943	5,0	25	0,13	2,7
1950	1479	8,0	33	0,18	2,2
1951	1512	8,2	31	0,17	2,1
1952	895	4,9	14	0,08	1,6
1953	862	4,7	20	0,11	2,3
1954	995	5,5	21	0,12	2,1
1955	977	5,4	21	0,12	2,1
1956	868	4,9	12	0,07	1,4
1957	564	3,2	7	0,04	1,2
1958	341	2,0	10	0,06	2,9
1959	649	3,8	5	0,03	0,8
1960	244	1,4	5	0,03	2,0
1961	499	2,9	3	0,02	0,6
1962	205	1,2	1	0,01	0,5
1963	315	1,8	1	0,01	0,3
1964	213	1,3	1	0,01	0,5
1965	120	0,7	2	0,01	1,7
1966	133	0,8	1	0,01	0,8
1967	118	0,7	3	0,02	2,5
1968	111	0,6	1	0,01	0,9
1969	94	0,6	-	-	-
1970	98	0,6	-	-	-
1971	95	0,6	-	-	-
1972	68	0,40	-	-	-
1973	112	0,7	2	0,01	1,8
1974	51	0,30	-	-	-
1975	32	0,19	-	-	-
1976	113	0,7	-	-	-
1977	68	0,41	-	-	-
1978	31	0,19	-	-	-
1979	20	0,12	-	-	-
1980	15	0,09	-	-	-
1981	10	0,06	-	-	-
1982	10	0,06	-	-	-
1983	7	0,04	-	-	-
1984	34	0,20	-	-	-
1985	11	0,07	-	-	-
1986	1	0,01	-	-	-
1987	5	0,03	-	-	-
1988	16	0,10	-	-	-
1989	6	0,04	-	-	-

Tab. 6.6.1 Shigellenruhr* (ICD 004)

Gemeldete Todesfälle 1892–1909, Reichsgebiet

Jahr	Todesfälle	
	Anzahl	Mortalität
1892	273	0,5
1893	521	1,0
1894	1 118	2,2
1895	1996	3,8
1896	792	1,5
1897	973	1,8
1898	872	1,6
1899	1 239	2,2
1900	751	1,3
1901	925	1,6
1902	270	0,47
1903	374	0,6
1904	335	0,6
1905	323	0,5
1906	244	0,40
1907	157	0,25
1908	161	0,26
1909	138	0,22

* früher: übertragbare Ruhr

Tab. 6.6.2 Shigellenruhr* (ICD 004)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1910–1945, Reichsgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1910	591	0,9	121	0,19	20,5
1911	977	1,5	251	0,38	25,7
1912	586	0,9	120	0,18	20,5
1913	635	0,9	140	0,21	22,0
1914	6235	9,2	565	0,8	9,1
1915	8210	12,1	2702	4,0	32,9
1916	9894	14,6	2504	3,7	25,3
1917	69157	102,7	17852	26,5	25,8
1918	31205	46,7	7769	11,6	24,9
1919	25886	41,2	5364	8,5	20,7
1920	26047	42,2	5044	8,2	19,4
1921	32384	51,8	5624	9,0	17,4
1922	5138	8,4	915	1,5	17,8
1923	8685	14,1	1256	2,0	14,5
1924	5856	9,5	684	1,1	11,7
1925	4706	7,5	423	0,7	9,0
1926	4366	6,9	328	0,5	7,5
1927	3161	5,0	210	0,33	6,6
1928	3395	5,3	244	0,38	7,2
1929	3472	5,4	291	0,45	8,4
1930	2425	3,8	151	0,23	6,2
1931	2674	4,1	140	0,22	5,2
1932	5058	7,8	151	0,23	3,0
1933	2685	4,1	130	0,20	4,8
1934	3513	5,4	193	0,29	5,5
1935	3430	5,1	154	0,23	4,5
1936	5055	7,5	148	0,22	2,9
1937	7706	11,4	151	0,22	2,0
1938	5422	7,9	185	0,27	3,4
1939	6306	9,1	227	0,33	3,6
1940	13324	19,1	567	0,8	4,3
1941	8694	12,4	437	0,6	5,0
1942	12652	17,9	1494	2,1	11,8
1943	5922	8,4	642	0,9	10,8
1944	5604	8,0	•	•	•
1945	•	•	•	•	•

* früher: übertragbare Ruhr

Tab. 6.6.3 Shigellenruhr* (ICD 004)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1946–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1946	3244	7,2	•	•	•
1947	4141	8,7	•	•	•
1948	2076	4,2	•	•	•
1949	1280	2,6	64	0,13	5,0
1950	1299	2,6	31	0,06	2,4
1951	1514	3,0	25	0,05	1,7
1952	1697	3,3	36	0,07	2,1
1953	2571	4,9	30	0,06	1,2
1954	2444	4,6	17	0,03	0,7
1955	5994	11,3	15	0,03	0,3
1956	3210	6,0	16	0,03	0,5
1957	3530	6,6	16	0,03	0,5
1958	2580	4,7	17	0,03	0,7
1959	5461	9,9	8	0,01	0,1
1960	3251	5,8	11	0,02	0,3
1961	2805	5,0	12	0,02	0,4
1962	1681	3,0	16	0,03	1,0
1963	1930	3,4	6	0,01	0,3
1964	4291	7,4	4	0,01	0,1
1965	1408	2,4	11	0,02	0,8
1966	1142	1,9	3	0,01	0,3
1967	1070	1,8	3	0,01	0,3
1968	966	1,6	3	0,00	0,3
1969	642	1,1	2	0,00	0,3
1970	542	0,9	1	0,00	0,2
1971	598	1,0	–	–	–
1972	593	1,0	2	0,00	0,3
1973	616	1,0	1	0,00	0,2
1974	494	0,8	1	0,00	0,2
1975	697	1,1	–	–	–
1976	759	1,2	2	0,00	0,3
1977	1166	1,9	–	–	–
1978	2737	4,5	–	–	–
1979	1368	2,2	1	0,00	0,1
1980	1272	2,1	1	0,00	0,1
1981	1693	2,7	–	–	–
1982	1466	2,4	–	–	–
1983	1611	2,6	2	0,00	0,1
1984	1637	2,7	3	0,00	0,2
1985	1599	2,6	1	0,00	0,1
1986	1635	2,7	2	0,00	0,1
1987	1871	3,1	–	–	–
1988	1739	2,8	1	0,00	0,1
1989	2034	3,3	–	–	–

* bis 1961: übertragbare Ruhr
1962–1979: Ruhr a) bakterielle Ruhr
seit 1980: Shigellenruhr

Tab. 6.6.4 Shigellose (ICD 004)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1949–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1949	1090	5,8	9	0,05	0,8
1950	1733	9,4	6	0,03	0,3
1951	2242	12,2	12	0,07	0,5
1952	642	3,5	12	0,07	1,9
1953	903	5,0	14	0,08	1,6
1954	1268	7,0	12	0,07	0,9
1955	4303	24,0	20	0,11	0,5
1956	2915	16,5	16	0,09	0,5
1957	7688	43,9	4	0,02	0,1
1958	2366	13,6	9	0,05	0,4
1959	16686	96,5	59	0,34	0,4
1960	7642	44,3	12	0,07	0,2
1961	10845	63,3	10	0,06	0,1
1962	18008	105,3	6	0,04	0,0
1963	9270	54,0	8	0,05	0,1
1964	28712	169,1	6	0,04	0,0
1965	9555	56,1	4	0,02	0,0
1966	12251	71,8	2	0,01	0,0
1967	9825	57,5	3	0,02	0,0
1968	7090	41,5	3	0,02	0,0
1969	8509	49,8	1	0,01	0,0
1970	5149	30,2	1	0,01	0,0
1971	8957	52,5	–	–	–
1972	12177	71,4	2	0,01	0,0
1973	20822	122,6	7	0,04	0,0
1974	3327	19,7	4	0,02	0,1
1975	14933	88,6	–	–	–
1976	5003	29,8	–	–	–
1977	2454	14,6	4	0,02	0,2
1978	2801	16,7	–	–	–
1979	3292	19,7	1	0,01	0,0
1980	1500	9,0	–	–	–
1981	3095	18,5	1	0,01	0,0
1982	5076	30,4	14	0,08	0,3
1983	6532	39,1	3	0,02	0,0
1984	1768	10,6	2	0,01	0,1
1985	2486	14,9	3	0,02	0,1
1986	4007	24,1	–	–	–
1987	2281	13,7	4	0,02	0,2
1988	3268	19,6	2	0,01	0,1
1989	3345	20,1	–	–	–

Tab. 6.6.5 Amöbenruhr* (ICD 006)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1962–1979, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1962	28	0,05	1	0,00	×
1963	38	0,07	4	0,01	10,5
1964	42	0,07	2	0,00	4,8
1965	27	0,05	1	0,00	×
1966	32	0,05	1	0,00	3,1
1967	60	0,10	–	–	–
1968	17	0,03	1	0,00	×
1969	49	0,08	2	0,00	4,1
1970	20	0,03	1	0,00	×
1971	28	0,05	3	0,00	×
1972	48	0,08	5	0,01	10,4
1973	17	0,03	1	0,00	×
1974	32	0,05	2	0,00	6,3
1975	35	0,06	3	0,00	8,6
1976	56	0,09	4	0,01	7,1
1977	95	0,15	3	0,00	3,2
1978	110	0,18	4	0,01	3,6
1979	116	0,19	2	0,00	1,7

* meldepflichtig als: Ruhr, b) Amöbenruhr

Tab. 6.6.6 Amöbenruhr (ICD 006)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1966–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1966	4	0,02	–	–	–
1967	5	0,03	–	–	–
1968	4	0,02	–	–	–
1969	8	0,05	–	–	–
1970	4	0,02	–	–	–
1971	–	–	–	–	–
1972	–	–	–	–	–
1973	2	0,01	–	–	–
1974	1	0,01	–	–	–
1975	4	0,02	–	–	–
1976	8	0,05	–	–	–
1977	8	0,05	–	–	–
1978	9	0,05	–	–	–
1979	8	0,05	–	–	–
1980	6	0,04	–	–	–
1981	6	0,04	–	–	–
1982	16	0,10	–	–	–
1983	15	0,09	–	–	–
1984	33	0,20	–	–	–
1985	24	0,14	–	–	–
1986	27	0,16	–	–	–
1987	25	0,15	–	–	–
1988	41	0,25	1	0,01	2,4
1989	52	0,31	–	–	–

Tab. 6.7.1 Toxoplasmose (ICD 130)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1962–1979, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1962	537	0,9	10	0,02	1,9
1963	515	0,9	6	0,01	1,2
1964	783	1,3	8	0,01	1,0
1965	788	1,3	10	0,02	1,3
1966	726	1,2	12	0,02	1,7
1967	746	1,2	2	0,00	0,3
1968	1030	1,7	31	0,05	3,0
1969	739	1,2	18	0,03	2,4
1970	716	1,2	13	0,02	1,8
1971	1046	1,7	14	0,02	1,3
1972	1325	2,1	14	0,02	1,1
1973	586	0,9	6	0,01	1,0
1974	392	0,6	8	0,01	2,0
1975	378	0,6	8	0,01	2,1
1976	320	0,5	12	0,02	3,8
1977	346	0,6	2	0,00	0,6
1978	296	0,48	4	0,01	1,4
1979	272	0,44	2	0,00	0,7

Tab. 6.7.2 Toxoplasmose* (ICD 130)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1955–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1955	9	0,05	4	0,02	×
1956	5	0,03	–	–	×
1957	15	0,09	1	0,01	×
1958	9	0,05	3	0,02	×
1959	11	0,06	4	0,02	×
1960	18	0,10	5	0,03	×
1961	33	0,19	5	0,03	15,2
1962	56	0,33	3	0,02	5,4
1963	132	0,8	5	0,03	3,8
1964	162	1,0	3	0,02	1,9
1965	145	0,9	8	0,05	5,5
1966	203	1,2	5	0,03	2,5
1967	323	1,9	12	0,07	3,7
1968	457	2,7	9	0,05	2,0
1969	314	1,8	9	0,05	2,9
1970	201	1,2	4	0,02	2,0
1971	218	1,3	3	0,02	1,4
1972	182	1,1	2	0,01	1,1
1973	187	1,1	–	–	–
1974	214	1,3	2	0,01	0,9
1975	294	1,7	1	0,01	0,3
1976	310	1,8	4	0,02	1,3
1977	291	1,7	2	0,01	0,7
1978	308	1,8	1	0,01	0,3
1979	325	1,9	1	0,01	0,3
1980	298	1,8	3	0,02	1,0
1981	317	1,9	4	0,02	1,3
1982	334	2,0	2	0,01	0,6
1983	809	4,8	7	0,04	0,9
1984	1385	8,3	5	0,03	0,4
1985	1233	7,4	8	0,05	0,6
1986	1298	7,8	5	0,03	0,4
1987	1358	8,2	2	0,01	0,1
1988	1722	10,3	1	0,01	0,1
1989	2045	12,3	3	0,02	0,1

* einschließlich angeborener Toxoplasmose, ab 1983 auch gesondert ausgewiesen (Tab. 10.4.2)

Tab. 6.8.1 Trichinose (ICD 124)

Todesfälle 1892–1909, Reichsgebiet

Jahr	Todesfälle	
	Anzahl	Mortalität
1892	10	0,02
1893	4	0,01
1894	3	0,01
1895	4	0,01
1896	6	0,01
1897	8	0,01
1898	3	0,01
1899	1	0,00
1900	1	0,00
1901	4	0,01
1902	8	0,01
1903	–	–
1904	–	–
1905	3	0,00
1906	–	–
1907	1	0,00
1908	1	0,00
1909	3	0,00

Tab. 6.8.2 Trichinose (ICD 124)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1910–1945, Reichsgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1910	8	0,01	–	–	×
1911	69	0,11	6	0,01	8,7
1912	99	0,15	2	0,00	2,0
1913	8	0,01	–	–	×
1914	7	0,01	–	–	×
1915	15	0,02	11	0,02	×
1916	12	0,02	1	0,00	×
1917	92	0,14	15	0,02	16,3
1918	52	0,08	43	0,06	82,7
1919	3	0,00	4	0,01	×
1920	5	0,01	–	–	×
1921	5	0,01	2	0,00	×
1922	59	0,10	1	0,00	1,7
1923	40	0,06	4	0,01	10,0
1924	4	0,01	1	0,00	×
1925	8	0,01	–	–	×
1926	10	0,02	5	0,01	×
1927	10	0,02	1	0,00	×
1928	1	0,00	–	–	×
1929	15	0,02	–	–	×
1930	95	0,15	12	0,02	12,6
1931	–	–	1	0,00	–
1932	1	0,00	–	–	×
1933	2	0,00	–	–	×
1934	44	0,07	1	0,00	2,3
1935	12	0,02	–	–	×
1936	–	–	–	–	–
1937	1	0,00	–	–	×
1938	20	0,03	–	–	×
1939	3	0,00	–	–	×
1940	30	0,04	•	•	•
1941	71	0,10	•	•	•
1942	•	•	•	•	•
1943	•	•	•	•	•
1944	•	•	•	•	•
1945	•	•	•	•	•

Tab. 6.8.3 Trichinose (ICD 124)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1946–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1946	•	•	•	•	•
1947	–	–	–	–	–
1948	–	–	–	–	–
1949	2	0,00	–	–	×
1950	465	0,9	–	–	–
1951	4	0,01	–	–	×
1952	41	0,08	–	–	–
1953	3	0,01	–	–	×
1954	–	–	–	–	–
1955	2	0,00	–	–	×
1956	1	0,00	–	–	×
1957	3	0,01	–	–	×
1958	1	0,00	–	–	×
1959	–	–	–	–	–
1960	–	–	–	–	–
1961	–	–	–	–	–
1962	1	0,00	–	–	×
1963	1	0,00	1	0,00	×
1964	2	0,00	–	–	×
1965	2	0,00	1	0,00	×
1966	1	0,00	–	–	×
1967	272	0,45	–	–	–
1968	–	–	–	–	–
1969	3	0,00	–	–	×
1970	12	0,02	–	–	×
1971	–	–	–	–	–
1972	1	0,00	–	–	×
1973	3	0,00	1	0,00	×
1974	1	0,00	–	–	×
1975	2	0,00	1	0,00	×
1976	–	–	–	–	–
1977	71	0,12	–	–	–
1978	6	0,01	–	–	×
1979	3	0,00	–	–	×
1980	9	0,01	–	–	×
1981	9	0,01	1	0,00	×
1982	412	0,7	1	0,00	0,2
1983	9	0,01	–	–	×
1984	5	0,01	–	–	×
1985	4	0,01	1	0,00	×
1986	6	0,01	1	0,00	×
1987	4	0,01	–	–	×
1988	3	0,00	–	–	×
1989	6	0,01	–	–	×

Tab. 6.8.4 Trichinose (ICD 124)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1955–1989*, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1955	324	1,8	–	–	–
1956	2	0,01	–	–	–
1957	1	0,01	–	–	–
1982	1	0,01	–	–	–
1983	1	0,01	–	–	–

* In den Jahren vor 1955, zwischen 1958 und 1981 sowie zwischen 1984 und 1989 liegen keine Meldungen vor.

Tab. 7.1.1 Malaria (ICD 084)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1947–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1947	1272	2,7	•	•	•
1948	2351	4,8	•	•	•
1949	1600	3,2	•	•	•
1950	193	0,38	19	0,04	9,8
1951	30	0,06	24	0,05	80,0
1952	25	0,05	16	0,03	×
1953	14	0,03	10	0,02	×
1954	16	0,03	14	0,03	×
1955	11	0,02	8	0,02	×
1956	12	0,02	10	0,02	×
1957	13	0,02	10	0,02	×
1958	12	0,02	2	0,00	×
1959	14	0,03	6	0,01	×
1960	31	0,06	4	0,01	12,9
1961	22	0,04	4	0,01	×
1962	47	0,08	2	0,00	4,3
1963	36	0,06	3	0,01	8,3
1964	40	0,07	5	0,01	12,5
1965	48	0,08	5	0,01	10,4
1966	52	0,09	3	0,01	5,8
1967	61	0,10	6	0,01	9,8
1968	68	0,11	5	0,01	7,4
1969	65	0,11	13	0,02	20,0
1970	64	0,10	3	0,00	4,7
1971	99	0,16	6	0,01	6,1
1972	128	0,21	6	0,01	4,7
1973	147	0,24	13	0,02	8,8
1974	107	0,17	7	0,01	6,5
1975	180	0,29	5	0,01	2,8
1976	210	0,34	15	0,02	7,1
1977	315	0,5	8	0,01	2,5
1978	558	0,9	11	0,02	2,0
1979	494	0,8	12	0,02	2,4
1980	572	0,9	8	0,01	1,4
1981	399	0,6	7	0,01	1,8
1982	496	0,8	12	0,02	2,4
1983	435	0,7	8	0,01	1,8
1984	470	0,8	13	0,02	2,8
1985	527	0,9	22	0,04	4,2
1986	1070	1,8	19	0,03	1,8
1987	741	1,2	9	0,01	1,2
1988	881	1,4	16	0,03	1,8
1989	946	1,5	22	0,04	2,3

Tab. 7.1.2 Malaria (ICD 084)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1949–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1949	1931	10,2	3	0,02	0,2
1950	549	3,0	11	0,06	2,0
1951	63	0,34	1	0,01	1,6
1952	44	0,24	1	0,01	2,3
1953	121	0,7	–	–	–
1954	76	0,42	–	–	–
1955	34	0,19	–	–	–
1956	20	0,11	–	–	–
1957	4	0,02	–	–	–
1958	4	0,02	–	–	–
1959	–	–	–	–	–
1960	–	–	–	–	–
1961	3	0,02	–	–	–
1962	–	–	–	–	–
1963	–	–	–	–	–
1964	3	0,02	–	–	–
1965	5	0,03	–	–	–
1966	5	0,03	–	–	–
1967	8	0,05	–	–	–
1968	10	0,06	–	–	–
1969	7	0,04	–	–	–
1970	6	0,04	–	–	–
1971	6	0,04	–	–	–
1972	4	0,02	–	–	–
1973	5	0,03	–	–	–
1974	7	0,04	–	–	–
1975	11	0,07	–	–	–
1976	4	0,02	–	–	–
1977	17	0,10	–	–	–
1978	18	0,11	–	–	–
1979	24	0,14	–	–	–
1980	16	0,10	–	–	–
1981	36	0,22	1	0,01	2,8
1982	82	0,49	1	0,01	1,2
1983	44	0,26	1	0,01	2,3
1984	61	0,37	–	–	–
1985	61	0,37	1	0,01	1,6
1986	38	0,23	–	–	–
1987	53	0,32	1	0,01	1,9
1988	149	0,9	1	0,01	0,7
1989	197	1,2	–	–	–

Tab. 7.2.1 Rückfallfieber (ICD 087)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1924–1941, Reichsgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1924	3	0,00	–	–	×
1925	4	0,01	1	0,00	×
1926	1	0,00	–	–	×
1927	1	0,00	–	–	×
1928	2	0,00	1	0,00	×
1929	–	–	1	0,00	–
1930	–	–	–	–	–
1931	1	0,00	–	–	×
1932	–	–	–	–	–
1933	–	–	–	–	–
1934	–	–	–	–	–
1935	–	–	–	–	–
1936	2	0,00	–	–	×
1937	–	–	–	–	–
1938	–	–	–	–	–
1939	1	0,00	–	–	×
1940	–	–	–	–	–
1941	–	–	–	–	–

Tab. 7.2.2 Rückfallfieber (ICD 087)*

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1954–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1954	1	0,00	•	•	•
1955	1	0,00	•	•	•
1956	•	•	•	•	•
1957	•	•	•	•	•
1958	•	•	•	•	•
1959	•	•	•	•	•
1960	1	0,00	•	•	•
1961	•	•	•	•	•
1962	–	–	•	•	•
1963	–	–	•	•	•
1964	–	–	•	•	•
1965	–	–	•	•	•
1966	–	–	•	•	•
1967	–	–	•	•	•
1968	–	–	–	–	–
1969	–	–	1	0,00	–
1970	–	–	–	–	–
1971	–	–	–	–	–
1972	–	–	–	–	–
1973	–	–	–	–	–
1974	–	–	–	–	–
1975	–	–	–	–	–
1976	–	–	–	–	–
1977	–	–	–	–	–
1978	–	–	–	–	–
1979	–	–	–	–	–
1980	–	–	–	–	–
1981	1	0,00	–	–	×
1982	2	0,00	–	–	×
1983	2	0,00	1	0,00	×
1984	–	–	–	–	–
1985	2	0,00	–	–	×
1986	6	0,01	–	–	×
1987	9	0,01	3	0,00	×
1988	9	0,01	–	–	×
1989	3	0,00	1	0,00	×

* ab 1981 zum Teil vermutlich Erythema migrans-Borreliosen (Lyme-Krankheit)

Tab. 8.1.1 Tollwut (ICD 071)

Gemeldete Todesfälle 1924–1944, Reichsgebiet

Jahr	Todesfälle	
	Anzahl	Mortalität
1924	18	0,03
1925	11	0,02
1926	7	0,01
1927	–	–
1928	2	0,00
1929	1	0,00
1930	–	–
1931	1	0,00
1932	–	–
1933	2	0,00
1934	1	0,00
1935	–	–
1936	1	0,00
1937	–	–
1938	–	–

Tab. 8.1.2 Tollwut

Erkrankungsfälle 1950–1989, Bundesgebiet

Jahr	Infektionsland	Infektionsquelle	Bißstelle
1951	D	Hund	Wange
1953	D	Hund	?
1965	D	Hund	Gesicht
1965	D	Hund	Wade
1965	GR	Hund	Unterarm
1965	GR	Hund	Hand
1968	D	Hund	Knie
1971	TR	Hund	Unterarm
1972	TR	Hund	Hand
1974	D	Katze	Hand
1974	D	Fuchs	Gesicht
1974	D	Fuchs	Wade
1975	TR	Hund	Hand
1975	IR	Hund	Wade
1976	TR	Hund	Unterarm
1978	ET	Hund	?
1986	IND	Hund	rechter Arm

D = Bundesrepublik Deutschland

ET = Ägypten

GR = Griechenland

IND = Indien

IR = Iran

TR = Türkei

Tab. 8.1.3 Tollwut

Erkrankungsfälle 1950–1990, DDR-Gebiet

Jahr	Fälle Gesamt	davon trotz Schutzimpfung	Hund	Infektionsquelle		Bißstelle
				Fuchs	andere	
1950	13	5	12	1		?
1951	5	3	5			?
1952	4	1	3	1		?
1953	2	1		1	Katze	?
1955	2		1		Rind	?
1956	4	2	2	2		?
1957	1				Katze	?
1959	1				Katze	?
1968	2	1	1			Kopf
				1		Finger
1981	1		1			Finger
1990	1	1		1		Gesicht

Tab. 8.2.1 Q-Fieber (ICD 0830)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1962–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1962	7	0,01	–	–	×
1963	8	0,01	–	–	×
1964	437	0,7	–	–	–
1965	28	0,05	–	–	×
1966	44	0,07	–	–	–
1967	65	0,11	–	–	–
1968	89	0,15	–	–	–
1969	90	0,15	–	–	–
1970	29	0,05	1	0,00	×
1971	54	0,09	–	–	–
1972	58	0,09	–	–	–
1973	93	0,15	–	–	–
1974	69	0,11	–	–	–
1975	54	0,09	1	0,00	1,9
1976	27	0,04	–	–	×
1977	69	0,11	–	–	–
1978	100	0,16	–	–	–
1979	39	0,06	–	–	–
1980	41	0,07	–	–	–
1981	62	0,10	–	–	–
1982	33	0,05	–	–	–
1983	50	0,08	–	–	–
1984	54	0,09	–	–	–
1985	62	0,10	–	–	–
1986	23	0,04	–	–	×
1987	23	0,04	–	–	×
1988	40	0,07	–	–	–
1989	56	0,09	–	–	–

Tab. 8.2.2 Q-Fieber (ICD 0830)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1979–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1979	1	0,01	–	–	–
1980	1	0,01	–	–	–
1981	6	0,04	–	–	–
1982	64	0,38	–	–	–
1983	95	0,6	–	–	–
1984	9	0,05	–	–	–
1985	11	0,07	–	–	–
1986	6	0,04	–	–	–
1987	2	0,01	–	–	–
1988	10	0,06	–	–	–
1989	3	0,02	–	–	–

Tab. 8.3.1 Ornithose (Psittakose; ICD 073)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1950–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1950	13	0,03	•	•	•
1951	2	0,00	•	•	•
1952	14	0,03	–	–	–
1953	68	0,13	2	0,00	2,9
1954	94	0,18	1	0,00	1,1
1955	135	0,25	3	0,01	2,2
1956	142	0,26	1	0,00	0,7
1957	277	0,5	2	0,00	0,7
1958	164	0,30	1	0,00	0,6
1959	277	0,5	2	0,00	0,7
1960	199	0,36	2	0,00	1,0
1961	210	0,37	2	0,00	1,0
1962	219	0,38	3	0,01	1,4
1963	300	0,5	3	0,01	1,0
1964	227	0,39	4	0,01	1,8
1965	258	0,44	3	0,01	1,2
1966	259	0,43	3	0,01	1,2
1967	216	0,36	1	0,00	0,5
1968	257	0,43	1	0,00	0,4
1969	244	0,40	1	0,00	0,4
1970	238	0,39	3	0,00	1,3
1971	240	0,39	–	–	–
1972	341	0,6	1	0,00	0,3
1973	255	0,41	4	0,01	1,6
1974	269	0,43	2	0,00	0,7
1975	172	0,28	1	0,00	0,6
1976	173	0,28	1	0,00	0,6
1977	158	0,26	–	–	–
1978	158	0,26	1	0,00	0,6
1979	141	0,23	1	0,00	0,7
1980	186	0,30	2	0,00	1,1
1981	221	0,36	1	0,00	0,5
1982	222	0,36	–	–	–
1983	176	0,29	–	–	–
1984	192	0,31	–	–	–
1985	161	0,26	–	–	–
1986	154	0,25	1	0,00	0,6
1987	189	0,31	1	0,00	0,5
1988	188	0,31	1	0,00	0,5
1989	193	0,31	2	0,00	1,0

Tab. 8.3.2 Ornithose (Psittakose) (ICD 073)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1949–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1949	•	•	•	•	•
1950	•	•	•	•	•
1951	•	•	•	•	•
1952	•	•	•	•	•
1953	•	•	•	•	•
1954	1	0,01	–	–	×
1955	–	–	–	–	–
1956	2	0,01	–	–	×
1957	8	0,05	1	0,01	×
1958	28	0,16	–	–	×
1959	104	0,6	–	–	–
1960	617	3,6	2	0,01	0,3
1961	392	2,3	2	0,01	0,5
1962	149	0,9	4	0,02	2,7
1963	127	0,7	1	0,01	0,8
1964	202	1,2	3	0,02	1,5
1965	89	0,5	–	–	–
1966	84	0,49	–	–	–
1967	179	1,0	–	–	–
1968	81	0,47	1	0,01	1,2
1969	58	0,34	–	–	–
1970	36	0,21	–	–	–
1971	67	0,39	–	–	–
1972	103	0,6	–	–	–
1973	71	0,42	1	0,01	1,4
1974	50	0,30	–	–	–
1975	52	0,31	–	–	–
1976	71	0,42	–	–	–
1977	64	0,38	–	–	–
1978	87	0,5	–	–	–
1979	60	0,36	1	0,01	1,7
1980	38	0,23	–	–	–
1981	28	0,17	–	–	×
1982	42	0,25	–	–	–
1983	37	0,22	–	–	–
1984	31	0,19	–	–	–
1985	48	0,29	–	–	–
1986	37	0,22	–	–	–
1987	35	0,21	1	0,01	2,9
1988	22	0,13	–	–	×
1989	29	0,17	–	–	×

Tab. 8.4.1 Tularämie (ICD 021)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1950–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1950	87	0,17	•	•	•
1951	117	0,23	•	•	•
1952	55	0,11	•	•	•
1953	8	0,02	•	•	•
1954	7	0,01	•	•	•
1955	10	0,02	•	•	•
1956	4	0,01	•	•	•
1957	9	0,02	•	•	•
1958	31	0,06	•	•	•
1959	4	0,01	•	•	•
1960	3	0,01	•	•	•
1961	1	0,00	•	•	•
1962	–	–	–	–	–
1963	3	0,01	•	•	•
1964	5	0,01	•	•	•
1965	15	0,03	2	0,00	×
1966	1	0,00	•	•	•
1967	8	0,01	•	•	•
1968	7	0,01	•	•	•
1969	3	0,00	•	•	•
1970	1	0,00	–	–	×
1971	2	0,00	•	•	•
1972	1	0,00	•	•	•
1973	3	0,00	•	•	•
1974	3	0,00	–	–	×
1975	6	0,01	•	•	•
1976	1	0,00	–	–	×
1977	2	0,00	•	•	•
1978	–	–	–	–	–
1979	3	0,00	–	–	×
1980	5	0,01	–	–	×
1981	2	0,00	–	–	×
1982	–	–	–	–	–
1983	–	–	–	–	–
1984	3	0,00	–	–	×
1985	1	0,00	–	–	×
1986	2	0,00	–	–	×
1987	1	0,00	–	–	×
1988	1	0,00	–	–	×
1989	1	0,00	–	–	×

Tab. 8.4.2 Tularämie (ICD 021)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1949–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1949	38	0,20	–	–	–
1950	50	0,27	–	–	–
1951	1	0,01	–	–	×
1952	14	0,08	–	–	×
1953	51	0,28	–	–	–
1954	8	0,04	–	–	×
1955	2	0,01	–	–	×
1956	4	0,02	–	–	×
1957	2	0,01	–	–	×
1958	9	0,05	3	0,02	×
1959	4	0,02	–	–	×
1960	–	–	–	–	–
1961	–	–	–	–	–
1962	5	0,03	–	–	×
1963	1	0,01	–	–	×
1964	1	0,01	–	–	×
1965	–	–	–	–	–
1966	–	–	–	–	–
1967	6	0,04	–	–	×
1968	8	0,05	–	–	×
1969	–	–	–	–	–
1970	–	–	–	–	–
1971	1	0,01	–	–	×
1972	2	0,01	–	–	×
1973	–	–	–	–	–
1974	2	0,01	–	–	×
1975	1	0,01	–	–	×
1976	–	–	–	–	–
1977	–	–	–	–	–
1978	–	–	–	–	–
1979	4	0,02	–	–	×
1980	–	–	–	–	–
1981	1	0,01	–	–	×
1982	–	–	–	–	–
1983	–	–	–	–	–
1984	–	–	–	–	–
1985	2	0,01	–	–	×
1986	–	–	–	–	–
1987	–	–	–	–	–
1988	1	0,01	–	–	×
1989	2	0,01	–	–	×

Tab. 8.5.1 Leptospirose* (ICD 100)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1950–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1950	206	0,41	•	•	•
1951	245	0,48	•	•	•
1952	156	0,30	16	0,03	10,3
1953	127	0,24	10	0,02	7,9
1954	82	0,16	10	0,02	12,2
1955	235	0,44	8	0,02	3,4
1956	142	0,26	4	0,01	2,8
1957	126	0,23	6	0,01	4,8
1958	80	0,15	5	0,01	6,3
1959	78	0,14	4	0,01	5,1
1960	82	0,15	7	0,01	8,5
1961	113	0,20	7	0,01	6,2
1962	47	0,08	4	0,01	8,5
1963	53	0,09	3	0,01	5,7
1964	45	0,08	4	0,01	8,9
1965	43	0,07	8	0,01	18,6
1966	76	0,13	3	0,01	3,9
1967	85	0,14	9	0,02	10,6
1968	50	0,08	11	0,02	22,0
1969	58	0,10	14	0,02	24,1
1970	59	0,10	3	0,00	5,1
1971	51	0,08	7	0,01	13,7
1972	49	0,08	8	0,01	16,3
1973	46	0,07	9	0,01	19,6
1974	76	0,12	4	0,01	5,3
1975	72	0,12	14	0,02	19,4
1976	38	0,06	2	0,00	5,3
1977	34	0,06	5	0,01	14,7
1978	38	0,06	3	0,00	7,9
1979	20	0,03	6	0,01	×
1980	20	0,03	5	0,01	×
1981	37	0,06	3	0,00	8,1
1982	37	0,06	5	0,01	13,5
1983	30	0,05	1	0,00	3,3
1984	27	0,04	2	0,00	×
1985	14	0,02	2	0,00	×
1986	12	0,02	1	0,00	×
1987	18	0,03	4	0,01	×
1988	27	0,04	2	0,00	×
1989	23	0,04	2	0,00	×

* bis 1961 nur Weil'sche Krankheit

Tab. 8.5.2 Leptospirose (ICD 100)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1951–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1951	22	0,12	2	0,01	×
1952	31	0,17	1	0,01	3,2
1953	14	0,08	–	–	×
1954	15	0,08	–	–	×
1955	151	0,8	2	0,01	1,3
1956	56	0,32	3	0,02	5,4
1957	46	0,26	–	–	–
1958	52	0,30	2	0,01	3,8
1959	16	0,09	–	–	×
1960	17	0,10	2	0,01	×
1961	124	0,7	3	0,02	2,4
1962	32	0,19	2	0,01	6,3
1963	25	0,15	2	0,01	×
1964	9	0,05	2	0,01	×
1965	19	0,11	1	0,01	×
1966	32	0,19	–	–	–
1967	55	0,32	–	–	–
1968	33	0,19	3	0,02	9,1
1969	23	0,13	1	0,01	×
1970	11	0,06	2	0,01	×
1971	66	0,39	4	0,02	6,1
1972	45	0,26	1	0,01	2,2
1973	31	0,18	–	–	–
1974	71	0,42	5	0,03	7,0
1975	36	0,21	1	0,01	2,8
1976	22	0,13	2	0,01	×
1977	22	0,13	3	0,02	×
1978	49	0,29	–	–	–
1979	16	0,10	2	0,01	×
1980	16	0,10	1	0,01	×
1981	57	0,34	1	0,01	1,8
1982	18	0,11	1	0,01	×
1983	29	0,17	–	–	×
1984	38	0,23	1	0,01	2,6
1985	36	0,22	–	–	–
1986	26	0,16	3	0,02	×
1987	32	0,19	1	0,01	3,1
1988	50	0,30	3	0,02	6,0
1989	44	0,26	1	0,01	2,3

Tab. 8.6.1 Milzbrand (ICD 022)

Todesfälle 1892–1909; Reichsgebiet

Jahr	Todesfälle	
	Anzahl	Mortalität
1892	21	0,04
1893	34	0,07
1894	29	0,06
1895	19	0,04
1896	34	0,06
1897	32	0,06
1898	37	0,07
1899	23	0,04
1900	23	0,04
1901	34	0,06
1902	26	0,05
1903	32	0,05
1904	27	0,05
1905	37	0,06
1906	42	0,07
1907	49	0,08
1908	54	0,09
1909	52	0,07

Tab. 8.6.2 Milzbrand (ICD 022)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1910–1945, Reichsgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1910	223	0,35	40	0,06	17,9
1911	282	0,43	47	0,07	16,7
1912	332	0,5	43	0,07	13,0
1913	236	0,35	36	0,05	15,3
1914	291	0,43	43	0,06	14,8
1915	74	0,11	22	0,03	29,7
1916	54	0,08	7	0,01	13,0
1917	44	0,07	15	0,02	34,1
1918	37	0,06	19	0,03	51,4
1919	28	0,04	8	0,01	x
1920	53	0,09	12	0,02	22,6
1921	80	0,13	13	0,02	16,3
1922	121	0,20	20	0,03	16,5
1923	101	0,16	18	0,03	17,8
1924	129	0,21	23	0,04	17,8
1925	173	0,28	32	0,05	18,5
1926	105	0,17	16	0,03	15,2
1927	211	0,33	20	0,03	9,5
1928	252	0,40	21	0,03	8,3
1929	185	0,29	16	0,03	8,6
1930	145	0,23	10	0,02	6,9
1931	118	0,18	10	0,02	8,5
1932	83	0,13	13	0,02	15,7
1933	84	0,13	12	0,02	14,3
1934	69	0,11	10	0,02	14,5
1935	90	0,13	10	0,01	11,1
1936	74	0,11	13	0,02	17,6
1937	83	0,12	7	0,01	8,4
1938	82	0,12	10	0,01	12,2
1939	50	0,07	4	0,01	8,0
1940	48	0,07	•	•	•
1941	24	0,03	•	•	•
1942	25	0,04	•	•	•
1943	13	0,02	•	•	•
1944	12	0,02	•	•	•
1945	•	•	•	•	•

Tab. 8.6.3 Milzbrand (ICD 022)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1946–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1946	•	•	•	•	•
1947	•	•	•	•	•
1948	•	•	•	•	•
1949	•	•	4	0,01	•
1950	20	0,04	2	0,00	×
1951	25	0,05	2	0,00	×
1952	20	0,04	1	0,00	×
1953	18	0,03	3	0,01	×
1954	22	0,04	2	0,00	×
1955	19	0,04	1	0,00	×
1956	25	0,05	3	0,01	×
1957	24	0,04	–	–	×
1958	19	0,03	1	0,00	×
1959	16	0,03	–	–	×
1960	11	0,02	–	–	×
1961	10	0,02	1	0,00	×
1962	13	0,02	2	0,00	×
1963	9	0,02	1	0,00	×
1964	10	0,02	1	0,00	×
1965	15	0,03	–	–	×
1966	21	0,04	–	–	×
1967	8	0,01	1	0,00	×
1968	3	0,00	–	–	×
1969	3	0,00	–	–	×
1970	2	0,00	–	–	×
1971	6	0,01	–	–	×
1972	3	0,00	–	–	×
1973	3	0,00	–	–	×
1974	4	0,01	–	–	×
1975	4	0,01	–	–	×
1976	3	0,00	–	–	×
1977	4	0,01	–	–	×
1978	3	0,00	–	–	×
1979	1	0,00	–	–	×
1980	2	0,00	–	–	×
1981	1	0,00	–	–	×
1982	–	–	–	–	–
1983	–	–	–	–	–
1984	–	–	–	–	–
1985	–	–	–	–	–
1986	2	0,00	–	–	×
1987	1	0,00	–	–	×
1988	1	0,00	–	–	×
1989	1	0,00	–	–	×

Tab. 8.6.4 Anthrax (Milzbrand) (ICD 022)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1949–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1949	•	•	•	•	•
1950	•	•	•	•	•
1951	2	0,01	1	0,01	×
1952	–	–	–	–	–
1953	4	0,02	–	–	×
1954	–	–	–	–	–
1955	2	0,01	–	–	×
1956	1	0,01	–	–	×
1957	4	0,02	–	–	×
1958	7	0,04	1	0,01	×
1959	9	0,05	1	0,01	×
1960	3	0,02	–	–	×
1961	2	0,01	–	–	×
1962	4	0,02	–	–	×
1963	9	0,05	–	–	×
1964	3	0,02	–	–	×
1965	2	0,01	–	–	×
1966	6	0,04	–	–	×
1967	2	0,01	–	–	×
1968	1	0,01	–	–	×
1969	–	–	–	–	–
1970	–	–	–	–	–
1971	1	0,01	–	–	×
1972	4	0,02	–	–	×
1973	1	0,01	–	–	×
1974	–	–	–	–	–
1975	1	0,01	1	0,01	×
1976	4	0,02	–	–	×
1977	1	0,01	–	–	×
1978	–	–	–	–	–
1979	–	–	–	–	–
1980	–	–	–	–	–
1981	–	–	–	–	–
1982	1	0,01	–	–	×
1983	–	–	–	–	–
1984	–	–	–	–	–
1985	–	–	–	–	–
1986	–	–	–	–	–
1987	–	–	–	–	–
1988	–	–	–	–	–
1989	–	–	–	–	–

Tab. 8.7.1 Tetanus (Wundstarrkrampf; ICD 037)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1962–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1962	123	0,22	159	0,28	×
1963	109	0,19	117	0,20	×
1964	139	0,24	149	0,26	×
1965	85	0,14	103	0,17	×
1966	95	0,16	91	0,15	95,8
1967	124	0,21	84	0,14	67,7
1968	143	0,24	102	0,17	71,3
1969	98	0,16	84	0,14	85,7
1970	91	0,15	82	0,13	90,1
1971	72	0,12	64	0,10	88,9
1972	76	0,12	49	0,08	64,5
1973	45	0,07	38	0,06	84,4
1974	51	0,08	28	0,05	54,9
1975	45	0,07	24	0,04	53,3
1976	38	0,06	24	0,04	63,2
1977	34	0,06	21	0,03	61,8
1978	27	0,04	18	0,03	×
1979	24	0,04	14	0,02	×
1980	15	0,02	10	0,02	×
1981	14	0,02	8	0,01	×
1982	16	0,03	9	0,01	×
1983	15	0,02	9	0,01	×
1984	15	0,02	6	0,01	×
1985	12	0,02	6	0,01	×
1986	19	0,03	5	0,01	×
1987	12	0,02	6	0,01	×
1988	11	0,02	2	0,00	×
1989	11	0,02	6	0,01	×

Tab. 8.7.2 Tetanus (Wundstarrkrampf; ICD 037)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1950–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1950	•	•	•	•	•
1951	22	0,12	11	0,06	×
1952	26	0,14	16	0,09	×
1953	23	0,13	8	0,04	×
1954	19	0,11	7	0,04	×
1955	38	0,21	23	0,13	60,5
1956	42	0,24	22	0,12	52,4
1957	51	0,29	27	0,15	52,9
1958	39	0,22	24	0,14	61,5
1959	50	0,29	23	0,13	46,0
1960	50	0,29	35	0,20	70,0
1961	50	0,29	31	0,18	62,0
1962	65	0,38	43	0,25	66,2
1963	77	0,45	35	0,20	45,5
1964	56	0,33	27	0,16	48,2
1965	46	0,27	29	0,17	63,0
1966	49	0,29	31	0,18	63,3
1967	60	0,35	42	0,25	70,0
1968	39	0,23	28	0,16	71,8
1969	57	0,33	24	0,14	42,1
1970	37	0,22	22	0,13	59,5
1971	44	0,26	24	0,14	54,5
1972	35	0,21	20	0,12	57,1
1973	28	0,16	12	0,07	×
1974	18	0,11	12	0,07	×
1975	23	0,14	11	0,07	×
1976	27	0,16	11	0,07	×
1977	6	0,04	5	0,03	×
1978	13	0,08	8	0,05	×
1979	10	0,06	9	0,05	×
1980	6	0,04	2	0,01	×
1981	8	0,05	5	0,03	×
1982	9	0,05	4	0,02	×
1983	7	0,04	6	0,04	×
1984	6	0,04	1	0,01	×
1985	6	0,04	5	0,03	×
1986	9	0,05	6	0,04	×
1987	3	0,02	3	0,02	×
1988	5	0,03	2	0,01	×
1989	2	0,01	1	0,01	×

Tab. 8.8.1 Gasbrand/Gasoedem (ICD 0400)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1980–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1980	74	0,12	29	0,05	39,2
1981	89	0,14	33	0,05	37,1
1982	97	0,16	41	0,07	42,3
1983	78	0,13	39	0,06	50,0
1984	68	0,11	30	0,05	44,1
1985	100	0,16	33	0,05	33,0
1986	78	0,13	26	0,04	33,3
1987	102	0,17	27	0,04	26,5
1988	94	0,15	25	0,04	26,6
1989	106	0,17	36	0,06	34,0

Tab. 8.8.2 Gasbrand/Gasoedem (ICD 0400)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1955–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1955	1	0,01	1	0,01	×
1956	–	–	–	–	–
1957	4	0,02	2	0,01	×
1958	3	0,02	1	0,01	×
1959	–	–	–	–	–
1960	–	–	–	–	–
1961	–	–	–	–	–
1962	–	–	–	–	–
1963	1	0,01	1	0,01	×
1964	4	0,02	3	0,02	×
1965	2	0,01	2	0,01	×
1966	9	0,05	7	0,04	×
1967	10	0,06	7	0,04	×
1968	33	0,19	20	0,12	60,6
1969	28	0,16	15	0,09	×
1970	35	0,21	16	0,09	45,7
1971	31	0,18	20	0,12	64,5
1972	52	0,31	34	0,20	65,4
1973	42	0,25	21	0,12	50,0
1974	47	0,28	35	0,21	74,5
1975	46	0,27	38	0,23	82,6
1976	76	0,45	48	0,29	63,2
1977	69	0,41	45	0,27	65,2
1978	53	0,32	35	0,21	66,0
1979	72	0,43	51	0,30	70,8
1980	75	0,45	48	0,29	64,0
1981	63	0,38	42	0,25	66,7
1982	64	0,38	51	0,31	79,7
1983	78	0,47	50	0,30	64,1
1984	66	0,40	48	0,29	72,7
1985	67	0,40	48	0,29	71,6
1986	69	0,42	49	0,29	71,0
1987	79	0,47	46	0,28	58,2
1988	48	0,29	33	0,20	68,8
1989	54	0,33	38	0,23	70,4

Tab. 9.1.1 Bandwurmbefall (ICD 123)

Gemeldete Infestationen 1966–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1966	5747	33,7	–	–	–
1967	11324	66,3	–	–	–
1968	11662	68,3	–	–	–
1969	13552	79,4	–	–	–
1970	16033	94,0	–	–	–
1971	16505	96,7	–	–	–
1972	17011	99,8	–	–	–
1973	15976	94,1	–	–	–
1974	15685	92,7	–	–	–
1975	15159	90,0	–	–	–
1976	15427	91,9	–	–	–
1977	17465	104,2	–	–	–
1978	16338	97,5	–	–	–
1979	13880	82,9	–	–	–
1980	12681	75,8	–	–	–
1981	12164	72,7	–	–	–
1982	11921	71,4	–	–	–
1983	13913	83,3	–	–	–
1984	12065	72,4	–	–	–
1985	9742	58,5	–	–	–
1986	8091	48,7	–	–	–
1987	7540	45,3	–	–	–
1988	7120	42,7	–	–	–
1989	6446	38,8	–	–	–

Tab. 9.2.1 *Pediculosis capitis* (Kopflausbefall; ICD 1320)

Gemeldete Infestationen 1977–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1977	176263	1051,4	–	–	–
1978	199591	1191,2	–	–	–
1979	150325	897,7	–	–	–
1980	85489	510,8	–	–	–
1981	74574	445,6	–	–	–
1982	59721	357,7	–	–	–
1983	54389	325,7	–	–	–
1984	50861	305,1	–	–	–
1985	66022	396,7	–	–	–
1986	119146	716,7	–	–	–
1987	109484	657,9	–	–	–
1988	101404	608,4	–	–	–
1989	33567	202,0	–	–	–

Tab. 9.3.1 Skabies (Krätze; ICD 1330)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1966–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1966	739	4,3	–	–	–
1967	2 183	12,8	–	–	–
1968	5 125	30,0	–	–	–
1969	8 227	48,2	–	–	–
1970	14 435	84,6	–	–	–
1971	21 163	124,0	–	–	–
1972	20 914	122,7	–	–	–
1973	14 636	86,2	–	–	–
1974	9 385	55,5	–	–	–
1975	5 253	31,2	–	–	–
1976	4 178	24,9	–	–	–
1977	5 370	32,0	–	–	–
1978	8 282	49,4	–	–	–
1979	14 085	84,1	–	–	–
1980	18 230	108,9	–	–	–
1981	17 267	103,2	–	–	–
1982	12 575	75,3	–	–	–
1983	8 487	50,8	–	–	–
1984	6 932	41,6	–	–	–
1985	5 906	35,5	–	–	–
1986	4 878	29,3	–	–	–
1987	4 322	26,0	–	–	–
1988	3 460	20,8	–	–	–
1989	3 068	18,5	–	–	–

Tab. 10.1.1 angeborene Cytomegalie* (ICD 7711)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1980–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1980	9	1,4	2	0,32	×
1981	12	1,9	3	0,48	×
1982	8	1,3	–	–	×
1983	8	1,3	1	0,17	×
1984	7	1,2	4	0,7	×
1985	20	3,4	3	0,5	×
1986	8	1,3	1	0,16	×
1987	11	1,7	4	0,6	×
1988	14	2,1	–	–	×
1989	21	3,1	5	0,7	×

* Die Inzidenzwerte beziehen sich auf 100000 Geborene

Tab. 10.1.2 angeborene Zytomegalie* (ICD 7711)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1983–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1983	–	–	–	–	–
1984	3	1,3	–	–	×
1985	1	0,44	–	–	×
1986	10	4,5	3	1,3	×
1987	17	7,5	2	0,9	×
1988	15	7,0	–	–	×
1989	15	7,5	2	1,0	×

* Die Inzidenzwerte beziehen sich auf 100000 Geborene

Tab. 10.2.1 angeborene Listeriose* (ICD 7712)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1980–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1980	5	0,8	3	0,48	×
1981	8	1,3	4	0,6	×
1982	17	2,7	3	0,48	×
1983	17	2,9	3	0,5	×
1984	22	3,8	2	0,34	×
1985	31	5,3	5	0,9	16,1
1986	23	3,7	5	0,8	×
1987	38	5,9	9	1,4	23,7
1988	36	5,3	3	0,44	8,3
1989	40	5,9	3	0,44	7,5

* Die Inzidenzwerte beziehen sich auf 100000 Geborene

Tab. 10.2.2 angeborene Listeriose* (ICD 7712)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1983–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1983	6	2,6	5	2,1	×
1984	9	3,9	4	1,8	×
1985	38	16,7	14	6,2	36,8
1986	16	7,2	5	2,2	×
1987	14	6,2	8	3,5	×
1988	4	1,9	1	0,46	×
1989	15	7,5	3	1,5	×

* Die Inzidenzwerte beziehen sich auf 100000 Geborene

Tab. 10.3.1 angeborene Lues* (ICD 090)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1980–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1980	54	8,7	1	0,16	1,9
1981	37	5,9	2	0,32	5,4
1982	3	0,48	–	–	×
1983	1	0,17	1	0,17	×
1984	4	0,7	2	0,34	×
1985	–	–	3	0,5	–
1986	2	0,32	4	0,6	×
1987	3	0,47	1	0,16	×
1988	1	0,15	1	0,15	×
1989	3	0,44	3	0,44	×

* Die Inzidenzwerte beziehen sich auf 100000 Geborene

Tab. 10.4.1 angeborene Toxoplasmose* (ICD 7712)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1980–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1980	116	18,7	3	0,48	2,6
1981	129	20,7	2	0,32	1,6
1982	131	21,1	2	0,32	1,5
1983	115	19,4	1	0,17	0,9
1984	87	14,9	2	0,34	2,3
1985	64	10,9	–	–	–
1986	51	8,1	–	–	–
1987	55	8,6	1	0,16	1,8
1988	44	6,5	4	0,6	9,1
1989	17	2,5	1	0,15	×

* Die Inzidenzwerte beziehen sich auf 100000 Geborene

Tab. 10.4.2 angeborene Toxoplasmose* (ICD 7712)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1983–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1983	28	12,0	7	3,0	×
1984	38	16,7	4	1,8	10,5
1985	43	18,9	8	3,5	18,6
1986	32	14,4	5	2,2	15,6
1987	66	29,2	2	0,9	3,0
1988	73	33,8	1	0,46	1,4
1989	170	85,5	3	1,5	1,8

* Die Inzidenzwerte beziehen sich auf 100000 Geborene

Tab. 10.5.1 Rötelnembryopathie* (ICD 7710)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1980–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1980	2	0,32	1	0,16	×
1981	3	0,48	1	0,16	×
1982	3	0,48	–	–	×
1983	2	0,34	1	0,17	×
1984	5	0,9	–	–	×
1985	2	0,34	–	–	×
1986	1	0,16	–	–	×
1987	4	0,6	1	0,16	×
1988	1	0,15	1	0,15	×
1989	2	0,30	–	–	×

* Die Inzidenzwerte beziehen sich auf 100000 Geborene

Tab. 11.1 Lues (Syphilis) ICD: 091

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1946–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen*		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1946	88082	194,2	•	•	•
1947	114652	241,1	•	•	•
1948	98965	202,3	•	•	•
1949	63092	126,7	•	•	•
1950	41700	82,4	•	•	•
1951	26039	50,9	•	•	•
1952	19949	38,7	1173	2,3	5,9
1953	14859	28,5	1100	2,1	7,4
1971	5665	9,2	281	0,46	5,0
1972	5877	9,5	218	0,35	3,7
1973	5847	9,4	219	0,35	3,7
1974	5968	9,6	189	0,30	3,2
1975	6206	10,1	173	0,28	2,8
1976	7307	11,9	150	0,24	2,1
1977	8592	14,0	135	0,22	1,6
1978	8553	13,9	97	0,16	1,1
1979	7662	12,5	95	0,15	1,2
1980	7325	11,9	67	0,11	0,9
1981	5502	8,9	68	0,11	1,2
1982	5022	8,2	68	0,11	1,4
1983	4938	8,1	43	0,07	0,9
1984	4250	7,0	34	0,06	0,8
1985	3991	6,5	52	0,09	1,3
1986	2955	4,8	31	0,05	1,0
1987	1852	3,0	34	0,06	1,8
1988	1233	2,0	31	0,05	2,5
1989	961	1,6	26	0,04	2,7

* Zahlen für 1946 unvollständig.

Von 1954–1970 bestand keine Meldepflicht für Geschlechtskrankheiten, amtliche Statistiken liegen deshalb nicht vor.

Tab. 11.2 Lues (Syphilis) ICD 09

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1950–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1950	12 333	67,1	•	•	•
1951	9 066	49,4	•	•	•
1952	7 980	43,5	•	•	•
1953	6 786	37,3	•	•	•
1954	6 004	33,2	•	•	•
1955	5 192	28,9	•	•	•
1956	4 233	23,9	•	•	•
1957	3 435	19,6	•	•	•
1958	3 180	18,3	•	•	•
1959	2 675	15,5	•	•	•
1960	2 183	12,7	•	•	•
1961	441	2,6	•	•	•
1962	399	2,3	•	•	•
1963	269	1,6	•	•	•
1964	322	1,9	•	•	•
1965	336	2,0	•	•	•
1966	396	2,3	•	•	•
1967	388	2,3	•	•	•
1968	336	2,0	•	•	•
1969	283	1,7	•	•	•
1970	299	1,8	•	•	•
1971	381	2,2	•	•	•
1972	345	2,0	•	•	•
1973	554	3,3	•	•	•
1974	496	2,9	•	•	•
1975	375	2,2	•	•	•
1976	417	2,5	•	•	•
1977	574	3,4	•	•	•
1978	970	5,8	•	•	•
1979	912	5,4	•	•	•
1980	951	5,7	•	•	•
1981	758	4,5	•	•	•
1982	516	3,1	•	•	•
1983	428	2,6	•	•	•
1984	342	2,1	•	•	•
1985	327	2,0	•	•	•
1986	419	2,5	•	•	•
1987	596	3,6	•	•	•
1988	837	5,0	•	•	•
1989	839	5,0	•	•	•

Tab. 11.3 Gonorrhoe (Tripper) ICD: 098

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1946–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen*		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1946	223 798	493,5	•	•	•
1947	181 731	382,1	•	•	•
1948	133 707	273,4	•	•	•
1949	100 948	202,7	•	•	•
1950	74 803	147,8	•	•	•
1951	54 138	105,8	•	•	•
1952	48 067	93,1	25	0,05	0,1
1953	47 344	90,7	13	0,02	0,0
1971	75 855	123,3	3	0,00	0,0
1972	81 711	132,2	2	0,00	0,0
1973	78 431	126,3	3	0,00	0,0
1974	78 957	127,4	2	0,00	0,0
1975	70 964	115,1	1	0,00	0,0
1976	59 627	97,0	1	0,00	0,0
1977	54 277	88,5	1	0,00	0,0
1978	50 285	82,0	2	0,00	0,0
1979	50 421	82,1	1	0,00	0,0
1980	50 118	81,3	2	0,00	0,0
1981	49 014	79,4	2	0,00	0,0
1982	47 160	76,6	2	0,00	0,0
1983	44 539	72,6	–	–	–
1984	42 045	68,9	–	–	–
1985	36 710	60,2	1	0,00	0,0
1986	26 350	43,1	1	0,00	0,0
1987	15 473	25,3	2	0,00	0,0
1988	9 970	16,3	–	–	–
1989	7 718	12,5	1	0,00	0,0

* Zahlen für 1946 unvollständig.

Von 1954–1970 bestand keine Meldepflicht für Geschlechtskrankheiten, amtliche Statistiken liegen deshalb nicht vor.

Tab. 11.4 Gonorrhoe (Tripper) ICD 089

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1950–1989, DDR-Gebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1950	27945	152,0	•	•	•
1951	30131	164,2	•	•	•
1952	38939	212,5	•	•	•
1953	43830	241,1	•	•	•
1954	40014	221,6	•	•	•
1955	36690	204,5	•	•	•
1956	33608	189,7	•	•	•
1957	32075	183,1	•	•	•
1958	28167	162,3	•	•	•
1959	26973	155,9	•	•	•
1960	25736	149,3	•	•	•
1961	24893	145,4	•	•	•
1962	22618	132,3	•	•	•
1963	22085	128,7	•	•	•
1964	20926	123,2	•	•	•
1965	19627	115,3	•	•	•
1966	18880	110,7	•	•	•
1967	18356	107,5	•	•	•
1968	20219	118,4	•	•	•
1969	21851	128,0	•	•	•
1970	23457	137,5	•	•	•
1971	27717	162,6	•	•	•
1972	35097	205,9	•	•	•
1973	40596	239,1	•	•	•
1974	40745	240,7	•	•	•
1975	39249	232,9	•	•	•
1976	41386	246,6	•	•	•
1977	45209	269,7	•	•	•
1978	49514	295,5	•	•	•
1979	50638	302,4	•	•	•
1980	50861	303,9	•	•	•
1981	50302	300,6	•	•	•
1982	50086	300,0	•	•	•
1983	50299	301,2	•	•	•
1984	49089	294,5	•	•	•
1985	49616	298,1	•	•	•
1986	44670	268,7	•	•	•
1987	34919	209,8	•	•	•
1988	28635	171,8	•	•	•
1989	22617	136,1	•	•	•

Tab. 11.5 *Ulcus molle* (Weicher Schanker) ICD: 0990

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1971–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1971	98	0,16	–	–	–
1972	113	0,18	–	–	–
1973	119	0,19	–	–	–
1974	100	0,16	–	–	–
1975	110	0,18	–	–	–
1976	125	0,20	–	–	–
1977	158	0,26	–	–	–
1978	142	0,23	–	–	–
1979	118	0,19	–	–	–
1980	174	0,28	–	–	–
1981	224	0,36	–	–	–
1982	128	0,21	–	–	–
1983	161	0,26	–	–	–
1984	152	0,25	–	–	–
1985	103	0,17	–	–	–
1986	101	0,17	–	–	–
1987	51	0,08	–	–	–
1988	29	0,05	–	–	–
1989	37	0,06	–	–	–

Tab. 11.6 Lymphogranuloma inguinale (ICD: 0991)

Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1971–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1971	33	0,05	–	–	–
1972	42	0,07	–	–	–
1973	33	0,05	–	–	–
1974	24	0,04	–	–	–
1975	34	0,06	–	–	–
1976	52	0,08	1	0,00	1,9
1977	46	0,07	–	–	–
1978	30	0,05	–	–	–
1979	31	0,05	–	–	–
1980	39	0,06	–	–	–
1981	39	0,06	–	–	–
1982	23	0,04	–	–	–
1983	29	0,05	–	–	–
1984	26	0,04	–	–	–
1985	17	0,03	–	–	–
1986	16	0,03	–	–	–
1987	16	0,03	–	–	–
1988	11	0,02	–	–	–
1989	12	0,02	–	–	–

Tab. 11.7 Geschlechtskrankheiten: Mehrfachinfektionen (ICD unter 0999)

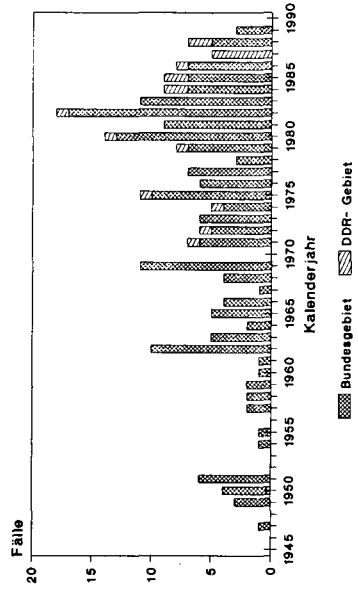
Gemeldete Erkrankungen und Todesfälle 1971–1989, Bundesgebiet

Jahr	Erkrankungen		Todesfälle		Letalität (in %)
	Anzahl	Morbidität	Anzahl	Mortalität	
1971	233	0,38	•	•	•
1972	234	0,38	•	•	•
1973	186	0,30	•	•	•
1974	215	0,35	•	•	•
1975	197	0,32	•	•	•
1976	206	0,34	•	•	•
1977	175	0,29	•	•	•
1978	150	0,24	•	•	•
1979	161	0,26	•	•	•
1980	130	0,21	•	•	•
1981	117	0,19	•	•	•
1982	148	0,24	•	•	•
1983	146	0,24	•	•	•
1984	172	0,28	•	•	•
1985	147	0,24	•	•	•
1986	116	0,19	•	•	•
1987	65	0,11	•	•	•
1988	22	0,04	•	•	•
1989	12	0,02	•	•	•

Anhang B

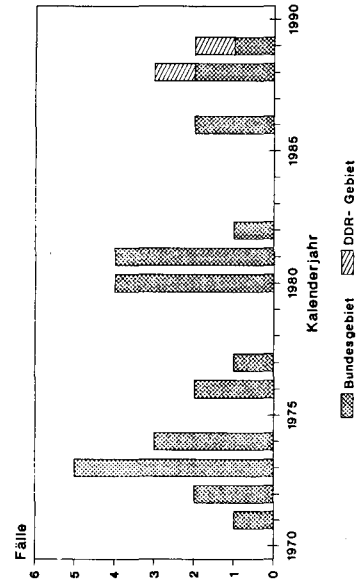
Grafiken

Aussatz (Lepra) 1945-1989
Erkrankungen (Neuzugänge)
Bundesgebiet, DDR- Gebiet



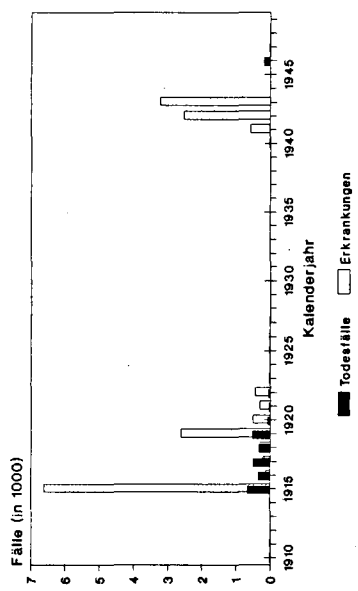
Graphik 3.1.1 BGA Pöhn/ Raach/ Großmann

Cholera 1970-1989
Erkrankungen
Bundesgebiet, DDR- Gebiet



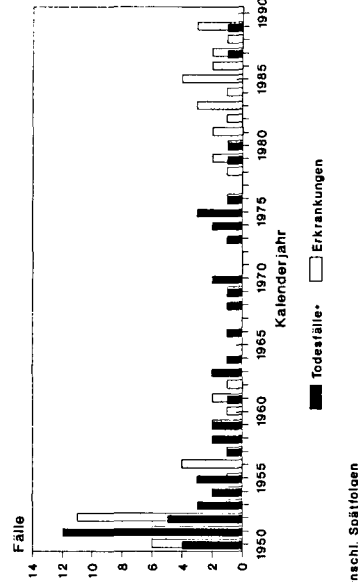
Graphik 3.2.1 BGA Pöhn/ Raach/ Großmann

Fleckfieber 1910-1949
Erkrankungen und Todesfälle
Reichsgebiet, ab 1946 Bundesgebiet



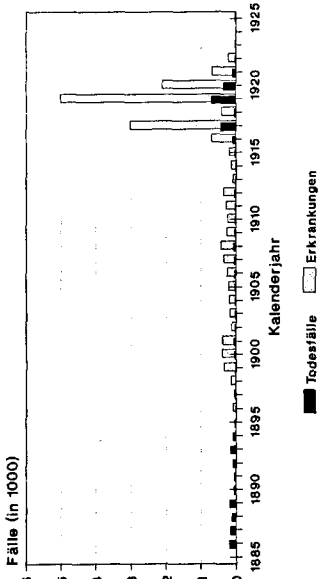
Graphik 3.3.1 Pöhn/ Großmann

Fleckfieber 1950-1989
Erkrankungen und Todesfälle*
Bundesgebiet



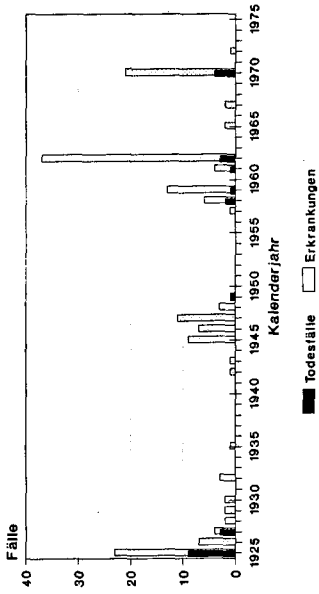
Graphik 3.3.2 Pöhn/ Großmann

Pocken: 1886- 1925 Erkrankungen * und Todesfälle Reichsgebiet



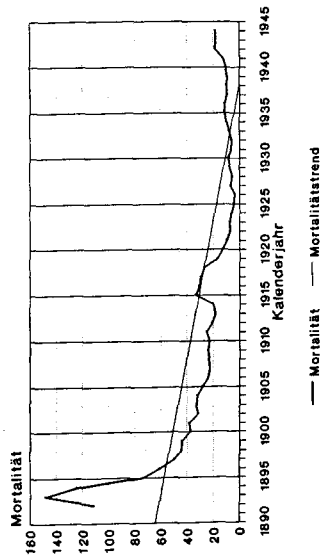
• erst ab 1886 erfaßt
Grafik 3.6.1 BGA Pöhn/ Großmann

Pocken: 1925- 1975 Erkrankungen und Todesfälle Reichsgebiet, ab 1946 Bundesgebiet *



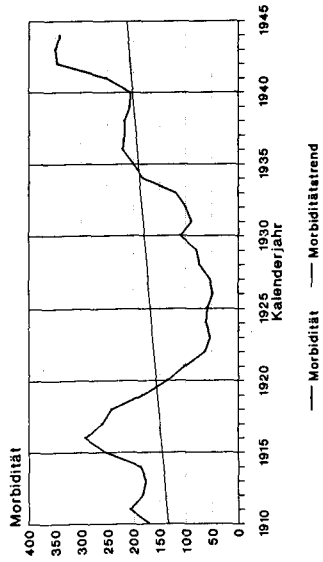
• einachtl. Beitrittsgebiet von 1950
Grafik 3.6.2 Pöhn/ Großmann

Diphtherie: 1890- 1945 Mortalität, Trend Reichsgebiet



Grafik 4.1.1 BGA Pöhn/ Großmann

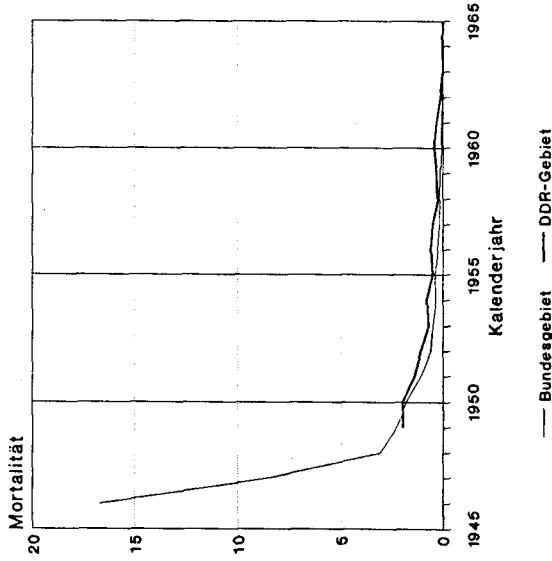
Diphtherie: 1910- 1945 Morbidity, Trend Reichsgebiet



Grafik 4.1.2 BGA Pöhn/ Großmann

Diphtherie: 1945 - 1965

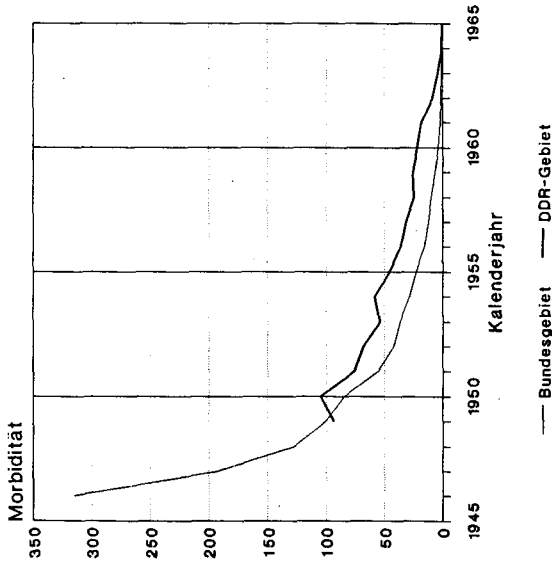
Mortalität
Bundesgebiet, DDR- Gebiet



Grafik 4.1.4 BGA Pöhn/ Rasch/ Großmann

Diphtherie: 1945 - 1965

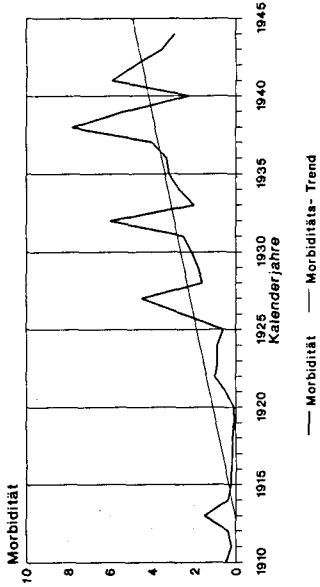
Morbidität
Bundesgebiet, DDR- Gebiet



Grafik 4.1.3 BGA Pöhn/ Rasch/ Großmann

Poliomyelitis 1910-1945

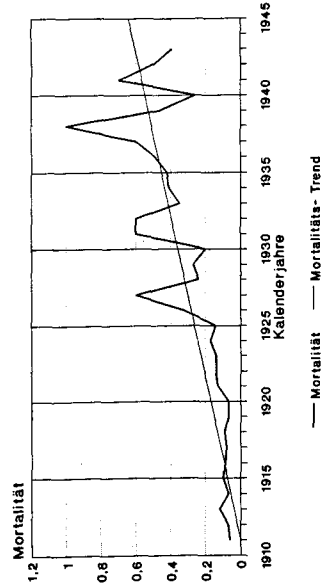
Morbidität, Trend
Reichsgebiet



Grafik 4.2.1 BGA Pöhn/ Großmann

Poliomyelitis 1910-1945

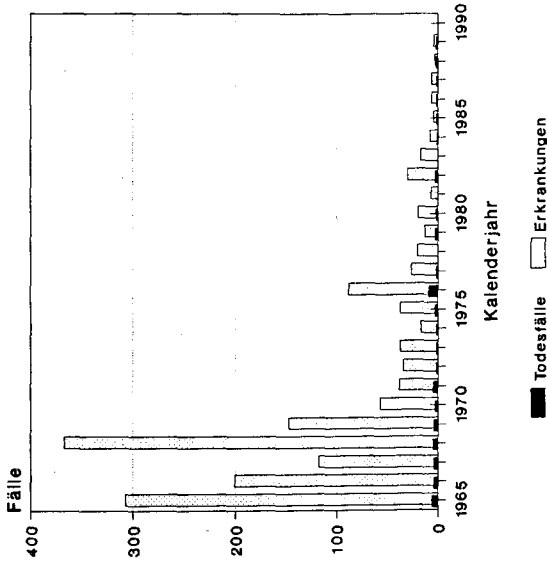
Mortalität, Trend
Reichsgebiet



Grafik 4.2.2 BGA Pöhn/ Großmann

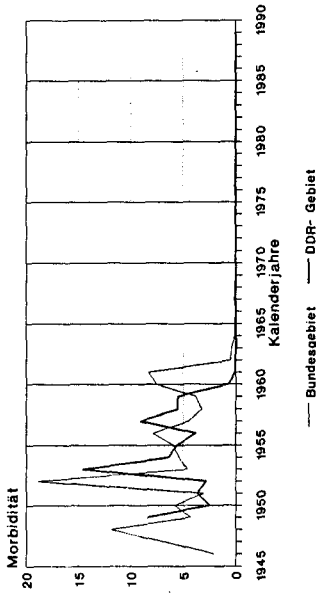
Diphtherie 1965-1989

Erkrankungen und Todesfälle
Bundesgebiet



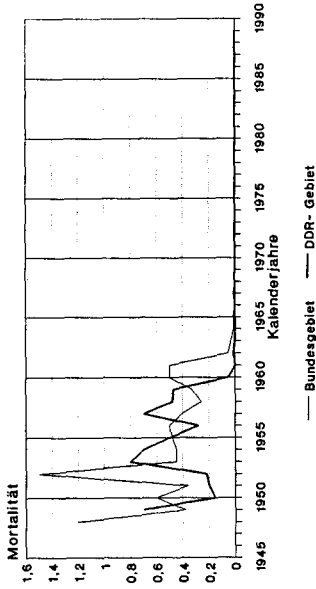
Grafik 4.1.5 BGA Pöhn/ Großmann

Poliomyelitis 1945-1990
 Morbidität
 Bundesgebiet und DDR- Gebiet



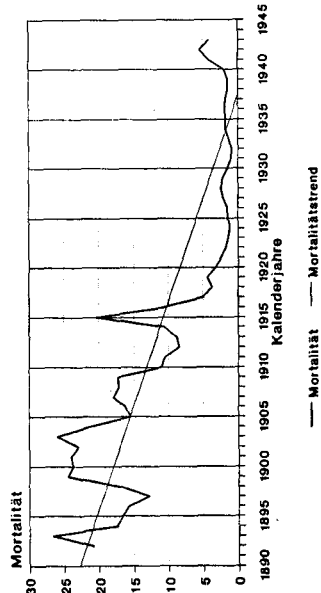
Grafik 4.2.3 BGA Pöhm/ Rasch/ Großmann

Poliomyelitis 1945-1990
 Mortalität
 Bundesgebiet und DDR- Gebiet



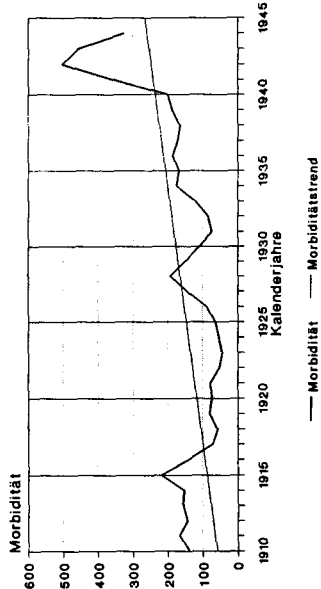
Grafik 4.2.4 BGA Pöhm/ Rasch/ Großmann

Scharlach 1892-1944
 Mortalität, Trend
 Reichsgebiet



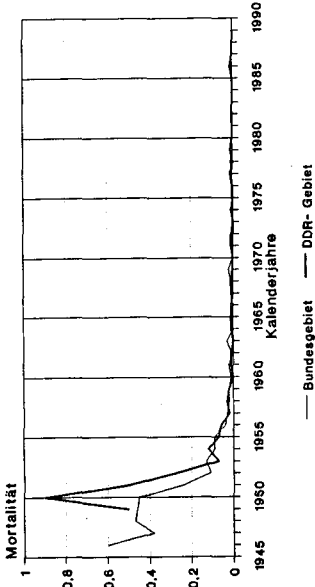
Grafik 4.3.1 BGA Pöhm/ Großmann

Scharlach 1910-1944
 Morbidität, Trend
 Reichsgebiet



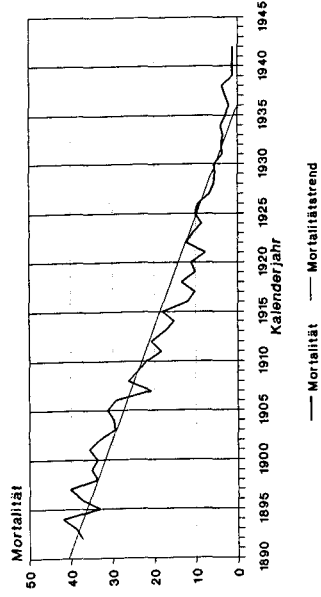
Grafik 4.3.2 BGA Pöhm/ Großmann

Scharlach 1945- 1990
 Mortalität
 Bundesgebiet, DDR- Gebiet



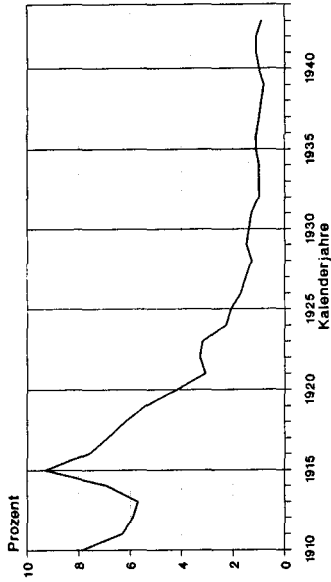
Grafik 4.3.4 BGA Pöhm/ Raech/ Großmann

Keuchhusten 1890- 1945
 Mortalität, Trend
 Reichsgebiet



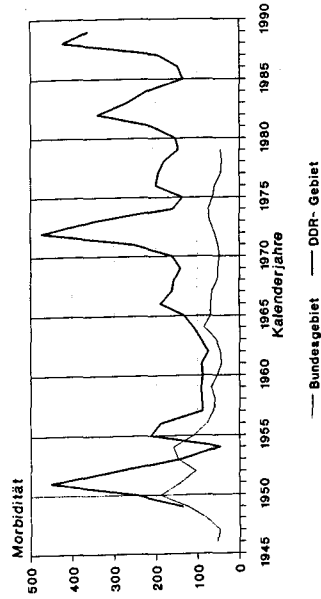
Grafik 4.4.1 BGA Pöhm/ Großmann

Scharlach 1910- 1944
 Letalität
 Reichsgebiet



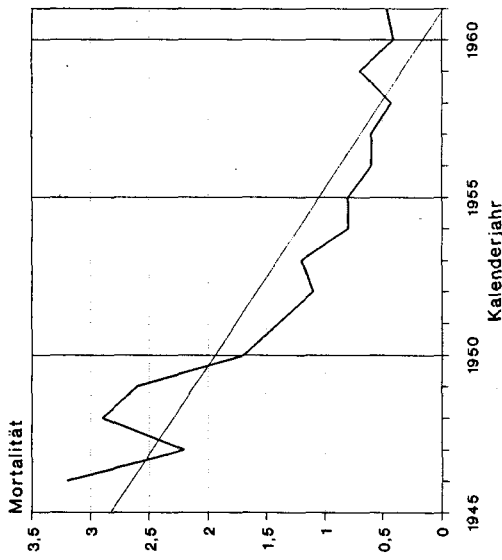
Grafik 4.3.3 BGA Pöhm/ Großmann

Scharlach 1945- 1990
 Morbidität
 Bundesgebiet, DDR- Gebiet



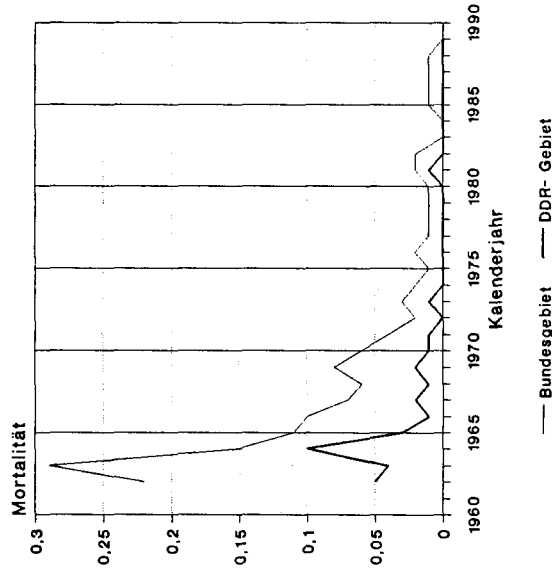
Grafik 4.3.5 BGA Pöhm/ Raech/ Großmann

Keuchhusten 1945- 1961
 Mortalität, Trend
 Bundesgebiet



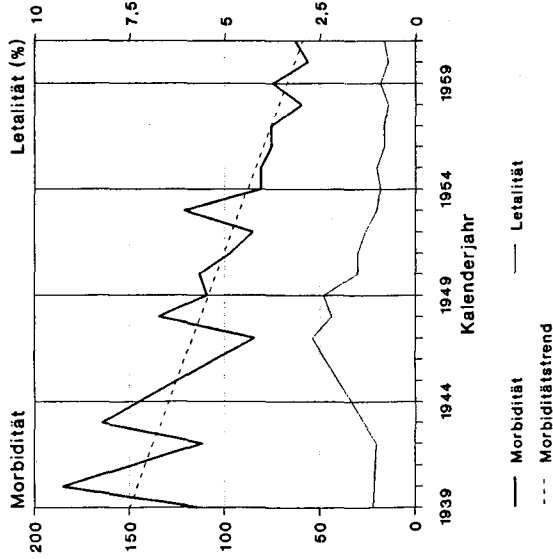
Grafik 4.4.2 BGA Pöhn/ Großmann

Keuchhusten 1962- 1989
 Mortalität
 Bundesgebiet, DDR- Gebiet



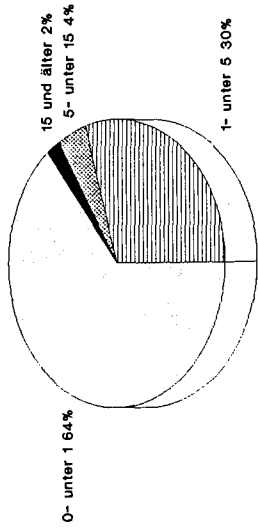
Grafik 4.4.3 BGA Pöhn/ Rasch/ Großmann

Keuchhusten: 1939 - 1961 Morbidity, Letality Reichsgebiet; ab 1946 Bundesgebiet



Grafik 4.4.5 Pöhn/ Großmann

Keuchhusten 1977-1981 Sterbefälle nach Altersgruppen Bundesgebiet

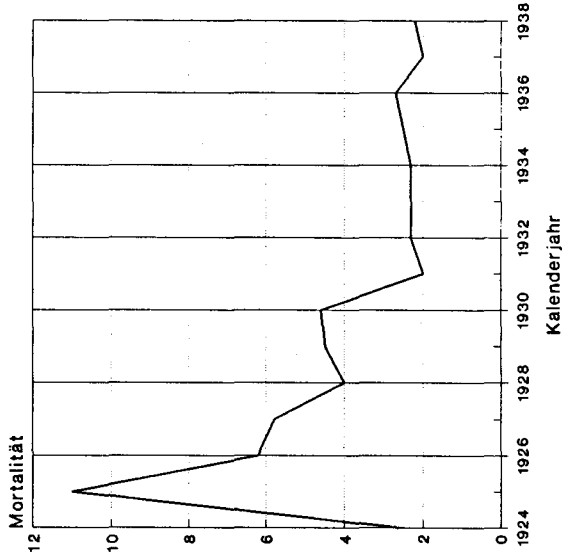


Altersgruppe

Grafik 4.4.4 BGA Pöhn/ Großmann

Masern 1924 - 1938

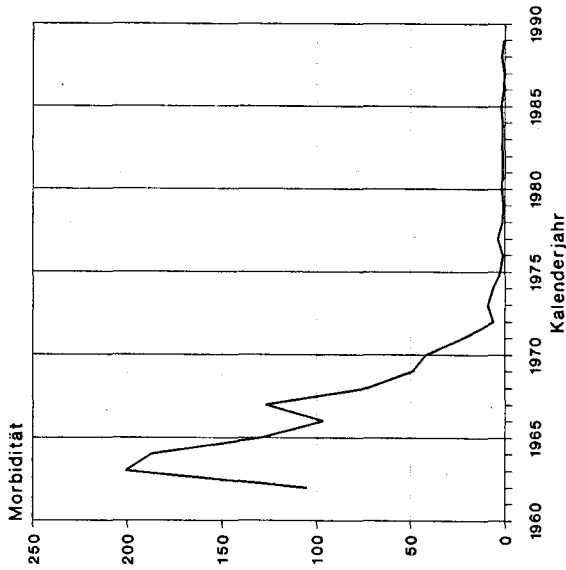
Mortalität
Reichsgebiet



Grafik 4.5.1 BGA Pöhn/ Großmann

Keuchhusten: 1962 - 1989

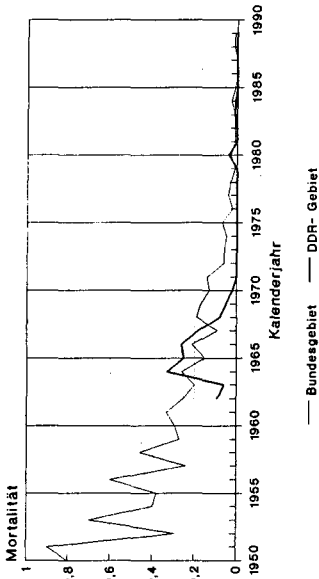
Morbidität
DDR- Gebiet



Grafik 4.4.6 Pöhn/ Rasch

Masern 1950-1989

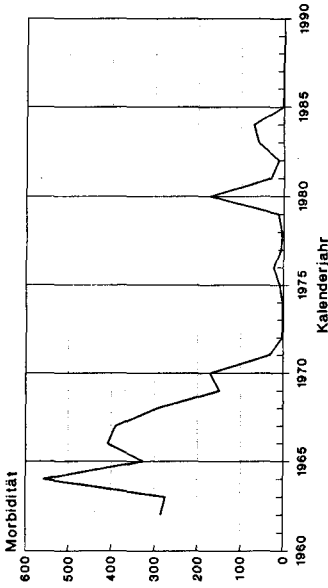
Mortalität
Bundesgebiet, DDR- Gebiet



Grafik 4.5.2 BGA Pöhm/ Rasch/ Großmann

Masern 1962-1989

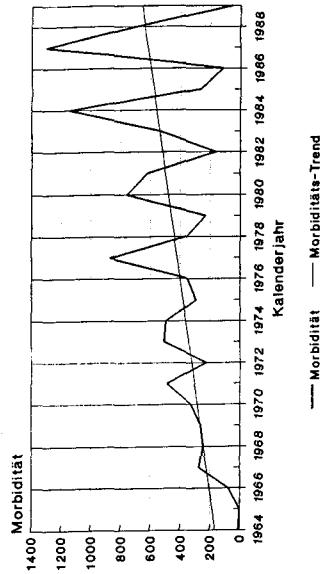
Morbidity
DDR- Gebiet



Grafik 4.5.3 BGA Pöhm/ Rasch

Mumps 1964-1989

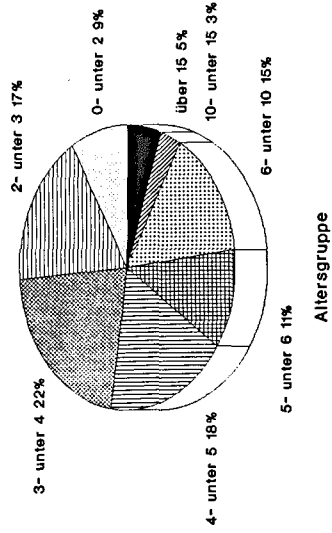
Morbidity, Trend
DDR- Gebiet



Grafik 4.6.1 BGA Pöhm/ Rasch

Mumps 1987

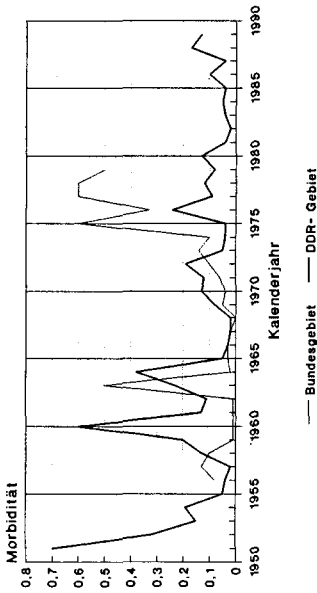
Erkrankungen nach Altersgruppen
DDR- Gebiet



Grafik 4.6.2 BGA Pöhm/ Rasch

Mikrosporidie 1951-1989

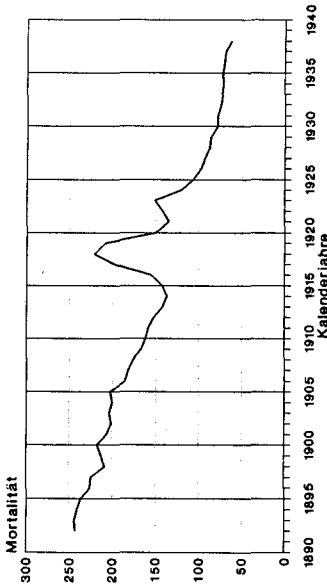
Morbidität
Bundesgebiet, DDR- Gebiet



Grafik 4.7.1 BGA Pöhn/ Rasch/ Großmann

Tuberkulose 1892-1938

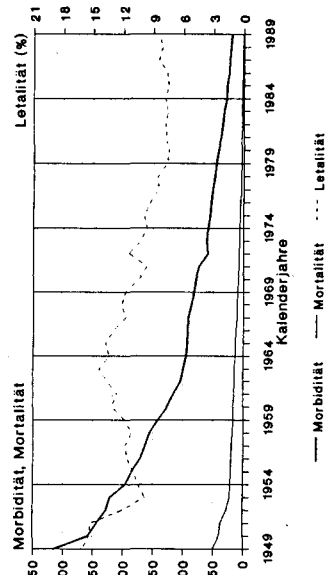
Mortalität
Reichsgebiet



Grafik 5.1.1 BGA Pöhn/ Großmann

Tuberkulose (aktive Form)

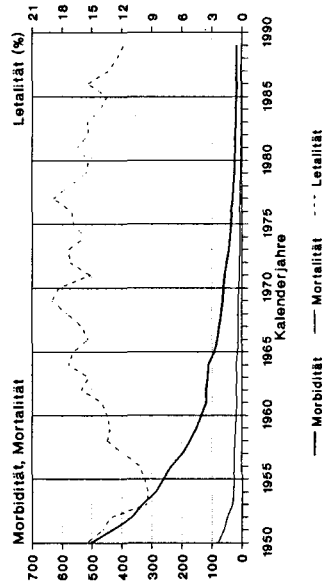
Morbidität, Mortalität, Letalität
Bundesgebiet 1949-1989



Grafik 5.1.2 BGA Pöhn/ Großmann

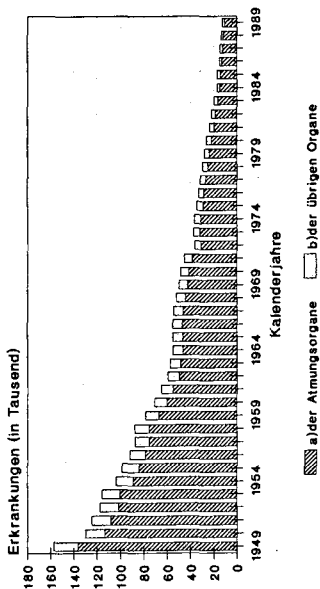
Tuberkulose

Morbidität, Mortalität, Letalität
DDR- Gebiet 1950-1989



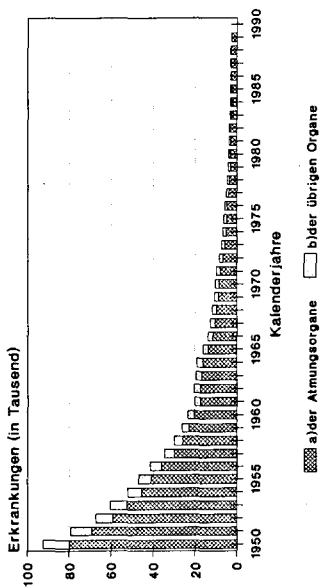
Grafik 5.1.3 BGA Pöhn/ Rasch

Tuberkulose (aktive Form) 1949-1989 Organmanifestationen Bundesgebiet



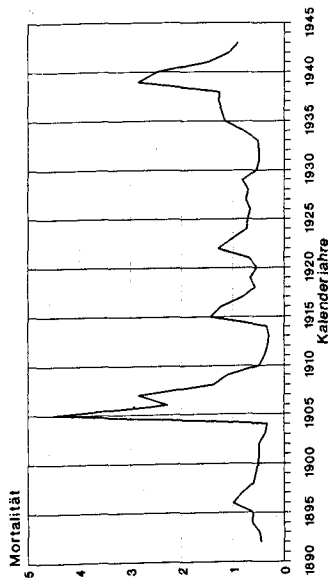
Grafik 5.1.4 BGA Pöhn/ Großmann

Tuberkulose 1950-1989 Organmanifestationen DDR- Gebiet



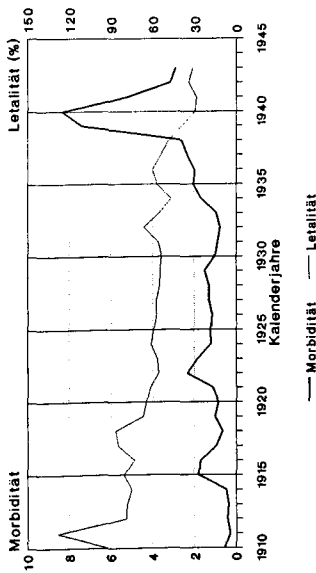
Grafik 5.1.5 BGA Pöhn/ Rasch

Meningokokken- Meningitis 1892-1945 Mortalität Reichsgebiet



Grafik 5.2.1 BGA Pöhn/ Großmann

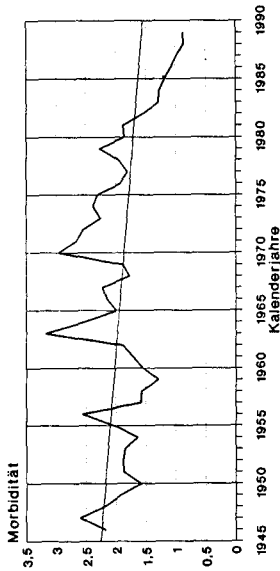
Meningokokken- Meningitis 1910-1945 Morbidity, Letalität Reichsgebiet



Grafik 5.2.2 BGA Pöhn/ Großmann

Meningokokken- Meningitis 1946- 1989

Morbidity, Trend
Bundesgebiet

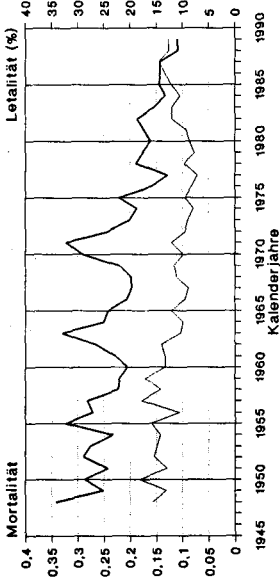


— Morbidity — Morbidity trend

Grafik 5.2.3 BGA Pöhm/ Großmann

Meningokokken- Meningitis 1946- 1989

Mortality, Lethality
Bundesgebiet

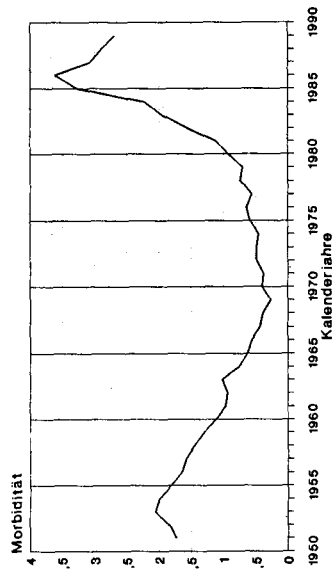


— Mortality — Lethality

Grafik 5.2.4 BGA Pöhm/ Großmann

Meningokokken- Meningitis 1951- 1989

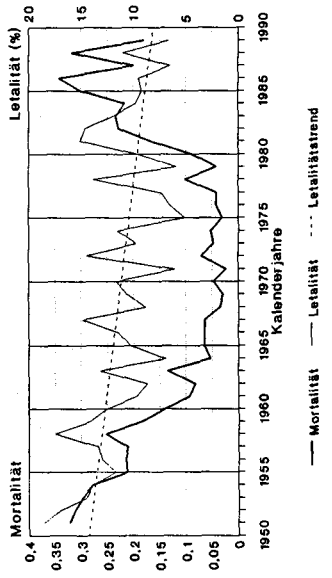
Morbidity
DDR- Gebiet



Grafik 5.2.5 BGA Pöhm/ Raesch

Meningokokken- Meningitis 1951- 1989

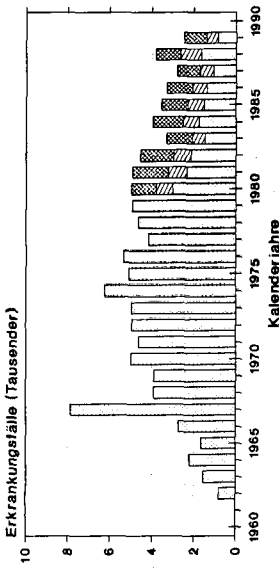
Mortality, Lethality, Trend
DDR- Gebiet



— Mortality — Lethality - - - Lethality trend

Grafik 5.2.6 BGA Pöhm/ Raesch

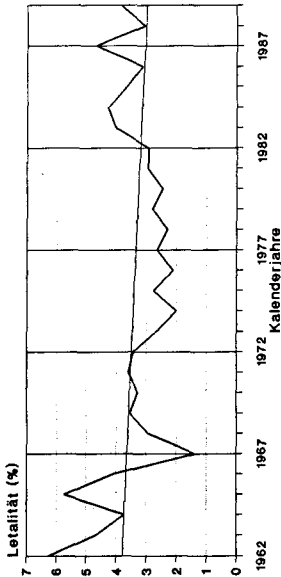
Meningitis/ Encephalitis, übrige Formen*
Erkrankungen 1962- 1989
Bundesgebiet



□ übrige Formen ▨ Virus-Meningoenc. ▩ bakterielle Mening.*

* nicht durch Meningokokken bedingt
Grafik 5.2.7 BGA Pöhn/ Großmann

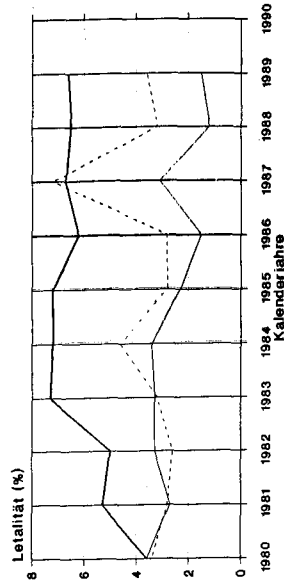
Meningitis/ Encephalitis, übrige Formen*
Letalität, Trend 1962-1989
Bundesgebiet



— Letalität - - - Trend

* nicht durch Meningokokken bedingt
Grafik 5.2.8 BGA Pöhn/ Großmann

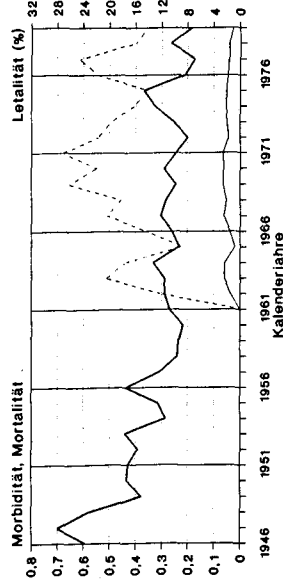
Meningitis/ Encephalitis, übrige Formen*
Letalität 1980- 1989
Bundesgebiet



— Bakterielle Mening.* - - - Virus-Meningoenceph. ···· Übrige Formen

* nicht durch Meningokokken bedingt
Grafik 5.2.9 BGA Pöhn/ Großmann

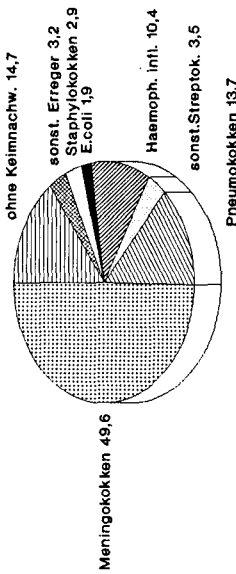
Übertragbare Gehirnentzündung
Morbidity, Mortality, Letality
Bundesgebiet 1946- 1979



— Morbidity - - - Mortality ···· Letality

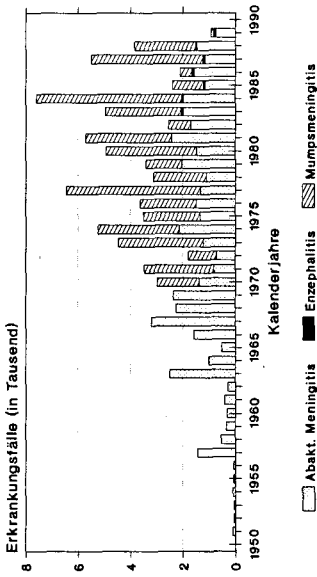
Grafik 5.2.10 BGA Pöhn/ Großmann

Bakterielle Meningitiden
Anteile der Erreger in Prozent
DDR-Gebiet, Mittelwerte 1983- 89



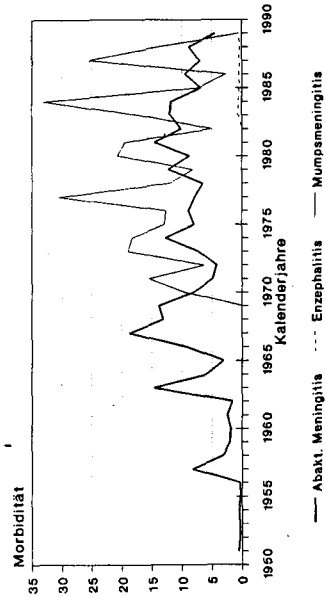
Grafik 5.2.11 BGA Rasch /Pöhn

Abakterielle Meningitis/ Enzephalitis
Erkrankungen
DDR- Gebiet 1951- 1989



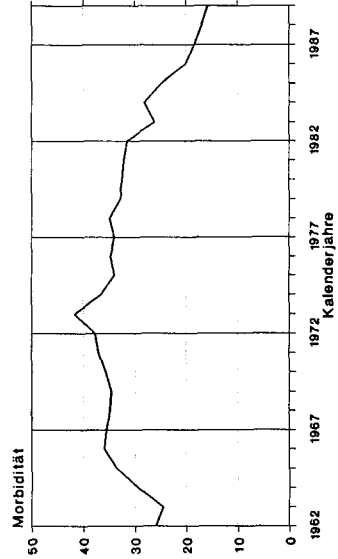
Grafik 5.2.12 BGA Pöhn/ Rasch

Abakterielle Meningitis/ Enzephalitis
Morbidity
DDR- Gebiet 1951- 1989



Grafik 5.2.13 BGA Pöhn/ Rasch

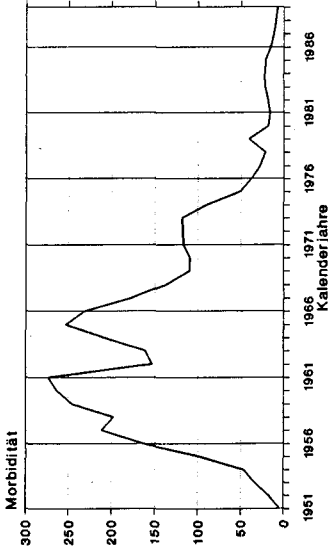
Virushepatitis 1962- 1989
Morbidity
Bundesgebiet



Grafik 5.3.1 BGA Pöhn/ Großmann

Virushepatitis 1951-1989

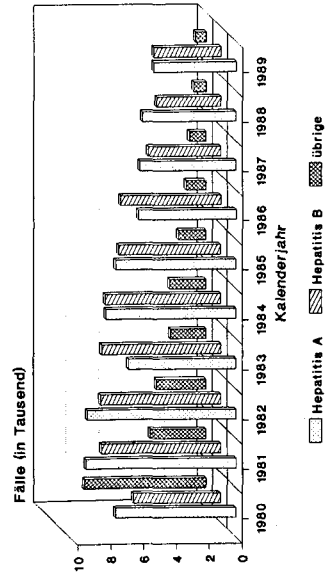
Morbidity
DDR- Gebiet



Grafik 5.3.3 BGA Pöhn/ Raach

Virushepatitis, 1980-1989

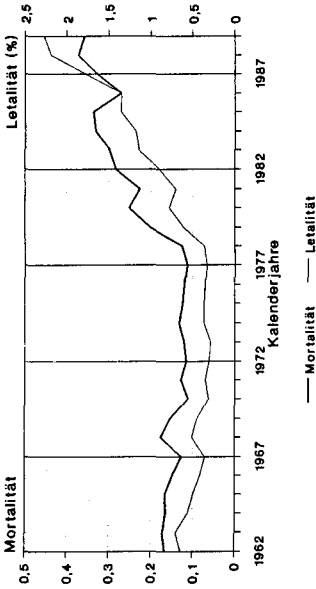
Incidence
Federal Republic



Grafik 5.3.5 BGA Pöhn/ Großmann

Virushepatitis 1962-1989

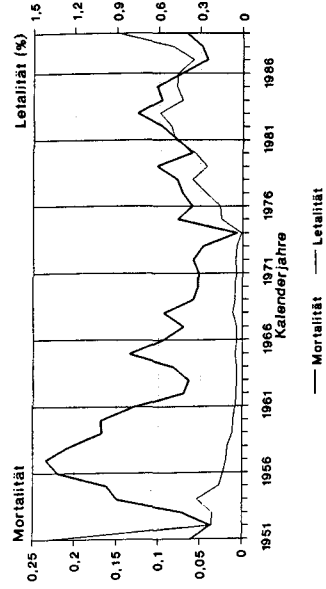
Mortality, Mortality
Federal Republic



Grafik 5.3.2 BGA Pöhn/ Großmann

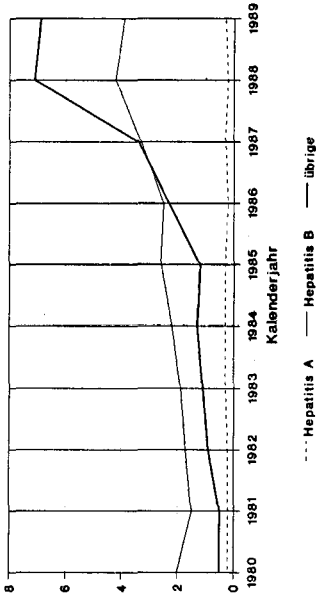
Virushepatitis 1951-1989

Mortality, Mortality
DDR- Gebiet



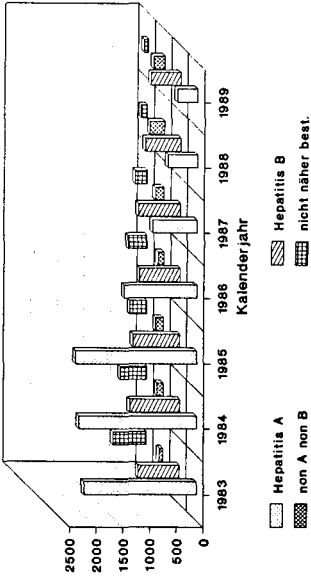
Grafik 5.3.4 BGA Pöhn/ Raach

Virushepatitis, 1980-1989
 Letalität
 Bundesgebiet



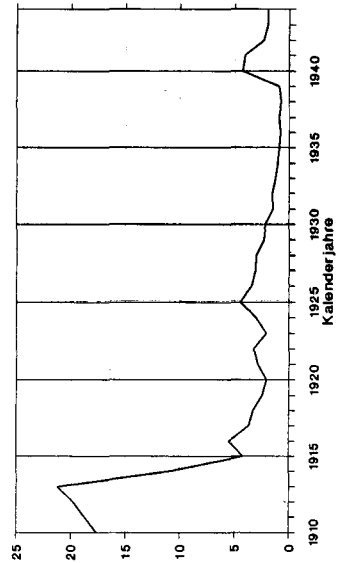
Grafik 5.3.6 BGA Pöhm/ Großmann

Virushepatitis, 1983-1989
 Erkrankungen
 DDR- Gebiet



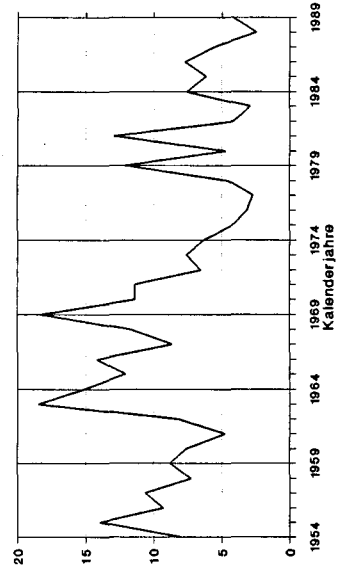
Grafik 5.3.7 BGA Pöhm/ Raesch

Trachom 1910-1944
 Morbidität
 Reichsgebiet



Grafik 5.4.1 BGA Pöhm/ Großmann

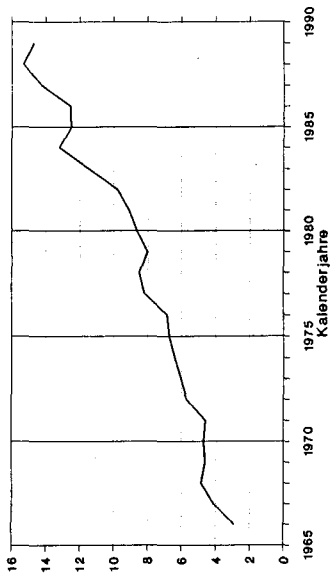
Epidemische Keratokonjunktivitis
 Morbidität 1954-1989
 DDR- Gebiet



Grafik 5.5.1 BGA Pöhm/ Raesch

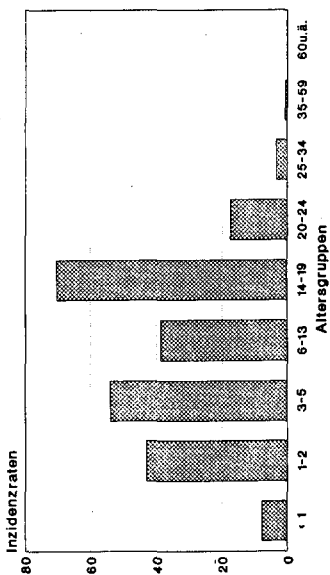
Infektiöse Mononukleose 1966-1989

Morbidität
DDR- Gebiet



Grafik 5.6.1 BGA Pöhn/ Rasch

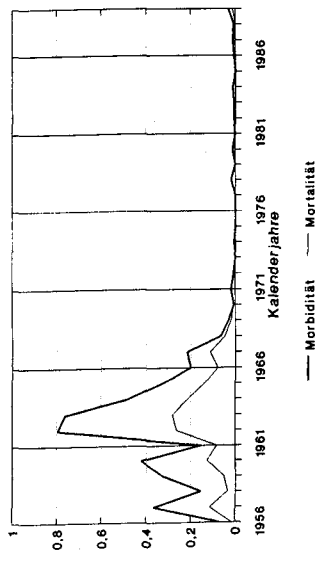
Mononukleose alterspezifische Inzidenzraten DDR- Gebiet 1989



Grafik 5.6.2 BGA Rasch/ Pöhn

Pneumozystose 1956-1989

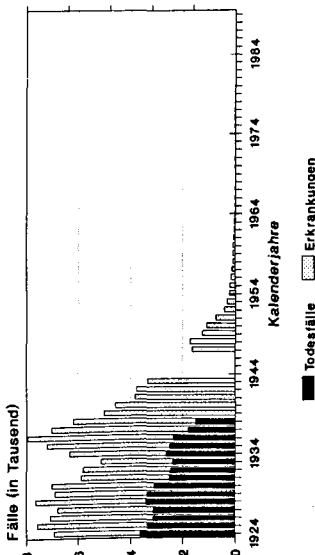
Morbidität Mortalität
DDR- Gebiet



Grafik 5.7.1 BGA Pöhn/ Rasch

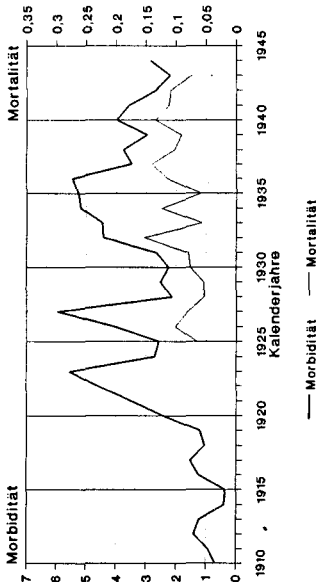
Puerperalsepsis 1924-1989

Erkrankungen und Todesfälle
Reichsgebiet, ab 1947 Bundesgebiet



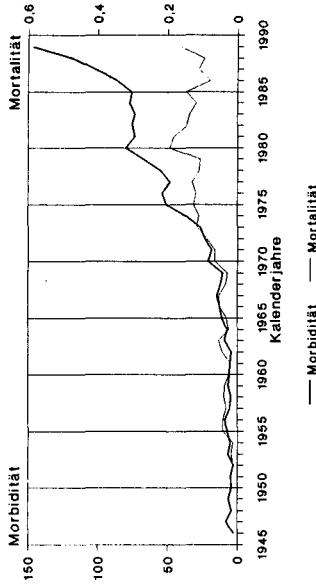
Grafik 5.9.1 BGA Pöhn/ Großmann

Enteritis infectiosa
Morbidität, Mortalität
Reichsgebiet 1910-1945



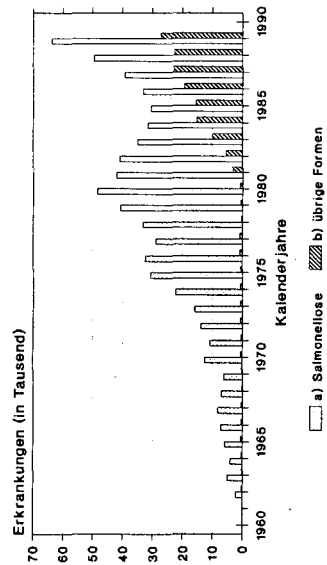
Grafik 6.1.1 BGA Pöhm/ Großmann

Enteritis infectiosa
Morbidität, Mortalität
Bundesgebiet 1946-1989



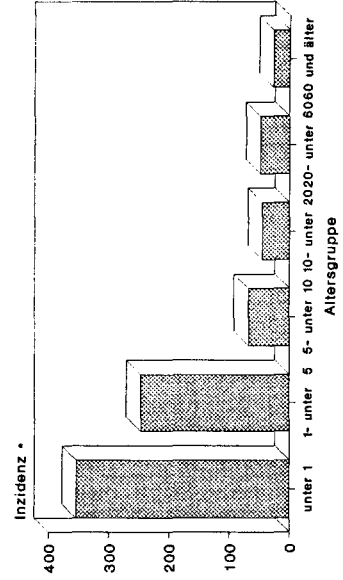
Grafik 6.1.2 BGA Pöhm/ Großmann

Enteritis infectiosa
Erkrankungen, erregerbedingte Formen
Bundesgebiet 1962-1989



Grafik 6.1.3 BGA Pöhm/ Großmann

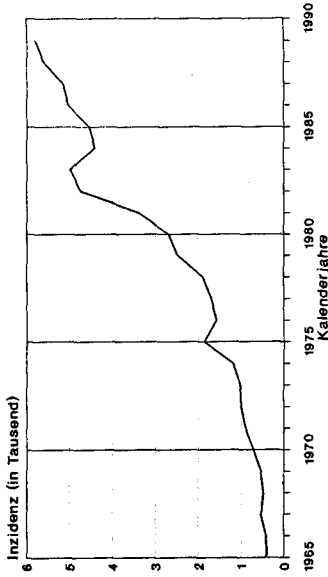
Salmonella- Erstrnacheise 1977
Inzidenz nach Altersgruppen
Bundesgebiet



*Inzidenzen pro 100 000 E. der Altersgr
Grafik 6.1.4 BGA Pöhm, Großmann

Diarrhoe (Durchfall)*

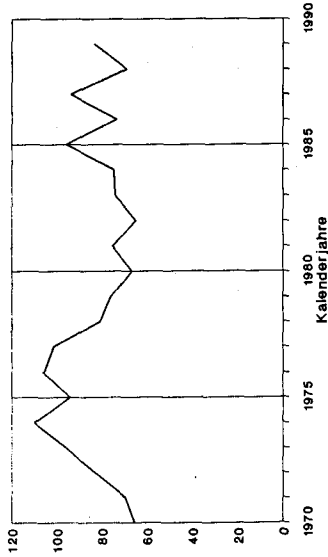
Inzidenz
DDR- Gebiet 1965- 1991



* vermutlich infektiösen Ursprungs
Grafik 6.15 BGA Pöhm/ Rasch

Lebensmittelvergiftungen *

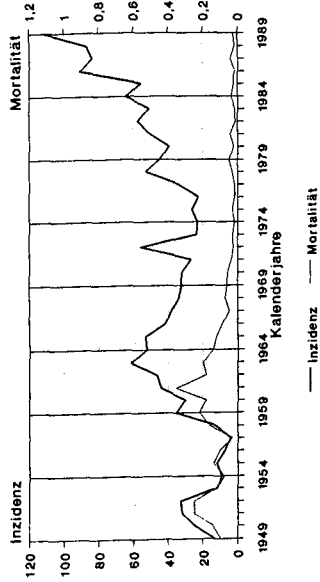
Inzidenz
DDR- Gebiet 1970- 1989



* nach Gemeinschaftserhebung
Grafik 6.16 BGA Pöhm/ Rasch

Salmonelleninfektionen*

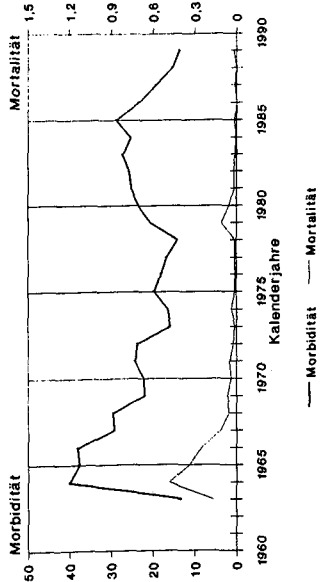
Inzidenz, Mortalität
DDR- Gebiet 1949- 1989



* ohne Typhus und Paratyphus
Grafik 6.17 BGA Pöhm/ Rasch

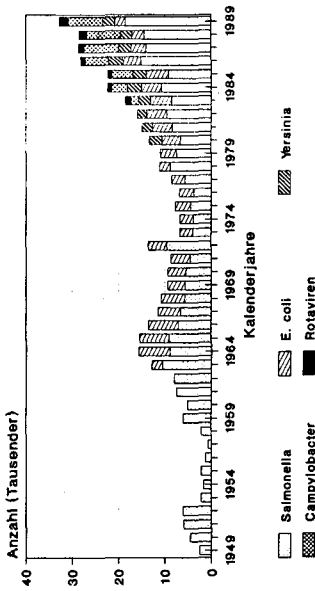
E-coli Enteritis

Morbidity, Mortality
DDR- Gebiet, 1963- 1989



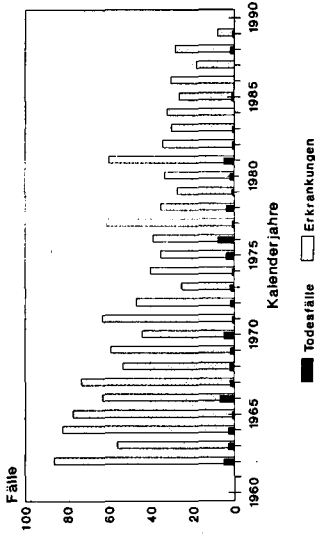
Grafik 6.18 BGA Pöhm/ Rasch

Enteritis- Erreger
Isolierungen (bei Neuerkrankungen)
DDR- Gebiet 1949- 1989



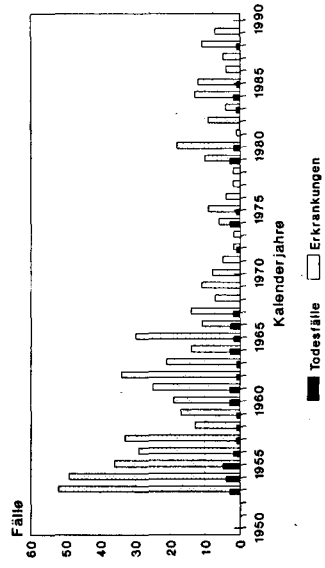
Grafik 6.1.9 BGA Pöhm/ Rasch

Botulismus 1962- 1989
Erkrankungen, Todesfälle
Bundesgebiet



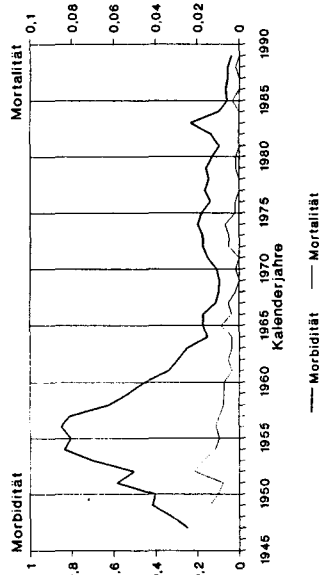
Grafik 6.2.1 BGA Pöhm/ Großmann

Botulismus 1953- 1989
Erkrankungen, Todesfälle
DDR- Gebiet



Grafik 6.2.2 BGA Pöhm/ Rasch

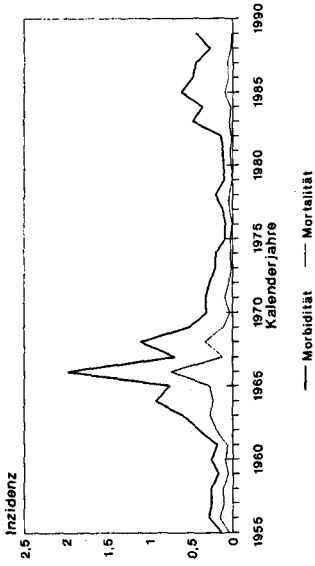
Brucellose 1947- 1989
Morbidität, Mortalität
Bundesgebiet



Grafik 6.3.1 BGA Pöhm/ Großmann

Listeriose 1955- 1989

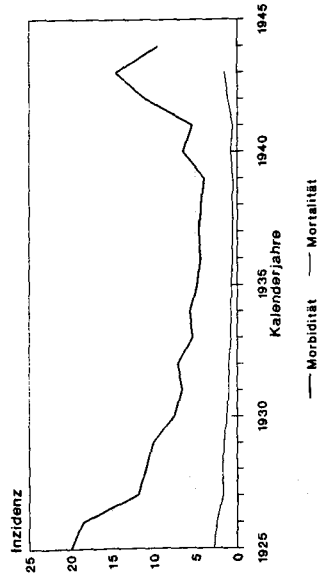
Morbidität, Mortalität
DDR- Gebiet



Grafik 6.4.1 BGA Pöhl/ Rasch

Typhus abdominalis 1925- 1945

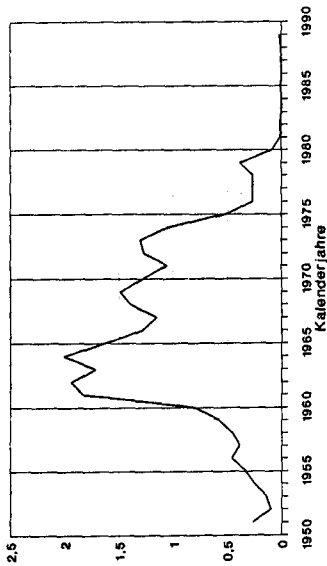
Morbidität, Mortalität
Reichsgebiet



Grafik 6.5.2 BGA Pöhl/ Großmann

Brucellose 1951- 1989

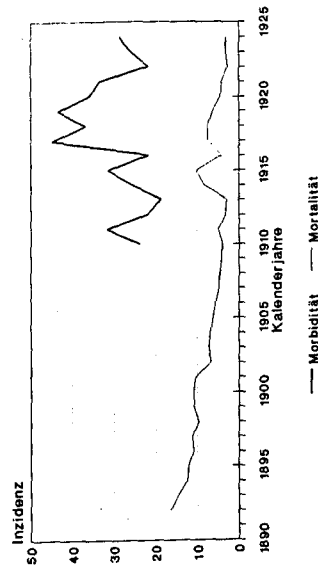
Morbidität
DDR- Gebiet



Grafik 6.3.2 BGA Pöhl/ Rasch

Typhus, Paratyphus 1892- 1924

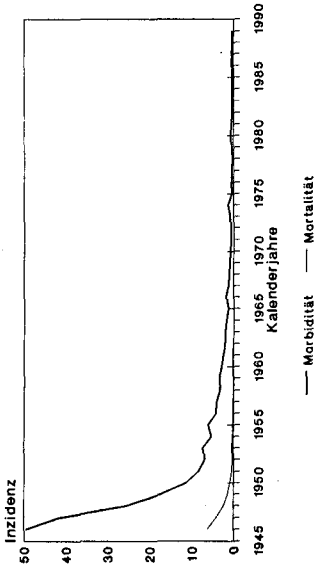
Morbidität, Mortalität
Reichsgebiet



Grafik 6.5.1 BGA Pöhl/ Großmann

Typhus abdominalis 1946-1989

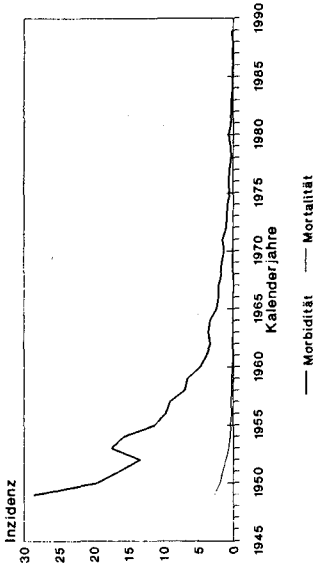
Morbidität, Mortalität
Bundesgebiet



Grafik 6.5.3 BGA Pöhm/ Großmann

Typhus abdominalis 1949-1989

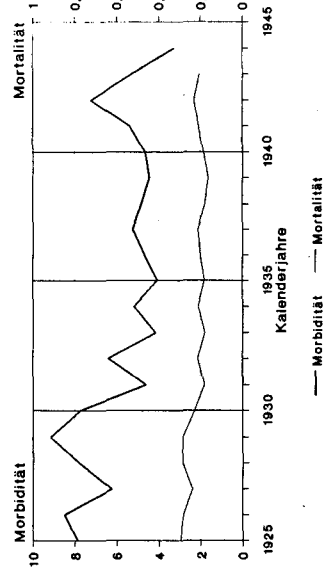
Morbidität, Mortalität
DDR- Gebiet



Grafik 6.5.4 BGA Pöhm/ Rasch

Paratyphus 1925-1945

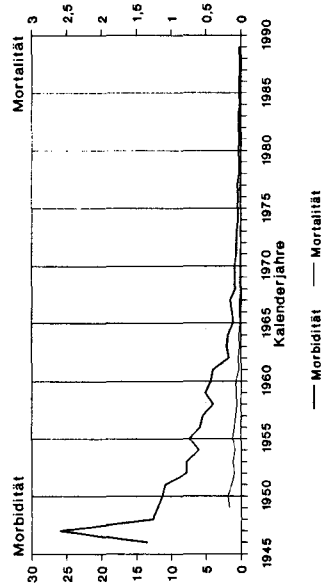
Morbidität, Mortalität
Reichsgebiet



Grafik 6.5.5 BGA Pöhm/ Großmann

Paratyphus 1946-1989

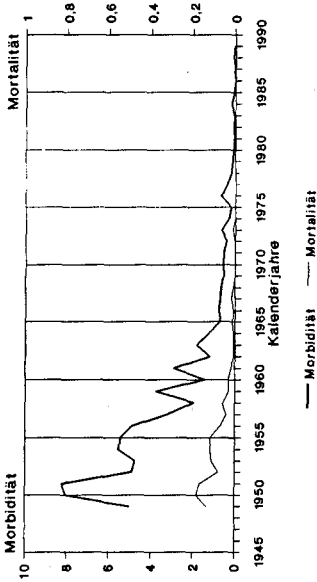
Morbidität, Mortalität
Bundesgebiet



Grafik 6.5.6 BGA Pöhm/ Großmann

Paratyphus 1949-1989

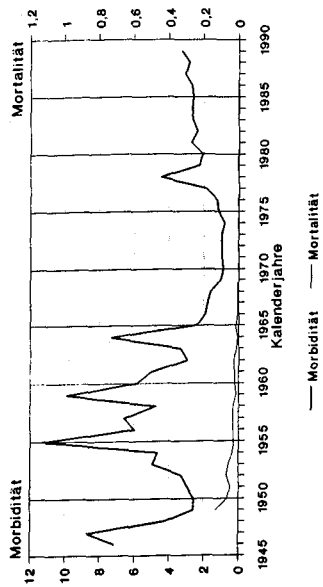
Morbidität, Mortalität
DDR- Gebiet



Grafik 6.5.7 BGA Pöhn/ Raasch

Shigellenruhr 1946-1989

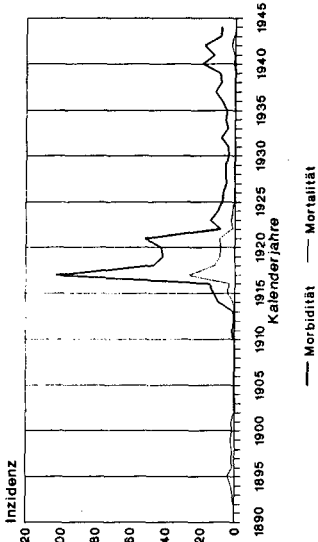
Morbidität, Mortalität
Bundesgebiet



Grafik 6.6.2 BGA Pöhn/ Großmann

Shigellenruhr 1892-1945

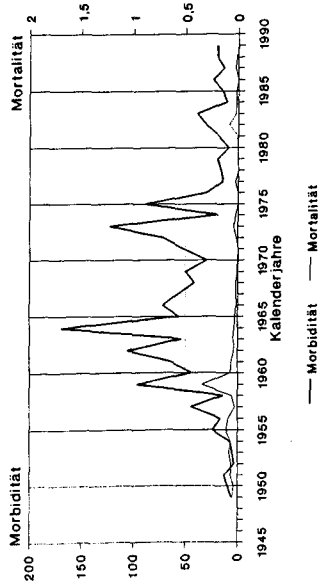
Morbidität, Mortalität
Reichsgebiet



Grafik 6.6.1 BGA Pöhn/ Großmann

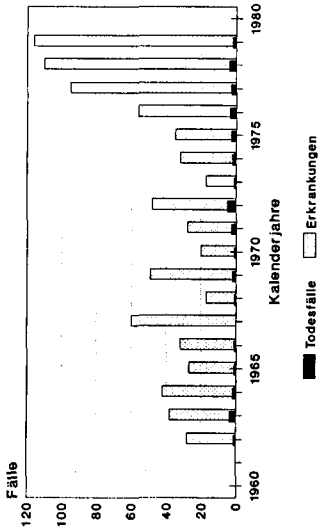
Shigellose 1949-1989

Morbidität, Mortalität
DDR- Gebiet



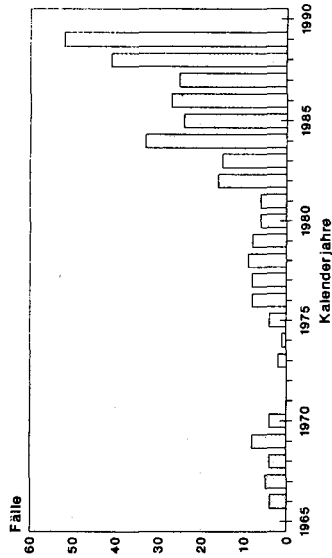
Grafik 6.6.3 BGA Pöhn/ Raasch

Amöbenruhr 1962-1979
 Erkrankungen, Todesfälle
 Bundesgebiet



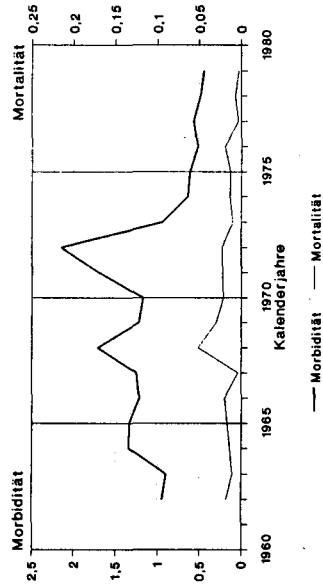
Grafik 6.6.4 BGA Pöhrn/ Großmann

Amöbenruhr 1966-1989
 Erkrankungen
 DDR- Gebiet



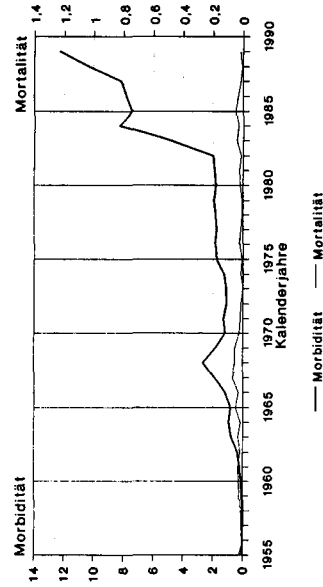
Grafik 6.6.5 BGA Pöhrn/ Rasch

Toxoplasrose 1962-1979
 Morbidität, Mortalität
 Bundesgebiet



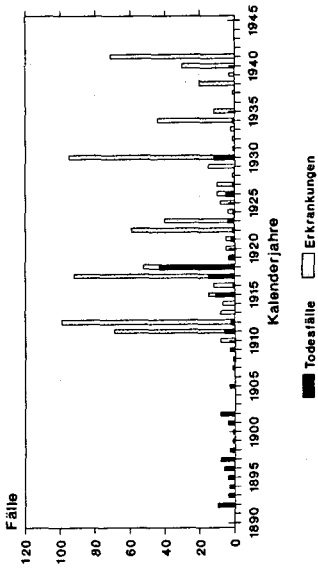
Grafik 6.7.1 BGA Pöhrn/ Großmann

Toxoplasrose 1955-1989
 Morbidität, Mortalität
 DDR- Gebiet



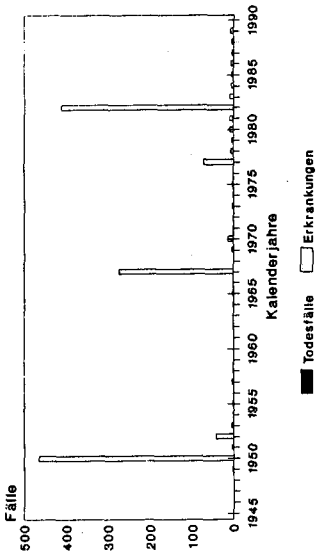
Grafik 6.7.2 BGA Pöhrn/ Rasch

Trichinose 1892-1945
Erkrankungen, Todesfälle
Reichsgebiet



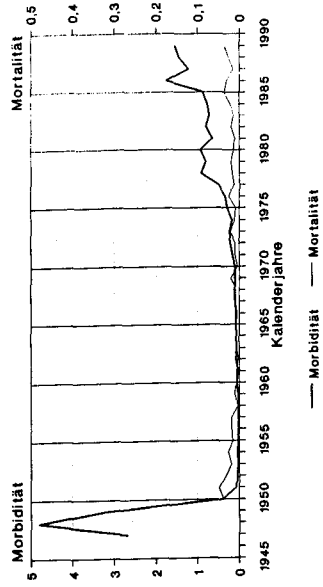
Grafik 6.6.1 BGA Pöhn/ Großmann

Trichinose 1946-1989
Erkrankungen, Todesfälle
Bundesgebiet



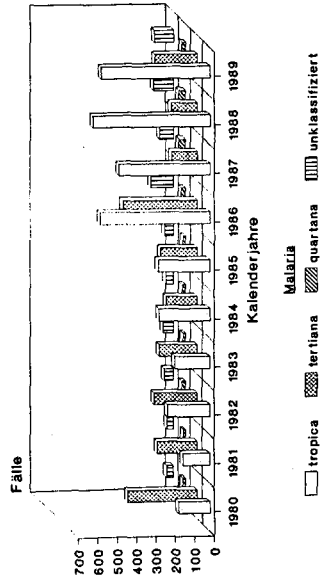
Grafik 6.8.2 BGA Pöhn/ Großmann

Malaria 1947-1989
Morbidität, Mortalität
Bundesgebiet



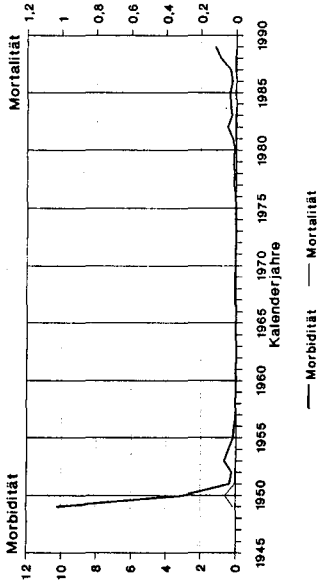
Grafik 7.1.1 BGA Pöhn/ Großmann

Malariaeinschleppungen
in die Bundesrepublik Deutschland
1980-1989, Krankheitsformen



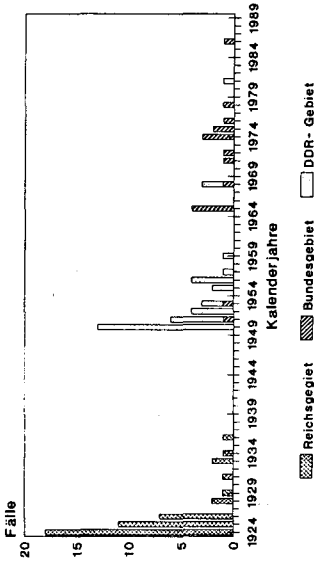
Grafik 7.1.2 BGA Pöhn/ Großmann

Malaria 1949-1989
Morbidity, Mortality
DDR- Gebiet



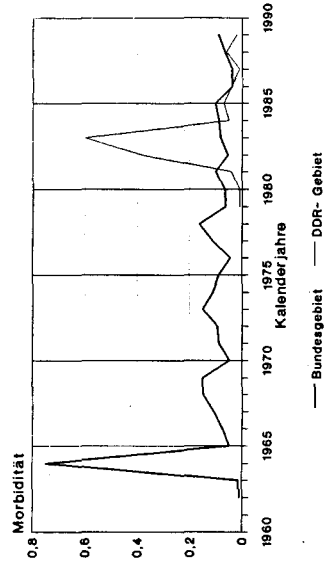
Grafik 7.13 BGA Pöhn/ Raach

Tollwut 1924-1989 *
Erkrankungen (Todesfälle)
Reichsgebiet, Bundesgebiet, DDR- Gebiet



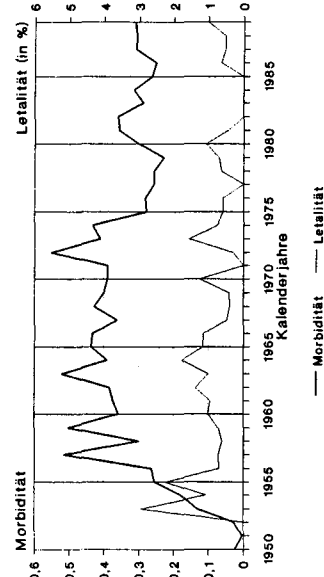
* Für 1939-1949 liegen keine Werte vor.
Grafik 8.11 BGA Pöhn/ Raach/ Großmann

Q- Fieber 1962-1989
Morbidity
Bundesgebiet, DDR- Gebiet



Grafik 8.2.1 BGA Pöhn/ Raach/ Großmann

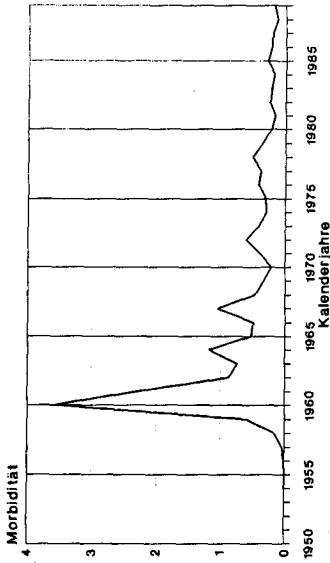
Ornithose (Psittakose) 1950-1989
Morbidity, Letality
Bundesgebiet



Grafik 8.3.1 BGA Pöhn/ Großmann

Ornithose (Psittakose) 1954- 1989

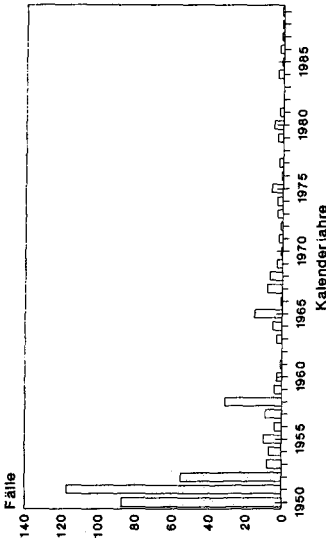
Morbidität
DDR- Gebiet



Grafik 8.3.2 BGA Pöhn/ Raach

Tularämie 1950- 1989

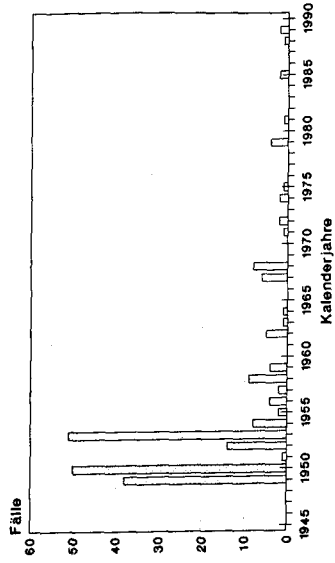
Erkrankungen
Bundesgebiet



Grafik 8.4.1 BGA Pöhn/ Großmann

Tularämie 1949- 1989

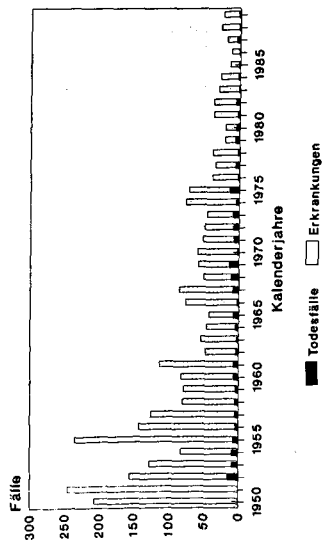
Erkrankungen
DDR- Gebiet



Grafik 8.4.2 BGA Pöhn/ Raach

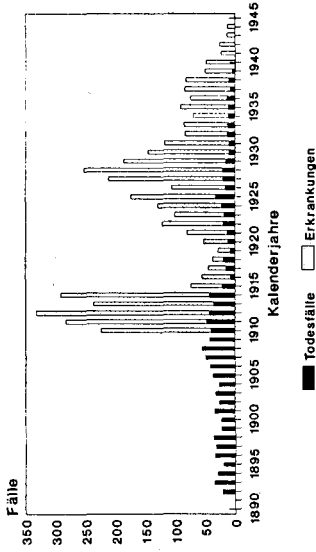
Leptospirose 1950- 1989

Erkrankungen, Todesfälle
Bundesgebiet



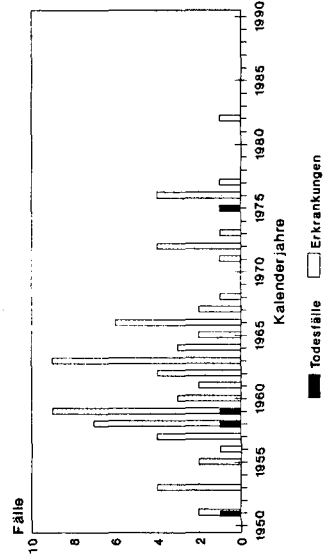
Grafik 8.5.1 BGA Pöhn/ Großmann

Milzbrand 1892- 1945
 Erkrankungen, Todesfälle
 Reichsgebiet



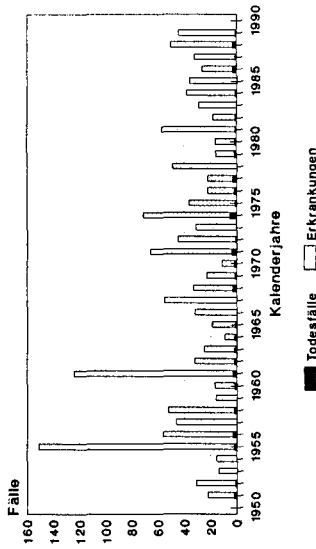
Grafik 8.6.1 BGA Pöhn/ Großmann

Anthrax (Milzbrand) 1950- 1989
 Erkrankungen, Todesfälle
 DDR- Gebiet



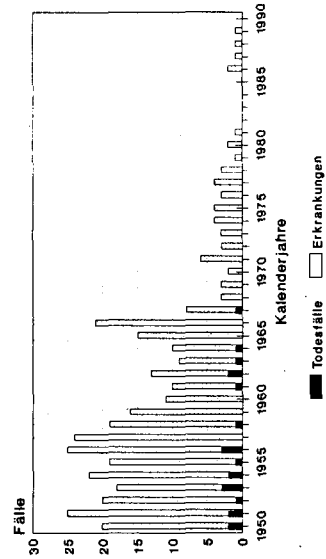
Grafik 8.6.3 BGA Pöhn/ Rasch

Leptospirose 1951- 1989
 Erkrankungen, Todesfälle
 DDR- Gebiet



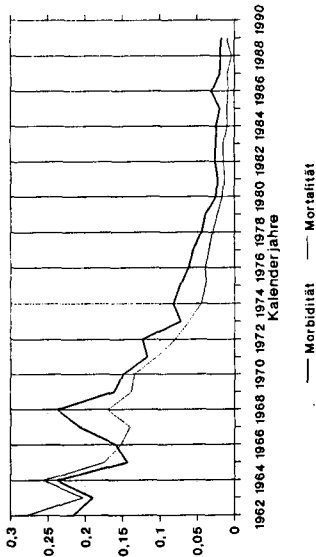
Grafik 8.5.2 BGA Pöhn/ Rasch

Milzbrand 1950- 1989
 Erkrankungen, Todesfälle
 Bundesgebiet



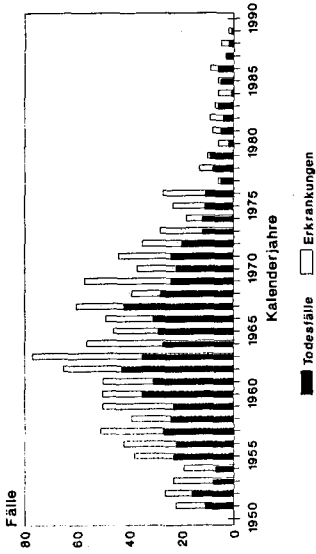
Grafik 8.6.2 BGA Pöhn/ Großmann

Tetanus (Wundstarrkrampf) 1962-1989
Morbidität, Mortalität
Bundesgebiet



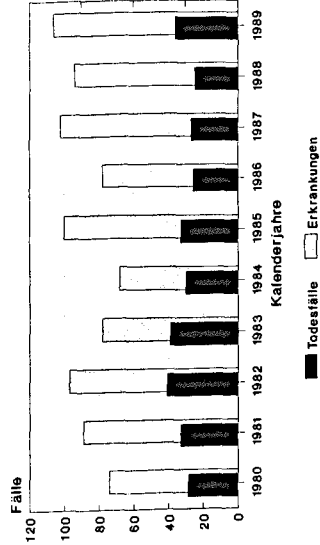
Grafik 8.7.1 BGA Pöhm/ Großmann 1991

Tetanus (Wundstarrkrampf) 1951-1989
Erkrankungen, Todesfälle
DDR- Gebiet



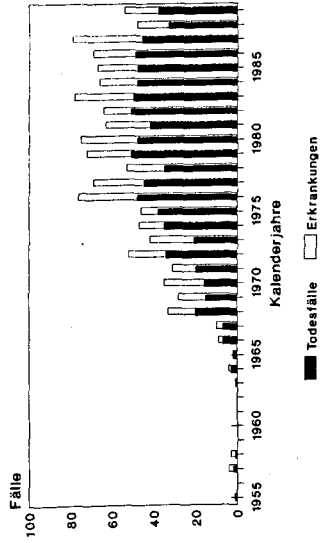
Grafik 8.7.2 BGA Pöhm/ Rasch

Gasbrand/Gasödem 1980-1989
Erkrankungen, Todesfälle
Bundesgebiet



Grafik 8.8.1 BGA Pöhm/ Großmann

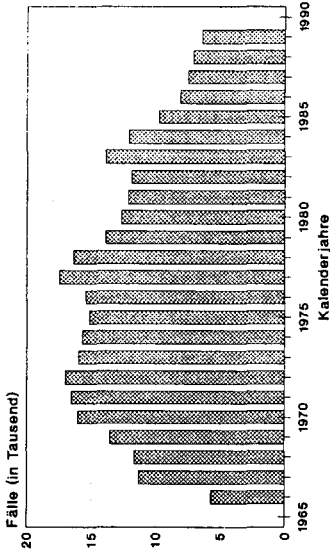
Gasbrand (Gasödem) 1955-1989
Erkrankungen, Todesfälle
DDR- Gebiet



Grafik 8.8.2 BGA Pöhm/ Rasch

Bandwurmbefall 1966-1980

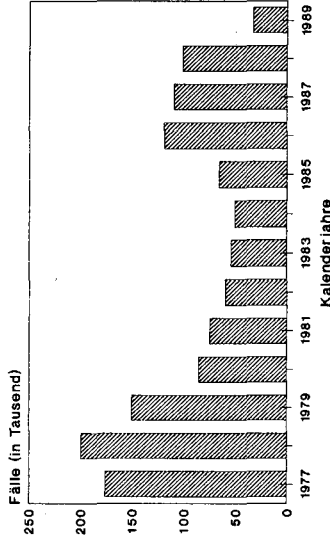
Infestationen
DDR- Gebiet



Grafik 9.1.1 BGA Pöhn/ Rasch

Pediculosis capitis (Kopflausbefall)

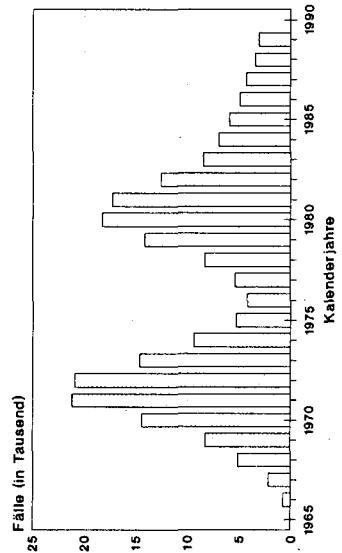
Infestationen 1977-1989
DDR- Gebiet



Grafik 9.2.1. Pöhn/ Rasch

Skabies (Krätze) 1966-1989

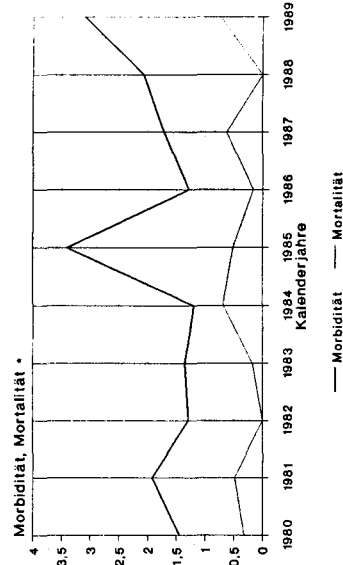
Erkrankungen
DDR- Gebiet



Grafik 9.3.1 BGA Pöhn/ Rasch

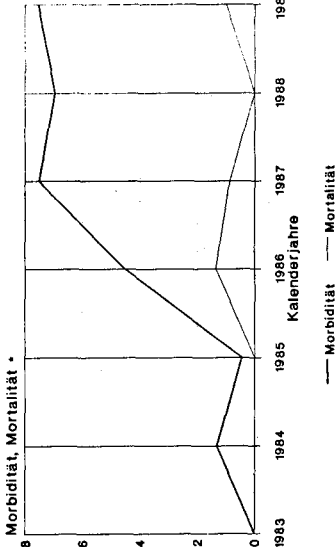
angeborene Cytomegalie 1980-1989

Bundesgebiet



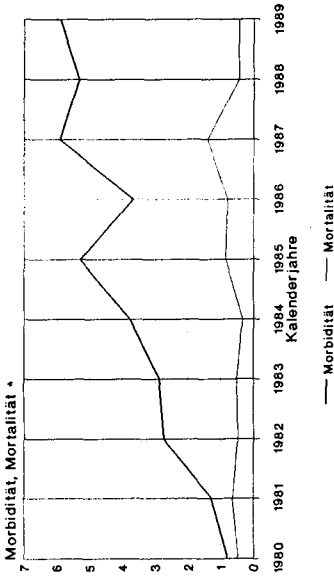
* jeweils auf 100 000 Geborene bezogen
Grafik 10.1.1 BGA Pöhn/ Großmann

angeborene Zytomegalie 1983-1989
DDR- Gebiet



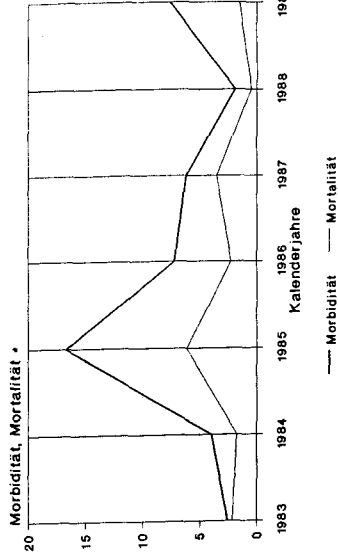
• jeweils auf 100 000 Geborene bezogen
 Grafik 10.1.2 BGA Pohlm/Rasch

angeborene Listeriose 1980-1989
Bundesgebiet



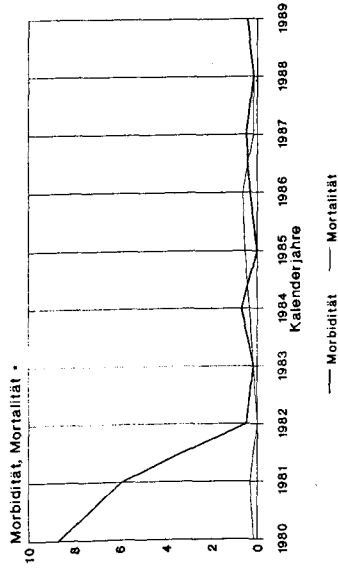
• jeweils auf 100 000 Geborene bezogen
 Grafik 10.2.1 BGA Pohlm/Grobmann

angeborene Listeriose 1983-1989
DDR- Gebiet



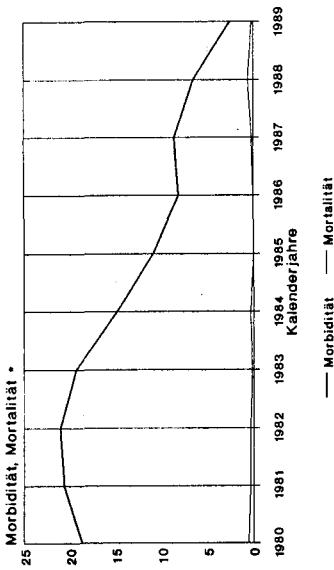
• jeweils auf 100 000 Geborene bezogen
 Grafik 10.2.2 BGA Pohlm/Rasch

angeborene Lues 1980-1989
Bundesgebiet



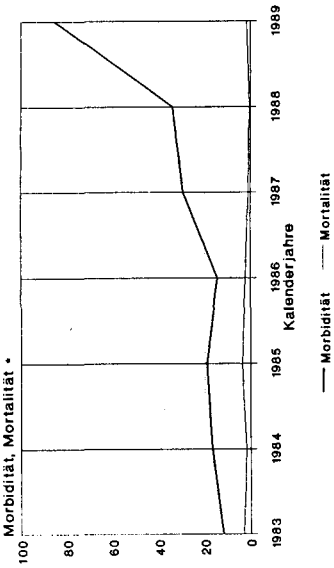
• jeweils auf 100 000 Geborene bezogen
 Grafik 10.3.1 BGA Pohlm/Grobmann

angeborene Toxoplasmose 1980-1989 Bundesgebiet



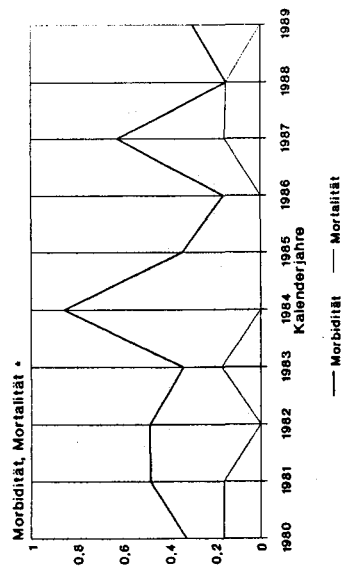
* jeweils auf 100 000 Geborene bezogen
Grafik 10.4.1 BGA Pöhn/ Grobmann

angeborene Toxoplasmose 1983-1989 DDR-Gebiet



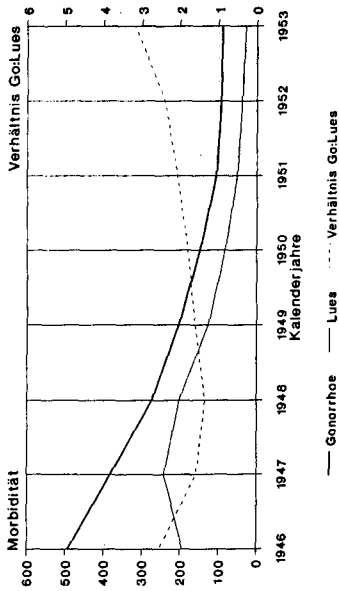
* jeweils auf 100 000 Geborene bezogen
Grafik 10.4.2 BGA Pöhn/ Rasch

angeborene Rötelnembryopathie Bundesgebiet



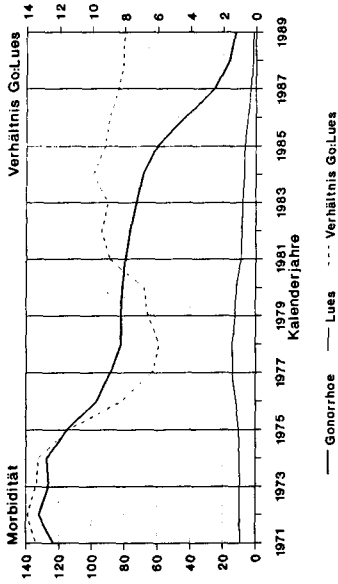
* jeweils auf 100 000 Geborene bezogen
Grafik 10.5.1 BGA Pöhn/ Grobmann

Geschlechtskrankheiten 1946-1953 Bundesgebiet



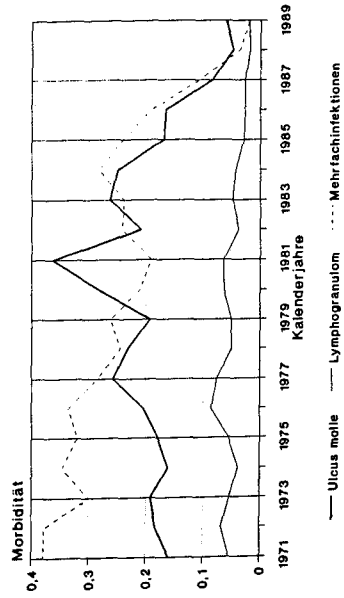
Grafik 11.1 BGA Pöhn/ Großmann

Geschlechtskrankheiten 1971-1989 Bundesgebiet



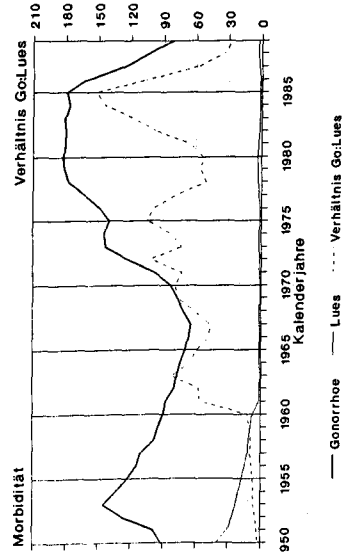
Grafik 11.2 BGA Pöhn/ Großmann

Geschlechtskrankheiten 1971-1989 Bundesgebiet



Grafik 11.3 BGA Pöhn/ Großmann

Geschlechtskrankheiten 1950-1989 DDR- Gebiet



Grafik 11.4 BGA Pöhn/ Rasch

Das **Bundesgesundheitsamt** ist die zentrale Forschungseinrichtung der Bundesrepublik Deutschland auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege. Das Amt hat den Auftrag, Gesundheitsrisiken zu erkennen, zu bewerten, im Rahmen seiner gesetzlichen Kompetenzen einzudämmen und über Gesundheitsrisiken, auch aus der Umwelt, wissenschaftlich beratend tätig zu sein. Dem Bundesgesundheitsamt gehören heute rund 3000 Mitarbeiter, darunter etwa 700 Wissenschaftler, an.

Sechs wissenschaftliche Institute des Bundesgesundheitsamtes und das AIDS-Zentrum, begleitet von etwa 50 Kommissionen mit externen Sachverständigen, bieten gute Voraussetzungen für eine fachübergreifende Zusammenarbeit auch über die Grenzen Deutschlands hinaus.

Forschung betreibt das Bundesgesundheitsamt auf den Gebieten des Gesundheitsschutzes und des gesundheitlichen Verbraucherschutzes, der Umwelthygiene und der Arzneimittelsicherheit sowie der Prävention.

Wissenschaftliche Beratung erfolgt für die Bundesregierung und andere staatliche Entscheidungsträger, die Europäische Gemeinschaft und andere internationale Gremien.

Exekutivaufgaben wurden dem Bundesgesundheitsamt im Rahmen des Arzneimittel- und Betäubungsmittelrechts, des Seuchen-, Pflanzenschutz- und Chemikalienrechts sowie des Gentechnikrechts übertragen.

Die Einrichtungen des Bundesgesundheitsamtes haben folgende Arbeitsschwerpunkte:

- Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten (Robert Koch-Institut);
- Ermittlung von Zusammenhängen zwischen ökologischen Bedingungen und menschlicher Gesundheit, Umwelthygiene (Institut für Wasser-, Boden- und Lufthygiene);
- Wissenschaftliche Beratung mit dem Ziel der Verbesserung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes; Wissenschaftsadministration im Bereich von Lebensmitteln, Bedarfsgegenständen, Pflanzenbehandlungsmitteln und Chemikalien, Dokumentation und Information zum Vergiftungsgeschehen (Max von Pettenkofer-Institut);
- Epidemiologische Untersuchungen als Grundlage für die Erkennung und Bewertung gesundheitlicher Risiken (Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie);
- Hygiene der Lebensmittel tierischer Herkunft; Erforschung und Bekämpfung von Krankheiten, die vom Tier auf den Menschen übertragen werden können; Nachweis und Beurteilung von Rückständen in tierischen Lebensmitteln (Institut für Veterinärmedizin);
- Zulassung und Registrierung von Arzneimitteln, Sammlung und Auswertung von Meldungen über unerwünschte Arzneimittelwirkungen; Überwachung des legalen Verkehrs mit Betäubungsmitteln (Institut für Arzneimittel);
- Durchführung und Koordination der AIDS-Forschung in der Bundesrepublik Deutschland (AIDS-Zentrum).

Der vorliegende Band der bga-Schriftenreihe enthält erstmals umfassend statistische Daten und wissenschaftliche Erläuterungen zu den meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Deutschland. Die Statistik geht zurück bis in die Zeit des Kaiserreiches, endet 1990 und zeichnet die Entwicklungen in beiden deutschen Staaten nach dem 2. Weltkrieg auf.

Morbidität und Mortalität der übertragbaren Krankheiten haben nicht nur medizinische, sondern u. a. auch wirtschaftliche, politische und rechtliche Ursachen und Wirkungen. Die bga-Schrift ist daher nicht nur für Ärzte bestimmt, sondern auch für Wissenschaftler anderer Fächer – Soziologen, Juristen, Lehrer, Politiker und Journalisten.

www.books2ebooks.eu