

# Epidemiologisches Bulletin

Wöchentlicher Informationsdienst für Ärzte

Bericht des Fachbereichs Infektionsepidemiologie des RKI

Notausgabe

Inhalt	Seite
Zum Umgang mit Verstorbenen mit HIV-Infektion . . . . .	1
Meldepflichtige Infektionskrankheiten im Jahr 1994 (Stand: 28. Woche, 2 Tabellen) . . . . .	2
Ein Cholera-Verdachtsfall bei einem Türken in Baden-Württemberg . . . . .	4
Die epidemiologische Situation im 1. Halbjahr 1994 . . . . .	5

## Zum Umgang mit Verstorbenen mit HIV-Infektion

Eine Reihe von Anfragen aus dem Bestattungsgewerbe, von Friedhöfen und aus pathologischen Abteilungen von Krankenhäusern sowie einzelne Vorkommnisse im Zusammenhang mit dem Transport und dem Umgang mit an AIDS Verstorbenen haben die Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Hansestadt Hamburg (BAGS) dazu veranlaßt, einige grundsätzliche Hinweise für den Umgang mit an AIDS Verstorbenen zu geben. Vergleichbare Anfragen wurden auch aus anderen Bundesländern an das AIDS-Zentrum im Robert Koch-Institut gerichtet und belegen, daß diese Problematik auch andernorts zu Unsicherheit und Konflikten führt. Wir danken der Hamburger Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales daher für die Genehmigung, die von ihr erarbeitete Stellungnahme im Epidemiologischen Bulletin widergeben zu dürfen. Das AIDS-Zentrum begrüßt die klarstellenden Hinweise der Hamburger Gesundheitsbehörde und empfiehlt insbesondere das Angebot zur Erarbeitung von Informationsmaterialien und zur Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen bei entsprechendem Bedarf zur Nachahmung.

Im Folgenden der Wortlaut der BAGS-Stellungnahme:

### HIV/AIDS bei Verstorbenen

**hier: Unsachgemäßes und unwürdiges Verhalten gegenüber Menschen, die an AIDS verstorben sind**

Die Frage möglicher Infektionsgefährdungen durch Leichen von an AIDS verstorbenen Menschen hat mehrfach zu seuchenhygienisch und datenschutzrechtlich unsachgemäßem Verhalten geführt mit der Folge der Verletzung der Persönlichkeitsrechte und

der Würde der Verstorbenen und der Gefühle der Hinterbliebenen.

Die BAGS nimmt dies zum Anlaß, einige grundsätzliche Hinweise zu geben:

Der AIDS-Erreger HIV ist sehr schwer übertragbar. Eine HIV-Übertragung über die intakte Haut gilt als ausgeschlossen. AIDS gehört nicht zu den Infektionskrankheiten, die aufgrund §3 Bundes-Seuchengesetz meldepflichtig sind. In den Hamburger "Richtlinien für die Beförderung von Patienten mit Infektionskrankheiten" ist HIV/AIDS der Gruppe von Infektionskrankheiten zugeordnet, die nicht durch die beim Transport üblichen Kontakte übertragen werden können. Durch Einhaltung der berufsspezifischen Hygieneregeln und Unfallverhütungsvorschriften schützen sich Mitarbeiter von pathologischen Instituten und Bestattungsunternehmen zuverlässig vor übertragbaren Krankheiten einschließlich der HIV-Infektion. Die Leiche eines an AIDS verstorbenen Menschen ist im Regelfall nicht anders zu behandeln als jede andere Leiche; sie ist auch nicht gesondert zu kennzeichnen, oder in Schutzsäcke zu verpacken. Besondere Schutzvorkehrungen sind nur dann zu treffen, wenn diese im Einzelfall vom Arzt, der die Leichenschau durchführt, veranlaßt oder vom Gesundheits- und Umweltamt ausdrücklich angeordnet wurden.

Selbst nach Nadelstichverletzungen und Wund- oder Schleimhautkontakten mit HIV-infiziertem Blut ist das HIV-Infektionsrisiko nach aktuellem Kenntnisstand sehr gering.

Fortsetzung Seite 4



Berichte über meldepflichtige Infektionskrankheiten 28. Woche 1994

Land	Tuberkulose		Enteritis infectiosa		Virushepatitis		Virushepatitis		Meningitis/Enzephalitis		virale Mening./Enzeph.												
	akute TB	Salmonellose	Salmonellose	übrige Formen	Hepatitis A	Hepatitis B	übrige Formen	Meningokokken Mening.	bakt. Mening., übrige	28W. 1.-28W. 1984	1.-28W. 1984	28W. 1.-28W. 1984	1.-28W. 1984										
Baden-Württemberg	0	0	140	3058	11	243	278	5	307	469	7	276	347	1	46	68	4	51	63	20	56	43	
Stuttgart	0	0	161	2098	2	112	162	1	126	210	4	127	178	0	11	21	2	20	26	3	18	14	
Freiburg	0	0	118	1366	3	36	40	1	48	61	0	18	18	0	11	13	1	8	13	6	10	21	
Karlsruhe	0	0	134	1638	5	48	39	2	88	141	0	98	127	0	15	14	0	18	17	2	8	4	
Tübingen	0	0	107	1198	1	47	48	1	44	47	2	33	23	0	8	20	1	5	7	9	18	4	
Bayern	0	0	588	7400	112	3415	3090	6	276	280	6	161	125	3	51	50	7	88	88	11	42	32	
Oberbayern	0	0	166	2273	48	1455	1336	3	131	90	2	48	28	3	28	18	2	28	31	2	5	8	
Niederbayern	0	0	106	1038	15	288	258	0	0	12	15	5	5	0	3	6	0	4	7	0	3	4	
Oberpfalz	0	0	48	688	12	303	294	0	0	6	15	6	6	0	3	5	2	7	6	1	2	4	
Oberfranken	0	0	0	612	7	128	101	0	0	15	18	0	10	0	7	2	0	14	15	1	5	3	
Mittelfranken	0	0	61	665	10	588	425	2	66	47	2	56	39	0	2	2	1	11	6	0	6	0	
Unterfranken	0	0	66	903	5	267	282	0	10	19	1	13	24	0	1	6	0	5	8	0	1	0	
Schwaben	0	0	107	1320	14	375	395	1	46	30	0	30	50	0	6	11	0	20	18	7	21	13	
Berlin	0	0	106	1412	10	581	628	6	255	379	2	42	46	1	16	14	0	19	18	0	6	8	
Brandenburg	0	0	189	2367	47	1967	1655	0	40	54	0	5	14	0	20	15	3	18	42	1	11	12	
Bremen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Hamburg	0	0	77	952	46	1120	920	6	200	145	11	236	216	0	12	13	0	2	18	0	6	9	
Hessen	6	184	215	2981	37	1204	866	7	174	161	7	269	316	3	32	37	3	32	16	3	13	12	
Darmstadt	6	133	118	1776	22	669	502	6	114	108	4	177	216	0	56	36	1	16	18	8	2	10	
Gießen	0	18	30	616	1	176	72	1	35	27	1	31	58	0	6	7	1	5	2	1	3	0	
Kassel	0	32	67	689	14	369	312	1	36	26	2	61	41	0	36	25	2	12	12	1	8	0	
Mecklenbg.-Vorpommern	4	125	208	1928	52	1807	1854	0	14	79	0	27	31	1	6	2	0	20	21	0	17	22	
Niederrhein	7	363	192	3678	74	3132	3114	3	239	309	3	366	475	8	260	139	0	36	38	3	40	46	
Braunschweig	3	81	71	798	12	615	673	1	71	85	3	83	170	0	47	49	0	6	8	1	8	14	
Hannover	0	112	0	836	0	553	546	0	53	87	0	110	115	0	93	18	0	8	12	0	8	6	
Lüneburg	1	60	34	543	26	767	733	2	34	33	0	65	67	2	34	13	0	9	7	2	13	18	
Weeser-Ems	3	80	87	1512	36	1207	1262	0	81	94	0	108	133	7	86	58	0	13	10	0	11	9	
Nordrhein-Westfalen	54	1437	595	8670	284	7887	8269	13	628	839	24	647	624	5	358	255	3	69	107	11	105	102	
Düsseldorf	15	496	145	2634	83	2167	1967	4	213	306	8	227	194	2	116	106	1	26	33	2	23	21	
Köln	11	296	111	1758	45	1239	1327	6	154	167	5	122	114	0	92	32	0	10	19	2	19	14	
Münster	7	170	126	1427	59	1287	1284	0	78	145	3	61	83	0	11	12	0	10	22	0	10	3	
Detmold	8	145	73	880	29	964	1024	2	87	54	6	94	94	1	45	20	0	3	16	3	21	8	
Arensberg	12	332	141	1971	68	2250	2667	1	96	167	2	143	138	1	83	80	2	19	27	4	32	37	
Rheinland-Pfalz	5	235	189	2687	72	1757	1710	1	78	86	4	145	129	2	86	59	0	33	17	4	57	25	
Koblenz	2	74	68	924	21	560	599	0	22	35	0	43	36	1	8	19	0	10	6	2	20	14	
Trier	1	24	22	356	14	332	380	0	3	11	0	12	22	1	11	7	0	8	4	1	5	0	
Rheinhesen-Pfalz	2	137	99	1407	37	865	731	1	53	40	4	80	71	0	67	33	0	14	8	1	36	6	
Saarland	3	37	0	131	778	785	32	643	461	3	25	33	3	64	12	0	8	9	9	1	11	6	
Sachsen	10	144	265	3705	78	3304	3412	2	67	60	0	52	59	0	15	29	2	26	30	1	23	33	
Chemnitz	5	60	0	104	0	915	0	0	14	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	5	0	
Dresden	0	29	67	1233	22	1442	3412	2	38	60	0	18	59	0	1	28	1	11	30	0	11	33	
Leipzig	5	55	85	1007	0	847	0	0	16	0	0	19	0	0	9	0	1	6	0	1	7	0	
Sachsen-Anhalt	8	228	173	2417	69	2687	2637	0	38	139	1	34	36	1	15	6	2	34	20	1	28	26	
Schleswig-Holstein	0	0	69	1325	44	868	810	2	78	68	1	72	109	0	39	22	0	15	16	0	11	14	
Thüringen	6	74	171	2595	51	1899	1710	11	46	40	1	32	27	0	3	3	1	11	17	0	7	19	
Gesamt	103	2879	3658	48362	63601	1148	35555	33929	66	2343	2915	68	2757	3020	61	1684	1275	16	433	478	38	512	541



### Übrige meldepflichtige Infektionskrankheiten 28. Woche 1994

	28. Wo. 1994	1.-28. Wo. 1994	1.-28. Wo. 1993	1.-52. Wo. 1993
Botulismus	0	7	12	18
Brucellose	0	11	8	20
Cholera	0	0	0	1
Diphtherie	1	3	4	9
Fleckfieber	0	1	1	1
Gasbrand	5	83	55	136
Gelbfieber	0	0	0	0
hämorrh. Fieber	0	0	6	9
Lepra	0	3	4	5
Leptospirose Weil	0	5	4	14
Leptospirose, sonstige	0	5	3	25
Malaria	24	378	421	704
Meningitis, übrige Formen	93	405	253	558
Milzbrand	0	1	0	1
Ornithose	1	71	92	201
Paratyphus	1	37	34	94
Pest	0	0	0	0
Poliomyelitis	0	0	0	0
Q-Fieber	2	45	58	180
Rotz	0	0	0	0
Rückfallfieber	0	0	0	1
Shigellose	30	850	809	1922
Tetanus	0	7	11	17
Tollwut	0	0	0	0
Trachom	0	2	6	7
Trichinose	0	0	0	3
Tularämie	0	3	1	2
Typhus	2	84	76	195
angeborene				
- Listeriose	0	13	17	29
- Lues	0	1	5	12
- Rötelnembryopathie	0	0	1	1
- Toxoplasmose	0	10	12	20
- Zytomegalie	0	7	7	14
Gonorrhoe	45	799	1015	
Syphilis	5	214	192	

#### Bemerkungen zu den Tabellen auf Seite 2 und 3

Die Berichte über meldepflichtige Infektionskrankheiten tragen dem Bedürfnis nach aktueller Information Rechnung. Bei dem gegenwärtig unterschiedlichen Stand des Berichtswesens in den einzelnen Bundesländern sind jedoch fehlende (z.B. Tuberkulose) bzw. differierende Daten (z.B. Abweichungen der kumulierten Daten des Vorjahres von den veröffentlichten Daten des Statistischen Bundesamtes) nicht vermeidbar.

Ein Sternchen in den Spalten für die laufende Woche zeigt an, daß für das jeweilige Land bzw. für den Regierungsbezirk noch keine aktuelle Wochenmeldung eingegangen ist.

Dies führt zu einer unvollständigen und mit dem Vorjahr nur bedingt vergleichbaren Kumulativzahl sowie zu einer Beeinträchtigung der Daten auf der(n) übergeordneten Berichtsebene(n).

Von allen Ländern vollständig und rechtzeitig übermittelte Berichte stellen die Voraussetzung für eine Verbesserung des aktuellen Informationssystems dar.

Besonders problematisch ist zur Zeit die aktuelle Datenlage bei der Tuberkulose und den Geschlechtskrankheiten Gonorrhoe und Syphilis. Bei diesen Krankheiten sind die ausgewiesenen Kumulativwerte für das Vorjahr völlig unvergleichbar mit den später an die Statistischen Landesämter für den gleichen Zeitraum gemeldeten Erkrankungszahlen. Wir weisen deshalb in der Tabelle auf Seite 3 (letzte Spalte) zukünftig keine Vorjahressummen für Gonorrhoe und Syphilis mehr aus.



Ein derartiges Risiko ist in den genannten Situationen jedoch nicht völlig auszuschließen, es kann aber durch Sofortmaßnahmen gemindert werden.

Die Ansteckungswahrscheinlichkeit ist kleiner als 0,5% (zum Vergleich Hepatitis B: 12-36%).

Bei Beschäftigten im Bestattungs- und Friedhofswesen sind bisher keine berufsbedingten HIV-Infektionen bekannt geworden.

Die Infektionen bei medizinischem Personal zeigen eindrücklich, daß häufig Hygiene- und Unfallverhütungsvorschriften nicht oder nicht ausreichend beachtet wurden.

Nach dem Hamburgischen Bestattungsgesetz ist der leichenschauende Arzt verpflichtet, bei Anhaltspunkten dafür, daß der Verstorbene an einer meldepflichtigen oder einer ähnlich gefährlichen übertragbaren Krankheit gelitten hat, die durch den Umgang mit der Leiche weiterverbreitet werden kann, dafür zu sorgen, daß die Leiche entsprechend gekennzeichnet wird. Dies wird dann auch im nichtvertraulichen Teil der Todesbescheinigung (ggf. zusammen mit Verhaltenshinweisen) vermerkt.

Auch der obduzierende Arzt kann im begründeten Einzelfall besondere Verhaltensmaßnahmen anordnen. Wenn sich auch eine solche Anordnung vorrangig an den sachlich-medizinischen Erfordernissen orientiert, so müssen die Würde des Verstorbenen und die Gefühle der Trauernden in jedem Fall in die Erwägungen mit einbezogen werden.

Die Begründung für die Anordnung sollte gemäß den berufsrechtlichen Vorschriften dokumentiert werden.

Mit dieser Regelung ist also im Fall eines tatsächlichen und realen Infektionsrisikos dem (berechtigten) Informationsbedürfnis derer, die mit dem Verstorbenen weiter umzugehen haben, Genüge getan.

Gleichwohl ist es für die BAGS durchaus nachvollziehbar, daß bei den Mitarbeitern der Bestattungsunternehmen und pathologischen Institute unter Umständen weiterhin Ängste und Unsicherheiten in Bezug auf eine Gefährdung durch Infektionskrankheiten, insbesondere durch HIV bestehen.

Sie bietet daher an, die Berufsverbände bei der Erarbeitung von Informationsmaterialien über die spezifischen Hygiene- und Unfallverhütungsvorschriften sowie evtl. Verhaltenshinweisen für besondere Situationen zu beraten.

Darüber hinaus können Fortbildungsveranstaltungen für Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einem von Ihnen zu bestimmenden Rahmen mit der AIDS-Beratungsstelle der BAGS (Tel.: 2488-3443) vereinbart werden.

Dort können auch allgemeine "Empfehlungen zu Hygiene, Unfallverhütung und Sofortmaßnahmen" sowie die "Richtlinien für die Beförderung von Patienten mit Infektionskrankheiten" abgefordert werden.

---

## Cholera - Importfall in Baden Württemberg

Am Abend des 31. Juli erkrankte im Schwarzwald-Baarkreis (Villingen-Schwenningen) ein 52jähriger Türke an einer klinischen Cholera; noch in der gleichen Nacht wurde er hospitalisiert.

Als Erreger wurde *Vibrio cholerae* vom Typ O1 nachgewiesen.

Nach Eingang des Stammes im RKI konnte dieser dem Biotyp El Tor, Serotyp Ogawa zugeordnet werden.

Die Frau des Mannes, mit der er gemeinsam am 31.7. aus der Türkei zurückgefliegen war, ist klinisch nicht erkrankt. Zusammen mit ihren Kindern, die nicht in der Türkei waren, ist sie im häuslichen Bereich abgesondert.

Das Ehepaar hatte sich ca. 4 Wochen in der Türkei in der Nähe von Ankara aufgehalten.

Ausflüge beschränkten sich auf den Nahbereich. Kurz vor der Rückreise hatte der Mann angeblich eine "Toilette" gereinigt.

Auch wenn die Türkei zur Zeit nicht als Infektionsgebiet gilt und in den vergangenen Jahren von dort keine Cholera-Fälle an die WHO gemeldet wurden (auch nicht in Form von Importfällen), so läßt dieses Ereignis doch nur die Schlußfolgerung zu, daß ein Cholera-Risiko dort nicht völlig ausgeschlossen ist.

Die letzten in Deutschland erfaßten Cholera-Fälle mit dem Infektionsgebiet Türkei wurden 1980 registriert.

Bei klinischem Verdacht nach Rückkehr aus der Türkei sollte deshalb die Cholera nicht a priori ausgeschlossen, sondern eine entsprechende bakteriologische Untersuchung eingeleitet werden.



## Die Situation im ersten Halbjahr 1994

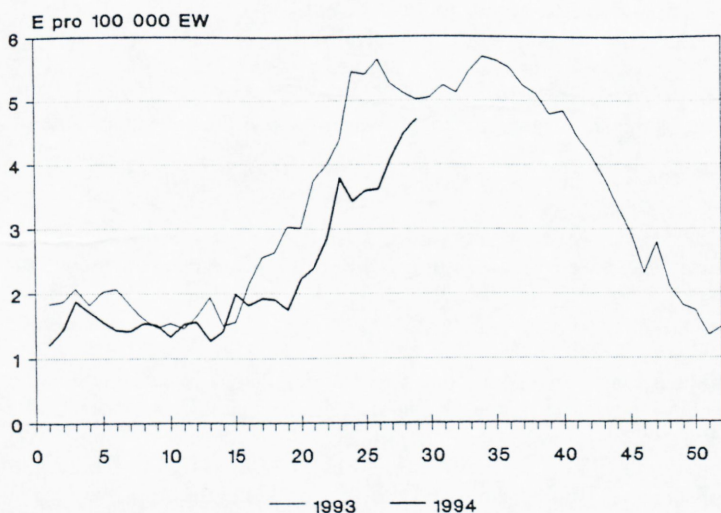


Abb.1: Salmonellosen in Deutschland  
Inzidenzraten pro Woche

Der seit dem 1. Quartal 1993 zu beobachtende Rückgang der gemeldeten Salmonellosen hat sich weiter fortgesetzt.

Im ersten Halbjahr dieses Jahres liegt die Erkrankungszahl um 23% unter dem Vergleichswert des Vorjahres. Auch der saisonal übliche Anstieg vom 1. zum 2. Quartal ist mit 67% geringer ausgefallen als im Vorjahr.

Da die Salmonellosen im ersten Halbjahr eines Jahres üblicherweise den saisonalen Tiefpunkt erreichen, sind Prognosen auf Grund dieser Daten jedoch noch mit einer gewissen Unsicherheit behaftet. Im Juli ist die Erkrankungsrate saisonal bedingt zwar deutlich angestiegen, liegt aber weiterhin unter dem Vorjahreswert (Abb.1).

Eine Ausnahme vom allgemeinen Trend macht nur Thüringen. Dort ergab sich gegenüber 1993 ein Anstieg um 15%, ohne daß jedoch größere Häufungen beobachtet wurden. In Thüringen liegt die kumulierte Morbidität im 1. Halbjahr mit 87,5 E pro 100 000 EW bisher von allen Bundesländern am höchsten.

In den neuen Bundesländern fiel im Juni eine deutliche Zunahme der gemeldeten Infektionen durch *S. hadar* auf. Während der Anteil dieses Serovars üblicherweise deutlich unter 1% liegt, erreichte er im Juni einen Anteil von 1,6% an allen Infektionen und belegte damit nach *S. enteritidis* (mit 70% Anteil) und *S. typhimurium* (mit 18% Anteil) Rang 3. Es wäre interessant zu erfahren, ob auch in anderen Bundesländern dieser Serovar vermehrt nachgewiesen wurde und ob ein bestimmtes Lebensmittel in diesem Zusammenhang vermehrt auftauchte.

Bei den übrigen Formen der **Enteritis infectiosa** ist die Erkrankungszahl gegenüber dem Vorjahr leicht (um ca. 5%) angestiegen. Dies beruht vor allem auf einer auch im 2. Quartal noch zu beobachtenden erhöhten Morbidität in den neuen Bundesländern (Abb. 2). Ursachen dafür sind dort neben einer verlängerten **Rotavirus**-Zirkulation vor allem die Zunahme der gemeldeten Erkrankungen durch **Yersinien** (+ 38%) und **Campylobacter** (+ 49%).

Auch die erfaßten Gastroenteritiden durch **Adenovirus** haben in diesem Jahr in den neuen Bundesländern deutlich zugenommen.

Im übrigen Bundesgebiet sind die gemeldeten Erkrankungszahlen zwar weiterhin geringer, ein steigender Trend zeichnet sich jedoch ebenfalls ab.

Das scheinbar differente Morbiditätsniveau in den alten und neuen Bundesländern ist im wesentlichen durch die unterschiedliche Erfassung (Diagnostik) und Meldung dieser Fälle bedingt.

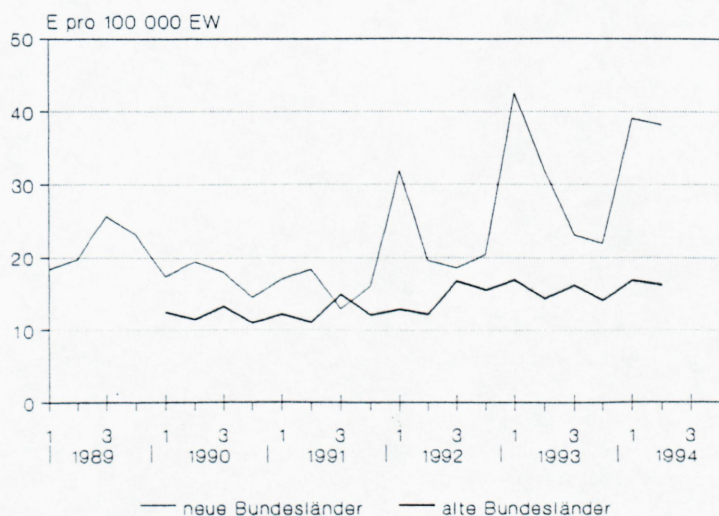


Abb.2: Enteritis infectiosa - übrige Formen  
Inzidenzraten pro Quartal



Der Anstieg bei den **Shigellosen** ist zwar hauptsächlich auf die **E-Ruhr-Häufung** im Krs. Bergen/MV (siehe Bulletin Heft 9) zurückzuführen - in Mecklenburg-Vorpommern stieg die Erkrankungszahl auf mehr als das 8fache des Vergleichswertes - aber auch in Hessen (+87%), Sachsen (+83%), Thüringen (+54%) und in Baden-Württemberg (+28%) liegen die Meldezahlen deutlich höher als im Vorjahr. Insgesamt ist die epidemiologische Situation bei den Shigellosen jedoch unauffällig.

Sollten sich auch in anderen Bundesländern bei den Ermittlungen zu Ruhr-Erkrankungen Hinweise auf Eisbergsalat oder andere Blattsalate als Infektionsursache ergeben haben, wären wir für eine entsprechende Information dankbar.

Die sich beim **Typhus** und beim **Paratyphus** zeigenden Anstiege sind auf Grund der insgesamt sehr niedrigen Erkrankungszahlen kaum interpretierbar. Eine veränderte epidemiologische Situation verbirgt sich aber wahrscheinlich nicht dahinter.

Die Situation bei der **Meningokokkenmeningitis** ist im wesentlichen unverändert. In den meisten neuen Bundesländern setzte sich der rückläufige Trend weiter fort. Dadurch hat sich die ursprüngliche Morbiditätsdifferenz zwischen den alten und den neuen Bundesländern weitgehend egalisiert. Auffällig war aber ein deutlicher Anstieg gegenüber dem Vorjahr in Sachsen-Anhalt (+78%) und in Rheinland-Pfalz (+88%). Sachsen-Anhalt verzeichnete als einziges Bundesland bereits im ersten Halbjahr eine Inzidenzrate von mehr als 1 Erkrankung pro 100 000 EW.

Ein weiterer Rückgang zeigt sich bei den übrigen **bakteriellen Meningitiden** in den meisten Bundesländern. In den neuen Bundesländern - nur von dort liegen entsprechende Daten vor - ist er hauptsächlich zurückzuführen auf eine weiter sinkende Zahl der Meningitiden durch **Haemophilus influenzae** sowie auf einen Rückgang von Erkrankungen ohne Erregernachweis (siehe auch Bulletin Heft 2). Ein auffälliger Anstieg bei den gemeldeten Erkrankungsfällen zeigt sich in Hessen (+80%) und vor allem in Rheinland-Pfalz (+174%).

Da sich in mehreren Ländern ab Mai bzw. Juni ein saisonal nicht erklärbarer Anstieg zeigt, erscheint es nicht ausgeschlossen, daß die ab Juni deutlich zunehmenden serösen Meningitiden (wahrscheinlich durch Enteroviren bedingt, s.u.) z.T. fehlzugeordnet wurden.

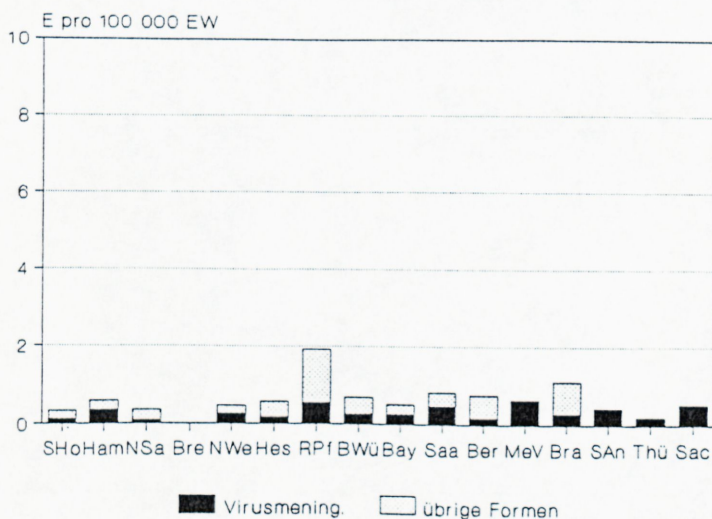


Abb.3: seröse Meningitiden - 1. Halbjahr 1994 in den Bundesländern

257% (Rheinland-Pfalz) und 11% (Bayern) ergeben. Es gibt außerdem Hinweise dafür, daß die Zahl der tatsächlich aufgetretenen abakteriellen Meningitiden noch wesentlich höher ist, aber nicht alle Fälle von den Ärzten auch gemeldet werden.

Wahrscheinlich hat die saisonal übliche intensivere Zirkulation von Enteroviren in bestimmten Regionen dieser Länder besonders früh begonnen.

Die Zahl der gemeldeten **serösen Meningitiden** ist in den neuen Bundesländern im ersten Halbjahr weiter deutlich zurückgegangen. Die Tendenz der Angleichung an das Morbiditätsniveau der alten Bundesländer setzt sich also fort (Abb.3).

Seit Juni dieses Jahres haben in einigen Ländern die Erkrankungen an seröser Meningitis (hauptsächlich klinisch leichte kurzdauernde Erkrankungen bei Kindern) deutlich zugenommen. Diese Fälle wurden als Virusmeningoenzephalitis oder als "übrige Formen" gemeldet. Besonders betroffen sind die Länder Rheinland-Pfalz, Hessen, Baden-Württemberg und Bayern. Dort haben sich selbst für das erste Halbjahr insgesamt Anstiege gegenüber dem Vergleichszeitraum des Vorjahres zwischen



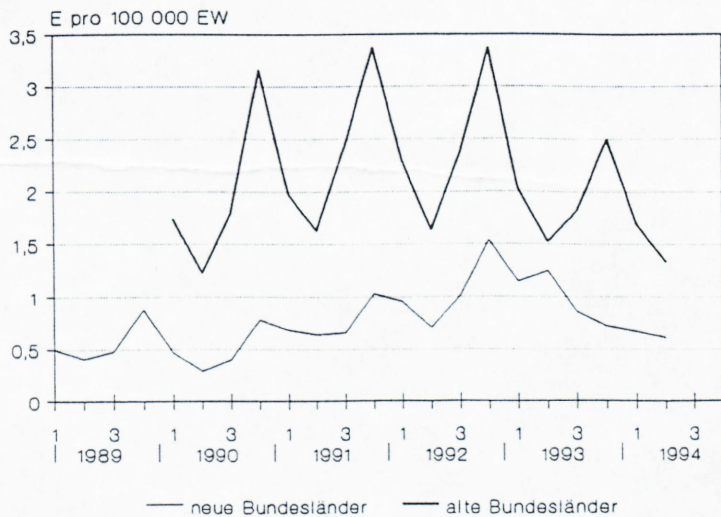


Abb.3: **Hepatitis A**  
Inzidenzraten pro Quartal

Bei der **Hepatitis B** ist die Situation in den Ländern uneinheitlich, insgesamt zeichnet sich aber ein weiterer Rückgang (um 8%) ab.

In Hamburg und Bremen, den Bundesländer mit der z.Zt. höchsten Inzidenzrate, ist die Erkrankungszahl jedoch wieder leicht angestiegen, in Hamburg um 4%, in Bremen um 3%.

Deutliche Anstiege zeigen sich entgegen dem allgemeinen Trend auch in Berlin (+33%), im Saarland (+34%), in Thüringen (+13%) und in Rheinland-Pfalz (+10%). Bei diesen Ländern handelt es sich jedoch um solche mit mittlerer Morbiditätshöhe; bei Thüringen sogar um ein Land mit sehr niedriger Morbidität.

Auch wenn die gemeldete Morbidität im vergangenen Jahr und im 1. Halbjahr 1994 rückläufig war, so ist doch bisher noch kein einheitlich sinkender Trend erkennbar. Von einer deutlichen Besserung der Situation bei der Hepatitis B kann folglich noch keine Rede sein.

Bei den übrigen Formen der **Hepatitis** ergaben sich in der Mehrzahl der alten Bundesländer gegenüber dem Vorjahr weitere Anstiege (+32%). Auch in den neuen Bundesländern gibt es Anzeichen für ein Ende des bisher sinkenden Trends.

Deutliche Rückgänge zeigten sich nur in Baden-Württemberg (-20%) und in Berlin (-14%).

Bei 86% der Fälle, die im ersten Halbjahr aus den neuen Bundesländern und Berlin gemeldet wurden, lag eine **Hepatitis C** zugrunde.

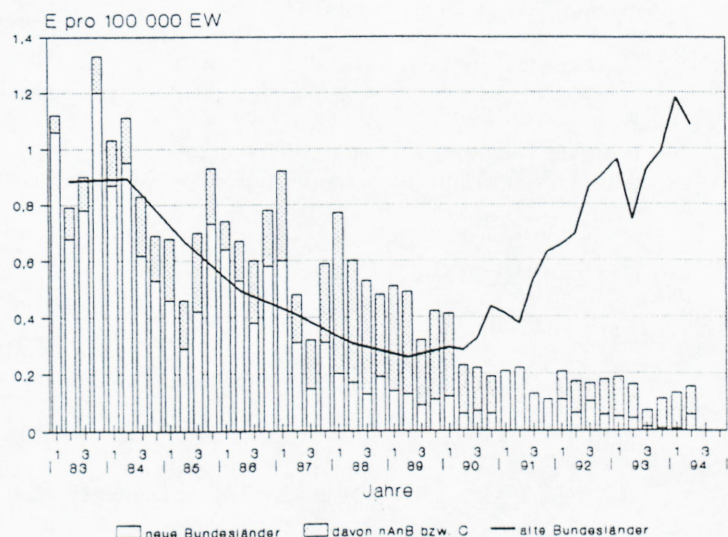


Abb.4: **Hepatitis - übrige Formen**  
Inzidenzraten pro Quartal

Da es Anzeichen dafür gibt, daß bei der Hepatitis B und C die gemeldeten Erkrankungszahlen durch die Erfassung und Meldung von chronischen Infektionen bzw. sogar von HBs-Ag-Carriern erhöht werden, haben wir uns entschlossen, die in Erarbeitung befindlichen Falldefinitionen für die Meldung von Erkrankungen an Hepatitis vorab zur Diskussion zu stellen (siehe Seite 8).

Die Fall-Definitionen sollen in erster Linie dazu dienen, die Meldungen durch die Ärzte zu vereinheitlichen. Andererseits sollen aber auch den Gesundheitsämtern Kriterien zur Verfügung gestellt werden, an Hand derer sie die eingehenden Meldungen auf ihre Plausibilität prüfen können.

Bei der **Hepatitis A** zeigt sich bereits seit dem 3. Quartal 1993 ein Übergang zu einem leicht rückläufigen Trend. Dieser hat sich 1994 eindeutig weiter fortgesetzt (Abb. 4). Die im 1. Halbjahr erfaßte Erkrankungszahl liegt insgesamt um 19% unter der des Vorjahres.

Zunahmen gegenüber dem Vergleichswert des Vorjahres meldeten Hamburg (+34%), Hessen(+13%), Sachsen (+12%) und Schleswig-Holstein (+11%). Während Hamburg durch den Anstieg wieder die höchste Morbidität aller Bundesländer meldet, hat sich die Inzidenz in Berlin durch einen Rückgang dem Niveau der anderen Bundesländer weiter angenähert (siehe auch Bulletin Heft 1).



**Definitionen für die akute meldepflichtige Virushepatitis****1. Verdachtsfall**

mindestens 2 der folgenden Symptome:

- Oberbauchbeschwerden
- Leberschwellung
- heller Stuhl
- Anstieg des Bilirubins im Serum, ggf. Ikterus

**und** signifikant erhöhte Serum-Transaminasen

**und** Ausschluß folgender anderer Ursachen einer Hepatitis bzw. eines Ikterus:

- Verschlußikterus
- toxisch bedingter Leberschaden
- akute Mononukleose
- akute Zytomegalie
- akuter Schub einer chronischen Hepatitis

**2. Bestätigte Diagnose:****2.1 Hepatitis A:**

Verdachtsfall

**und** positiver Nachweis von anti-HAV IgM **oder**  
4facher Titeranstieg des anti-HAV IgG

**2.2 Hepatitis B:**

Verdachtsfall

**und** positiver Nachweis von anti-HBc IgM **oder**  
4facher Titeranstieg von anti-HBc IgG

**oder**

positiver Nachweis von HBs-Ag oder HBe-Ag oder HBV-DNA **und**  
anti-HAV IgM negativ = Ausschluß einer akuten Hepatitis A

**oder**

positiver Nachweis von anti-HBc oder anti-HBe **und**  
anti-HAV IgM negativ = Ausschluß einer akuten Hepatitis A

**2.3 Hepatitis C:**

Verdachtsfall

**und** positiver Nachweis von anti-HCV (Suchtest der 2. Generation)

**und** anti-HAV IgM negativ = Ausschluß einer akuten Hepatitis A

**und** anti-HBc IgM negativ = Ausschluß einer akuten Hepatitis B

**Bemerkungen:**

Die Erfassung eines HBs-Ag-Carriers ohne klinische Symptomatik und auch die Erfassung einer chronischen Hepatitis B bzw. C sind nicht als Erkrankung im Sinne des § 3 des BSeuchG zu interpretieren und unterliegen deshalb nicht der Meldepflicht.

Dies gilt auch, wenn es sich bei den Betroffenen um neu nach Deutschland eingereiste Ausländer handelt, die im Rahmen der "Aufnahmeuntersuchungen" erfaßt werden.

Eine nachgewiesene Hepatitis C - Infektion sollte nur dann als Neuerkrankung gemeldet werden, wenn klinisch und paraklinisch eine aktive Hepatitis vorliegt und diese nicht als akuter Schub einer chronischen Hepatitis angesehen werden muß **und** wenn eine akute Hepatitis A sowie eine akute Hepatitis B ausgeschlossen worden sind.



**Meldepflichtige Infektionskrankheiten in Deutschland**

Tabelle 1 a

Berichtszeitraum: 3.1. bis 3.7.94 (1. Halbjahr 1994) (vorläufige Daten - Stand: 9.8.94)

Land	Enteritis infectiosa		Typhus	Paratyphus	Shigellenruhr	Virushepatitis			Meningitis/Enzephalitis				Malaria
	Salmonellose	übrige Formen				A	B	sonstige	Meningokokken -	andere bakterielle	Virus -	übrige Formen	
Baden-Württemberg	5366	2802	16	7	162	224	298	261	43	44	25	45	61
Bayern	6196	3158	14	2	161	202	261	146	48	82	30	31	57
Berlin	1173	546	4	3	46	238	172	38	15	19	6	20	37
Brandenburg	2021	1825	5	1	26	38	34	5	19	15	7	21	4
Bremen	176	215	1	0	2	5	31	32	4	1	0	0	4
Hamburg	820	1040	6	3	21	180	215	167	12	2	6	4	34
Hessen	2559	1115	4	2	43	165	255	109	25	27	10	24	19
Mecklenb.-Vorp.	1574	1714	0	0	113	13	26	5	18	16	12	0	1
Niedersachsen	3285	2958	3	4	35	234	344	246	33	36	6	20	40
Nordrhein-Westf.	7629	7328	11	6	51	595	591	336	61	92	44	39	29
Rheinl.-Pfalz	2320	1607	3	2	39	77	137	77	32	52	21	54	12
Saarland	563	593	1	1	9	22	47	59	9	10	5	4	3
Sachsen	3202	3161	4	1	55	64	50	15	24	22	24	0	13
Sachsen-Anhalt	2104	2570	4	1	13	35	30	13	32	28	11	1	5
Schleswig-Holstein	1154	774	3	1	4	71	70	38	15	11	3	6	10
Thüringen	2220	1810	1	0	20	35	27	3	10	6	5	0	5
Deutschland	42362	33216	80	34	800	2198	2588	1550	400	463	215	269	334
Inzidenzrate	52,18	40,91	0,10	0,04	0,99	2,71	3,19	1,91	0,49	0,57	0,26	0,33	0,41
Summe Vorjahr	55187	31623	69	30	752	2726	2826	1191	452	505	270	229	401
+/- in %	-23,24	5,04	15,94	13,33	6,38	-19,37	-8,42	30,14	-11,50	-8,32	-20,37	17,47	-16,71



# Meldepflichtige Infektionskrankheiten in Deutschland

Neuerkrankungen pro 100 000 Einwohner

Berichtszeitraum: 3.1. bis 3.7.94 (1. Halbjahr 1994) (vorläufige Daten - Stand: 9.8.94)

Tabelle 1 b

Land	Enteritis infectiosa		Typhus	Paratyphus	Shigellenruhr	Virushepatitis			Meningitis/Enzephalitis				Malaria
	Salmonellose	übrige Formen				A	B	sonstige	Meningokokken -	andere bakterielle	Virus -	übrige Formen	
Baden-Württemberg	52,60	27,47	0,16	0,07	1,59	2,20	2,92	2,56	0,42	0,43	0,25	0,44	0,60
Bayern	52,43	26,72	0,12	0,02	1,36	1,71	2,21	1,24	0,41	0,69	0,25	0,26	0,48
Berlin	33,79	15,73	0,12	0,09	1,33	6,86	4,95	1,09	0,43	0,55	0,17	0,58	1,07
Brandenburg	79,34	71,65	0,20	0,04	1,02	1,49	1,33	0,20	0,75	0,59	0,27	0,82	0,16
Bremen	25,72	31,42	0,15	0,00	0,29	0,73	4,53	4,68	0,58	0,15	0,00	0,00	0,58
Hamburg	48,19	61,12	0,35	0,18	1,23	10,58	12,63	9,81	0,71	0,12	0,35	0,24	2,00
Hessen	43,00	18,74	0,07	0,03	0,72	2,77	4,29	1,83	0,42	0,45	0,17	0,40	0,32
Mecklenb.-Vorp.	84,99	92,54	0,00	0,00	6,10	0,70	1,40	0,27	0,97	0,86	0,65	0,00	0,05
Niedersachsen	43,14	38,85	0,04	0,05	0,46	3,07	4,52	3,23	0,43	0,47	0,08	0,26	0,53
Nordrhein-Westf.	43,05	41,35	0,06	0,03	0,29	3,36	3,33	1,90	0,34	0,52	0,25	0,22	0,16
Rheinl.-Pfalz	59,43	41,17	0,08	0,05	1,00	1,97	3,51	1,97	0,82	1,33	0,54	1,38	0,31
Saarland	51,91	54,68	0,09	0,09	0,83	2,03	4,33	5,44	0,83	0,92	0,46	0,37	0,28
Sachsen	69,25	68,36	0,09	0,02	1,19	1,38	1,08	0,32	0,52	0,48	0,52	0,00	0,28
Sachsen-Anhalt	75,43	92,13	0,14	0,04	0,47	1,25	1,08	0,47	1,15	1,00	0,39	0,04	0,18
Schleswig-Holstein	42,98	28,82	0,11	0,04	0,15	2,64	2,61	1,42	0,56	0,41	0,11	0,22	0,37
Thüringen	87,49	71,33	0,04	0,00	0,79	1,38	1,06	0,12	0,39	0,24	0,20	0,00	0,20
Deutschland	52,18	40,91	0,10	0,04	0,99	2,71	3,19	1,91	0,49	0,57	0,26	0,33	0,41