

# Epidemiologisches Bulletin

Wöchentlicher Informationsdienst für Ärzte

Bericht der Fachgruppe Infektionsepidemiologie, AIDS-Zentrum des RKI

Notausgabe

Inhalt	Seite
Bemerkungen zu ausgewählten meldepflichtige Infektionskrankheiten im Mai 1995 . . . . .	1
HIV-Infektionen und AIDS in Deutschland am Ende des ersten Halbjahres 1995 . . . . .	2
Intramuskuläre Injektionen - ein Risikofaktor für das Entstehen einer Impfpoliomyelitis? . . . . .	3
In der Diskussion: Glykopeptid-Antibiotikaeinsatz in der Tierernährung . . . . .	4
Meldepflichtige Infektionskrankheiten im Mai 1995 (2 Tabellen) . . . . .	5
Meldepflichtige Infektionskrankheiten im Jahr 1995 (2 Tabellen, Stand: 24. Woche) . . . . .	7

## Die Situation bei den meldepflichtigen Infektionskrankheiten im 1. Halbjahr 1995

Obwohl die Wochenmeldungen noch nicht aus allen Bundesländern bis zur 26. Woche vorliegen und wir deshalb als Anlage (siehe Seite 5 u. 6) nur die Daten bis inklusive Mai 1995 vorlegen können, ist die Entwicklung im 1. Halbjahr weitgehend übersehbar.

Bei den **Salmonellosen** hat sich die Erkrankungshäufigkeit scheinbar auf hohem Niveau stabilisiert. Gegenüber dem Vergleichszeitraum des Jahres 1994 ergab sich bei den Meldungen insgesamt kaum eine Veränderung. Dem geringen Rückgang um 3% insgesamt stehen Anstiege der gemeldeten Inzidenzraten zwischen 1% und >40% in 9 Bundesländern gegenüber. Damit erhärtet sich der Eindruck, daß sich die epidemische Entwicklung des Jahres 1992 zwar nicht fortgesetzt hat, daß sich aber andererseits seit 1993 keine wesentliche Verbesserung der Situation abzeichnet. Auch der weiterhin sehr hohe Anteil des Serovars **Enteritidis** an den zumeist sporadischen Erkrankungsfällen beweist ein immer noch bestehendes hohes Risiko insbesondere durch Geflügel und Eier. Die Salmonellosen erfordern deshalb weiterhin eine erhöhte Aufmerksamkeit. Dies um so mehr als durch das geringer werdende Echo in den Medien die Aufmerksamkeit und damit die Vorsicht im Umgang mit bestimmten Lebensmitteln (insbesondere Eiern) in den Großküchen und den Haushalten wieder nachlassen könnte und so das weiterhin vorhandene Infektionsrisiko wieder zu größeren Ausbrüchen führen könnte. Insbesondere zu Beginn des bevorstehenden saisonalen Gipfels der Salmonellosen im 3. Quartal erscheinen Hinweise auf dieses von den Salmonellen weiterhin ausgehende hohe Erkrankungsrisiko dringend notwendig.

Bei den übrigen Formen der **Gastroenteritis infectiosa** hat sich der im wesentlichen erfassungsbedingte Anstieg (um ca. 30%) der gemeldeten Erkrankungsfälle weiter fortgesetzt. Die Daten aus den Bundesländern mit nach Ätiologie getrennter Erfassung zeigen Anstiege der gemeldeten Erkrankungen insbesondere bei den Infektionen durch Rota- und Adenoviren.

Weiterhin erscheint die Erfassung von lebensmittelbedingten Erkrankungen in dieser Meldekategorie jedoch sehr unzureichend, da bei nicht vorhandenem spezifischen Erregernachweis bei den Erkrankten bzw. im Lebensmittel selbst bei epidemiologisch eindeutig abgrenzbaren Erkrankungshäufungen, eine Erfassung unter dieser Meldekategorie unterbleibt; sowohl seitens der behandelnden Ärzte als auch durch die Gesundheitsämter. Den Beweis für diese These liefert die große Zahl von in den östlichen Bundesländern erfaßten und uns zur Kenntnis gelangenden ätiologisch ungeklärten Erkrankungshäufungen mit gastroenteraler Symptomatik.

Diese Untererfassung bestimmter lebensmittelbedingter Erkrankungen führt zu einer Überschätzung der Bedeutung spezifischer Gastroenteritiden und zu einer Unterschätzung unspezifischer Keimanreicherungen in Lebensmitteln und damit der Bedeutung von Maßnahmen der allgemeinen Küchenhygiene, die im übrigen auch die Ausbreitung von spezifischen Infektionen (Salmonellosen, Shigellosen, Colienteritiden u.a.) effektiv verhindern können.

Die Zahl der erfaßten **Shigellosen**, bei denen es sich überwiegend um Importerkrankungen mit gelegentlichen Sekundärfällen in Familien oder Kindereinrichtungen handelt, liegt trotz eines weiteren leichten Anstiegs (um ca. 10%) insgesamt weiterhin auf

niedrigem Niveau, aber in einzelnen Bundesländern (z.B. in Berlin und Sachsen) kam es im Vergleich zum Vorjahr zu einer deutlichen Zunahme der erfaßten Erkrankungen.

Nach einer in den letzten beiden Jahren günstigen Entwicklung bei der **Hepatitis A** zeigte sich bereits im 4. Quartal des Vorjahres eine wieder steigende Erkrankungstendenz. Diese ungünstige Entwicklung hat sich auch im 1. Halbjahr dieses Jahres fortgesetzt (Zunahme gegenüber dem Vorjahr um über 20%). Anstiege der Morbidität zeigen sich dabei allerdings überwiegend in Bundesländern mit bisher eher unauffälliger Morbidität (Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen sowie einige der neuen Bundesländer). Besonders auffällig ist allerdings die Verdopplung der Erkrankungsfälle in Berlin, einem der beiden Bundesländer mit der bisher bereits höchsten gemeldeten Inzidenzrate; in Hamburg ist die gemeldete Morbidität dagegen deutlich niedriger als im 1. Halbjahr 1994.

Ursachen für diese ungünstige Entwicklung sind zum einen die wahrscheinlich weiter zunehmende Zahl von nicht immunen Auslandsreisenden auf Grund der im Kindesalter ausgebliebenen "natürlichen" Durchseuchung. Dies ist eine leider nicht zu verhindernde Folge einer an sich positiven Entwicklung.

Bedenklich ist es dagegen, daß es scheinbar weder gelingt, diese Personen durch die von der STIKO für diesen Personenkreis empfohlene Hepatitis A-Impfung zu schützen, noch eine ärztliche oder sonstige Beratung vor Aufnahme einer solchen Reise ihnen in genügendem Maße das Wissen vermittelt, wie man sich vor der Infektion durch eine entsprechende Expositionsprophylaxe effektiv schützen kann. Für einige Reisende scheint auch der Preis einer solchen Schutzimpfung, die ja nicht mehr durch die Kassen finanziert wird, ein Hinderungsgrund für die Durchführung dieser zweifellos besten Form der Prophylaxe zu sein. Dies ist unverständlich, da der Preis der notwendigen Schutzimpfungen im Verhältnis zu den übrigen Reisekosten und dem durch die Impfungen zu er-

wartenden Schutz der Gesundheit unbedeutend erscheinen muß, insbesondere da der Schutz durch die Impfung im Gegensatz zur passiven Immunprophylaxe ja über viele Jahre andauert.

Auch bei einer anderen wesentlich bei Auslandsreisenden auftretenden Importerkrankung - der **Malaria**, hat sich der bereits im Vorjahr erkennbare Wiederanstieg der Erkrankungszahlen weiter fortgesetzt. Deutlich wird diese Zunahme der Erkrankungsfälle nicht nur in den neuen Bundesländern, wo auf Grund eines "Nachholeffektes" die Zahl der Tropenreisenden überproportional steigt, sondern auch in den meisten anderen Bundesländern. Die bereits Ende Mai erkennbare Zunahme um über 50% gegenüber dem Vergleichszeitraum des Vorjahres könnte sich im 2. Halbjahr möglicherweise noch erhöhen.

Ursachen für diese ungünstige Entwicklung sind:

- eine sich verschlechternde epidemiologische Situation in den Reiseländern durch unzureichende Mückenbekämpfung infolge mangelnder Ressourcen, eine zunehmende Resistenz der Mücken gegen die üblicherweise verwandten Insektizide sowie eine steigende Resistenz der Plasmodien - insbesondere von *Pl. falciparum* - gegen die gebräuchlichen Chemotherapeutika
- eine weitere Zunahme von Reisenden sowie
- deren nach wie vor unzureichende bzw. vielleicht sogar zunehmende Uninformiertheit (insbesondere bei last minute-Reisen) über die notwendige Expositionsprophylaxe sowie die Chemoprophylaxe (insbesondere die richtige Dosierung und die Wichtigkeit ihrer Fortführung auch nach der Rückkehr) und/oder die Notwendigkeit einer "stand by-Medikation". Hier kann nur eine bessere Beratung durch die Reiseveranstalter und nachfolgend durch die Hausärzte bzw. sonstige vom Reisenden konsultierte Ärzte die Situation verbessern. Bezüglich der negativen Auswirkungen der dabei für den Reisenden entstehenden Kosten gelten sinngemäß die bereits im Zusammenhang mit der Hepatitis A dargelegten Erwägungen.

## HIV-Infektionen und AIDS in Deutschland am Ende des ersten Halbjahres 1995

Das **AIDS-Zentrum** im Robert Koch-Institut hat im **Quartalsbericht II/95** Daten über die Ausbreitung von HIV und AIDS in der Bundesrepublik Deutschland bis zum Ende des ersten Halbjahres 1995 vorgelegt. Der vollständige Bericht kann über die Abruffunktion des Fax-Gerätes unter der Nummer 030 / 25 00 94-55 direkt abgerufen werden. Nachfolgend einige wichtige Zahlen und Aussagen:

Bis Ende Juni 1995 sind insgesamt 13.241 AIDS-Erkrankungen gemeldet worden. Von diesen wurden

bisher 8.339 (63%) als verstorben gemeldet. Mehr als zwei Drittel (68%) aller an AIDS erkrankten Personen gehören der Gruppe der homo- bzw. bisexuellen Männer an. Die zweitgrößte Betroffengruppe stellen i.v.-Drogenabhängige mit 14% aller Erkrankten dar. Insgesamt 5% der AIDS-Fälle liegen Infektionen zugrunde, die durch heterosexuelle Kontakte erworben wurden. Der Anteil der Fälle mit diesem Infektionsweg hat in den vergangenen Jahren kontinuierlich zugenommen und liegt bei den in letzten 12 Monaten gemeldeten Fällen um 9%.

In den Großstädten Frankfurt/M., Berlin-West, München, Köln, Düsseldorf und Hamburg leben 57% aller an AIDS Erkrankten. Aus den neuen Bundesländern - einschließlich Berlin-Ost - stammen bisher 149 (1,1%) der diagnostizierten AIDS-Fälle. Es ist nicht damit zu rechnen, daß sich die Zahl der jährlich neu diagnostizierten AIDS-Fälle oder die Verteilung der Infektionsrisiken kurzfristig wesentlich verändern werden. Durch verbesserte therapeutische Möglichkeiten sind Veränderungen im Spektrum der Erstmanifestationen der Immunschwäche und zunehmende Überlebenszeiten zu beobachten. Die Zahl der zu versorgenden AIDS-Patienten nimmt weiter leicht zu. Es wird angenommen, daß in Deutschland gegenwärtig zwischen 40.000 und 50.000 HIV-infizierte Personen einschließlich ca. 5.000 bereits an AIDS Erkrankte leben. (Die Gesamtzahl der seit Beginn der Epidemie mit HIV infizierten Personen, inkl. der bereits Verstorbenen, wird auf ca. 50.000 bis 60.000 geschätzt, darunter 15 - 20% Frauen.) Jährlich muß zur Zeit mit etwa 2.000 - 3.000 Neuinfektionen gerechnet werden. Bezogen auf die Einwohnerzahl sind in Deutschland seit Beginn der Epidemie 158 AIDS-Fälle pro eine Million Einwohner aufgetreten. Deutschland nimmt

im europäischen Vergleich damit einen Rang im hinteren Mittelfeld ein (die höchsten Raten liegen mit 798/Mio. in Spanien, 638/Mio. in der Schweiz und 604/Mio. in Italien vor).

Nach wie vor erfolgt die überwiegende Zahl der Neuinfektionen in Deutschland über homosexuelle Kontakte bei Männern. Die Neuinfektionen bei iv-Drogenabhängigen scheinen insgesamt weiter abzunehmen. Die Zahl der durch heterosexuelle Kontakte übertragenen Infektionen wird weiter langsam zunehmen. Die wichtigsten Ansteckungsquellen sind hierbei sexuelle Kontakte mit Angehörigen der klassischen Gruppen mit erhöhter Infektionsgefährdung (homo- bzw. bisexuelle Männer, i.v.-Drogenabhängige, über Blut oder Blutprodukte infizierte und Personen aus Ländern mit einer hohen Infektionsrate). Über eigenständige Infektionsketten unter Heterosexuellen wurde bisher nur selten berichtet.

In den neuen Bundesländern und Berlin-Ost nimmt die Zahl der HIV-Infektionen - auf niedrigem Niveau - weiter zu. In dieser Region wurden bisher rund 1.000 HIV-Infektionen diagnostiziert.

### Intramuskuläre Injektionen - ein Risikofaktor für das Entstehen einer Impfpoliomyelitis?

Das in Rumänien seit längerem beobachtete, vergleichsweise häufige Auftreten von poliomyelitischen Krankheitsbildern im zeitlichen Zusammenhang mit einer oralen Polio-Immunsierung führte zu einer retrospektiven Fallkontrollstudie, die die CDC, Atlanta, gemeinsam mit dem rumänischen Gesundheitsministerium durchführten und deren Ergebnisse jetzt publiziert wurden (Strebel P. M. et al.: Intramuscular injections within 30 days of immunization with oral poliovirus vaccine -

A risk factor for vaccine-associated paralytic poliomyelitis. NEJM 1995: 332, 500-506). Diese Veröffentlichung löste Diskussionen und Verunsicherungen bei impfenden Ärzten aus.

Die Ständige Impfkommission am RKI (STIKO) und die Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) sahen sich daher zu einer gemeinsamen Stellungnahme veranlaßt, der sich auch das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Poliomyelitis und Enteroviren angeschlossen hat und die wir nachfolgend veröffentlichen:

" Die Impfung mit dem abgeschwächten Poliovirus kann in sehr seltenen Fällen zu einer Impfpoliomyelitis führen. Nach Erhebungen der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) wird in Deutschland im Mittel eine Impfpoliomyelitis pro 3,4 Millionen Impfungen beobachtet. In Rumänien wurden in den letzten 20 Jahren

Poliomyelitiden, die im Zusammenhang mit der oralen Polioschutzimpfung auftraten, 17mal häufiger gesehen als in allen anderen Ländern, aus denen detaillierte Berichte vorliegen. Die anfängliche Vermutung, daß dies einem unzureichend abgeschwächten Impfstoff anzulasten sei, konnte nicht bestätigt werden. Eine statistische Analyse der Daten von 18 Impfungen mit Lähmungen und 13 Kindern, die Lähmungen nach Kontakt zu Impfungen entwickelten, zeigt, daß solche Kinder im ersten Monat nach der Impfung zahlreiche Injektionen von Penicillin oder anderen Antibiotika erhalten hatten. Im Mittel erhielten diese Kinder 16,8 Injektionen in 4 Wochen. Eine Vergleichsgruppe wurde aus 151 altersgleichen Kindern gebildet, die keine Impfkomplication entwickelten. Diese Kontrollen erhielten im gleichen Zeitraum im Mittel 2,8 intramuskuläre Injektionen. Die statistische Auswertung ergab, daß mit der Zahl der Injektionen ein zunehmendes Lähmungsrisiko festzustellen war. Die Autoren dieser Mitteilung machen darauf aufmerksam, daß in Rumänien Injektionen von Medikamenten, insbesondere von Antibiotika, gängige Praxis bei der Behandlung - auch banaler - fieberhafter Infekte im Kleinkindesalter sind.

Vor Einführung der Schutzimpfung hatte man im Verlauf von Polioepidemien beobachtet, daß nach Verletzungen, aber auch nach intramuskulären

Injektionen, bei Infizierten das Risiko des Auftretens einer Lähmung an der traumatisierten bzw. für die Injektion benutzten Extremität höher war. Man sprach von "provozierten Lähmungen". In der Erprobungsphase der oralen Polioschutzimpfung wurden "provozierte Lähmungen" nie beobachtet. Die Erfahrungen, die seitdem außerhalb Rumäniens bei Milliarden von oralen Polioschutzimpfungen gemacht wurden, weisen ebenfalls nicht auf einen solchen Risikofaktor hin. Festzustellen ist dabei, daß Rumänien keinesfalls das einzige Land ist, in dem intramuskuläre Injektionen, z.B. von Antibiotika, zu häufig verabreicht werden. Orale Polioimpfstoffe werden ohne Gefahr zeitgleich mit der intra-

muskulären Impfung gegen Diphtherie, Pertussis und Tetanus verabreicht.

Aus der erstmaligen Beobachtung eines möglichen Einflusses gehäufte intramuskulärer Injektionen auf die Manifestation einer Impfpoliomyelitis in Rumänien ergibt sich für die übrigen Länder kein Anlaß, ihre Impfempfehlungen zu überdenken. Fatal könnte es sein, wenn auf Grund dieses Berichtes bei Geimpften auf therapeutisch angezeigte Injektionen verzichtet würde. Gleichfalls fatal wäre es, Kindern den möglichen Schutz vor der Kinderlähmung aus unberechtigter Sorge vorzuenthalten. Die Welt ist auf dem Wege, durch Impfung aller Kinder die Kinderlähmung auszurotten."

### In der Diskussion: Glykopeptid-Antibiotikaeinsatz in der Tierernährung

Nach der Anhörung von internationalen Experten am 1. Juni 1995 in Berlin vertreten das **Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz (BgVV)** und das **Robert Koch-Institut Berlin (RKI)** die Auffassung, daß durch die Anwendung von Glykopeptid-Antibiotika in der Tierernährung das Risiko einer Einschränkung von Therapiemöglichkeiten in der Humanmedizin durch die Begünstigung der Ausbreitung einer Glykopeptid-Resistenz entsteht.

Glykopeptid-Antibiotika sind gegenwärtig vor allem für die Behandlung von Enterokokken-Infektionen auf Intensivstationen wichtig. Enterokokken sind normaler Bestandteil der Darmflora von Menschen und Tieren. Als Infektionserreger treten sie bei abwehrgeschwächten Patienten und hier besonders in Intensivtherapiestationen auf. Hier verursachen sie gegenwärtig etwa 12 % der septischen Allgemeinfektionen. Im Verlauf der letzten 15 Jahre haben Enterokokken eine Resistenz gegen Aminopenicilline, gegen Aminoglykoside und anderer Chemotherapeutika erworben. Käme eine übertragbare Resistenz gegen Glykopeptidantibiotika - die eigentlich Reserveantibiotika sind - hinzu, wären Infektionen mit diesen Erregern nicht mehr chemotherapeutisch zu behandeln!

In Deutschland sind Infektionen mit glykopeptidresistenten Enterokokken bisher noch sehr selten. Dagegen wurde aus verschiedenen Kliniken in den USA über ein gehäuftes Auftreten derartiger Fälle mit zum Teil tödlichen Verläufen berichtet. Der Nachweis von glykopeptidresistenten Enterokokken in der Darmflora bei etwa 10 % untersuchter Probanden außerhalb von Krankenhäusern (RKI) gab Veranlassung, nach einem Reservoir außerhalb des Gesundheitswesens zu suchen. Bei einer ökologischen Untersuchung in Sachsen-Anhalt (Regierungsbezirk Magdeburg) fand eine Forschungsgruppe des RKI glykopeptidresistente Enterokokken so-

wohl im Abwasser als auch in Mastbetrieben für Schweine und Hühner, in denen das Glykopeptidantibiotikum Avoparcin als Futtermittelzusatz eingesetzt wird. In den Krankenhäusern dieses Gebietes werden Glykopeptide nur äußerst selten eingesetzt, und es ist dort bisher auch noch keine Glykopeptidresistenz nachgewiesen worden. Eine Kontrollstudie (RKI/Medizinaluntersuchungsamt Saarbrücken) zeigte, daß bei der Schweinehaltung ohne Antibiotika als Futtermittelzusatz keine glykopeptidresistenten Enterokokken auftraten.

Glykopeptidresistente Enterokokken aus Krankenhäusern und aus der Tierhaltung zeigen immer eine Kreuzresistenz gegen Vancomycin, Teicoplanin und Avoparcin. Sie besitzen den gleichen Resistenzmechanismus und das gleiche übertragbare Resistenzgen. Dieses Gen hat sich bei Enterokokken bereits weit ausgebreitet. Wenngleich allgemein das Auftreten und die Ausbreitung resistenter Infektionserreger ihre wesentlichen Ursachen in den Krankenhäusern haben, so wird doch durch den nutritiven Einsatz von Glykopeptidantibiotika in der Tiermast zusätzlich ein beträchtlicher Pool für die übertragbare Glykopeptidresistenz geschaffen. Eine Übertragung über die Nahrungskette ist möglich.

Die vorliegenden Beobachtungen geben Anlaß, die weitere Anwendung bzw. Neuzulassungen von Glykopeptidantibiotika als Futterzusatz kritisch zu überprüfen. Weitere Untersuchungen werden zur Abklärung des Risikos für notwendig gehalten. Das Problem wird derzeit in den zuständigen europäischen Gremien verhandelt. Aus Dänemark wird über Sofortmaßnahmen berichtet, die auch in Großbritannien erwogen werden.

Grundsätzlich entsteht erneut die auf längere Sicht zu klärende Frage, ob der Einsatz "künstlicher" Futterzusatzstoffe überhaupt notwendig ist und wie diese ersetzt werden könnten.

## Meldepflichtige Infektionskrankheiten in Deutschland

Tabelle 1 a

Berichtszeitraum: 1.5. bis 28.5.1995 (Mai) (vorläufige Daten - Stand: Juli 1995)

Land	Enteritis infectiosa		Typhus	Paratyphus	Shigellenruhr	Virushepatitis			Meningitis/Enzephalitis				Malaria
	Salmonellose	übrige Formen				A	B	sonstige	Meningokokken -	andere bakterielle	Virus -	übrige Formen	
Baden-Württemberg	776	474		2	13	21	34	22	4	8	9	2	14
Bayern	873	520	1	2	29	28	71	37	8	9	1	2	11
Berlin	181	77			24	36	21	13	3	4	2	4	8
Brandenburg	368	273			2	13	6	2		5	1	1	1
Bremen	52	26		2	2	2	5	7	1	1			2
Hamburg	141	97			8	20	16	14	4				5
Hessen	603	202	1		10	26	40	16	1	6	1		8
Mecklenb.-Vorp.	279	274			2		3	1	1	5	1		
Niedersachsen	609	411			5	19	58	31	2	4	1	5	5
Nordrhein-Westf.	1354	1102	3	1	14	122	148	106	11	11	10	5	9
Rheinl.-Pfalz	346	312		1	11	9	26	15	4	6	2		2
Saarland	70	111				2	6	4		2	1	1	1
Sachsen	456	1595	1	2	13	7	9	1		2	1	1	
Sachsen-Anhalt	416	297			1	2	3	3	3	1			
Schleswig-Holstein	176	137			2	5	10	3	1	1	2		2
Thüringen	287	263	1		3	4	1	1	2	2	1		
Deutschland	6987	6171	7	10	139	316	457	276	45	67	33	21	68
Inzidenzrate	8,58	7,58	0,01	0,01	0,17	0,39	0,56	0,34	0,06	0,08	0,04	0,03	0,08
Summe Vorjahr	6853	5040	22	8	124	292	363	242	45	60	37	48	53
+/- in %	1,96	22,44	-68,18	25,00	12,10	8,22	25,90	14,05	0,00	11,67	-10,81	-56,25	28,30
kumulativ aktuell	27454	34541	55	36	534	2215	2308	1484	305	376	151	118	383
kumulativ Vorjahr	28274	26796	62	24	487	1799	2109	1245	341	358	122	151	247
+/- in %	-2,90	28,90	-11,29	50,00	9,65	23,12	9,44	19,20	-10,56	5,03	23,77	-21,85	55,06

## Meldepflichtige Infektionskrankheiten in Deutschland

Neuerkrankungen pro 100 000 Einwohner

Berichtszeitraum: 1.5. bis 28.5.1995 (Mai) (vorläufige Daten - Stand: Juli 1995)

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	7,57	4,63	0,00	0,02	0,13	0,20	0,33	0,21	0,04	0,08	0,09	0,02	0,14
Bayern	7,34	4,37	0,01	0,02	0,24	0,24	0,60	0,31	0,07	0,08	0,01	0,02	0,09
Berlin	5,20	2,21	0,00	0,00	0,69	1,04	0,60	0,37	0,09	0,12	0,06	0,12	0,23
Brandenburg	14,53	10,78	0,00	0,00	0,08	0,51	0,24	0,08	0,00	0,20	0,04	0,04	0,04
Bremen	7,62	3,81	0,00	0,29	0,29	0,29	0,73	1,03	0,15	0,15	0,00	0,00	0,29
Hamburg	8,28	5,69	0,00	0,00	0,47	1,17	0,94	0,82	0,23	0,00	0,00	0,00	0,29
Hessen	10,10	3,38	0,02	0,00	0,17	0,44	0,67	0,27	0,02	0,10	0,02	0,00	0,13
Mecklenb.-Vorp.	15,19	14,92	0,00	0,00	0,11	0,00	0,16	0,05	0,05	0,27	0,05	0,00	0,00
Niedersachsen	7,93	5,35	0,00	0,00	0,07	0,25	0,76	0,40	0,03	0,05	0,01	0,07	0,07
Nordrhein-Westf.	7,62	6,20	0,02	0,01	0,08	0,69	0,83	0,60	0,06	0,06	0,06	0,03	0,05
Rheinl.-Pfalz	8,79	7,92	0,00	0,03	0,28	0,23	0,66	0,38	0,10	0,15	0,05	0,00	0,05
Saarland	6,46	10,25	0,00	0,00	0,00	0,18	0,55	0,37	0,00	0,18	0,09	0,09	0,09
Sachsen	9,92	34,71	0,02	0,04	0,28	0,15	0,20	0,02	0,00	0,04	0,02	0,02	0,00
Sachsen-Anhalt	15,02	10,72	0,00	0,00	0,04	0,07	0,11	0,11	0,11	0,04	0,00	0,00	0,00
Schleswig-Holstein	6,52	5,08	0,00	0,00	0,07	0,19	0,37	0,11	0,04	0,04	0,07	0,00	0,07
Thüringen	11,37	10,42	0,04	0,00	0,12	0,16	0,04	0,04	0,08	0,08	0,04	0,00	0,00
Deutschland	8,58	7,58	0,01	0,01	0,17	0,39	0,56	0,34	0,06	0,08	0,04	0,03	0,08

## Berichte über meldepflichtige Infektionskrankheiten 24. Woche 1995

Land Regierungsbezirk	Tuberkulose akute TB Atmungsorgane		Enteritis infectiosa		Virushepatitis		Meningitis/Enzephalitis		virale Mening./Enzeph.																		
	24W. 1.-24W. 1995	1.-24W. 1994	24W. 1.-24W. 1995	1.-24W. 1994	24W. 1.-24W. 1995	1.-24W. 1994	24W. 1.-24W. 1995	1.-24W. 1994	24W. 1.-24W. 1995	1.-24W. 1995																	
Baden-Württemberg	0	0	233	3669	4687	114	2907	2560	0	167	208	0	178	283	1	108	260	1	38	40	0	36	38	7	36	18	
Baden-Württemberg	0	0	68	1278	1663	28	878	667	0	68	96	0	81	118	0	43	117	0	10	11	0	17	13	4	16	8	
Stuttgart	0	0	58	681	1015	26	615	507	0	22	30	0	1	24	46	1	15	15	0	8	11	0	3	7	1	10	3
Freiburg	0	0	72	1075	1232	36	892	814	0	53	38	0	53	78	0	38	80	0	13	12	0	13	14	1	5	4	
Karlsruhe	0	0	37	624	877	24	424	582	0	34	44	0	20	41	0	10	28	0	7	6	0	2	4	1	6	3	
Tübingen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bayern	0	0	284	4390	5204	108	3173	2834	6	198	188	6	303	242	12	269	128	0	42	45	0	66	78	1	16	22	
Oberbayern	0	0	78	1280	1660	58	1633	1187	3	76	82	3	126	119	7	134	42	0	21	25	1	21	24	0	3	2	
Niederbayern	0	0	36	481	648	11	223	238	0	10	11	2	40	8	0	17	4	0	2	3	1	5	4	0	1	2	
Oberpfalz	0	0	27	345	481	5	221	262	1	10	4	1	14	6	1	11	4	0	2	2	0	3	5	0	1	1	
Oberfranken	0	0	13	270	448	2	178	108	0	17	8	0	24	13	0	15	8	0	4	6	0	15	12	1	4	3	
Mittelfranken	0	0	30	484	368	14	481	644	1	61	31	1	37	45	2	48	42	0	6	2	0	11	10	0	1	3	
Unterfranken	0	0	32	427	677	5	214	218	0	18	8	2	30	24	0	21	11	0	4	1	0	2	5	0	0	1	
Schwaben	0	0	78	1113	832	13	312	287	1	14	42	1	33	26	2	23	17	0	4	1	0	8	18	0	0	6	
Berlin	0	242	282	86	1110	1028	14	581	501	8	436	213	8	147	167	1	76	34	0	17	13	0	16	17	0	6	
Brennendburg	0	113	136	113	1516	1713	55	1831	1676	4	65	38	1	30	31	1	8	5	0	11	16	0	17	14	0	7	
Bremen	2	46	81	12	224	158	16	184	181	0	14	5	1	28	30	2	32	31	0	4	4	0	7	1	0	0	
Hamburg	0	35	0	42	883	696	23	828	848	7	125	167	6	143	194	7	116	117	0	9	12	0	8	2	0	1	
Hessen	7	172	161	150	2410	2167	40	1205	883	2	169	154	7	237	236	1	81	107	2	24	22	3	41	24	1	8	
Darmstadt	5	123	114	94	1311	1288	25	624	543	1	128	100	4	147	158	1	51	64	2	18	13	3	23	16	1	6	
Gießen	1	16	18	20	415	388	3	148	148	0	21	22	2	43	22	0	13	18	0	3	5	0	11	3	0	3	
Kassel	1	33	29	36	684	480	12	432	284	1	19	32	1	47	56	0	27	34	0	3	4	0	7	6	0	1	
Mecklenbg.-Vorpommern	5	94	100	180	1404	1366	68	2041	1587	3	17	13	1	28	26	0	8	5	1	16	18	0	15	15	0	4	
Niedersachsen	18	305	317	215	2918	2884	137	3034	2720	9	186	222	13	406	318	17	238	225	1	23	32	2	38	34	0	14	
Braunschweig	0	70	77	35	695	558	13	500	549	4	44	69	3	74	69	2	33	43	0	4	5	0	10	7	0	7	
Hannover	5	117	111	61	1147	744	34	602	509	1	46	52	5	112	102	7	77	89	0	3	7	0	4	8	0	1	
Lüneburg	4	50	55	38	525	411	34	709	624	0	27	28	4	74	52	1	62	30	0	8	8	0	10	10	0	1	
Weeser-Ems	7	68	74	82	1082	1170	58	1223	1038	4	69	75	1	148	85	7	67	63	1	8	12	0	14	9	0	5	
Nordrhein-Westfalen	37	1117	1217	402	6733	6684	330	8301	6717	25	867	542	33	781	538	24	656	300	2	73	55	0	83	85	1	38	
Düsseldorf	9	423	420	118	1832	2072	81	2186	1833	5	344	177	13	268	188	4	186	104	0	19	21	0	22	19	0	14	
Köln	10	246	250	100	1695	1344	72	1444	1057	10	213	128	6	121	104	8	89	77	1	16	8	0	18	14	0	6	
Münster	7	152	142	68	1147	1031	54	1252	1035	3	117	73	4	80	48	0	31	18	0	12	10	0	6	10	0	0	
Detmold	4	87	122	36	592	658	42	864	861	3	45	76	6	158	69	5	80	33	0	10	3	0	10	18	1	7	
Arnsberg	7	200	283	78	1367	1578	71	2445	1841	4	148	87	4	153	128	6	161	67	1	17	13	0	26	28	0	11	
Rheinland-Pfalz	8	210	218	145	2186	2033	58	1870	1453	1	75	72	4	127	125	1	106	69	0	17	31	0	23	40	0	15	
Koblenz	5	70	71	54	833	687	18	727	466	1	40	20	2	38	41	0	24	6	0	7	10	0	14	16	0	12	
Trier	0	35	21	28	405	278	13	381	281	0	12	3	1	17	10	0	18	8	0	0	8	0	0	0	0	1	
Rheinhesen-Pfalz	3	105	127	62	848	1070	28	882	707	0	23	48	1	72	74	1	68	55	0	10	13	0	8	25	0	2	
Saarland	0	51	23	61	412	487	21	620	568	2	18	21	0	28	43	0	17	47	0	2	8	0	10	10	0	5	
Sachsen	17	113	106	169	2085	2764	167	2630	2888	7	31	61	1	40	46	1	11	13	1	18	20	0	28	20	2	16	
Chemnitz	17	62	52	59	815	1102	60	1723	780	6	17	13	0	20	14	0	4	4	0	5	9	0	14	4	0	4	
Dresden	0	7	15	72	728	833	63	2468	1357	0	7	33	1	17	14	0	3	1	1	8	7	0	10	10	2	9	
Leipzig	0	44	38	38	552	718	44	1751	851	1	7	15	0	3	18	1	4	8	0	4	4	0	5	6	0	3	
Sachsen-Anhalt	7	201	187	138	1847	1823	78	2623	2427	1	28	31	0	27	28	1	10	13	1	23	31	0	14	26	2	14	
Schleswig-Holstein	6	113	0	50	806	907	114	890	678	3	50	66	2	76	62	3	51	32	0	12	14	0	7	11	0	2	
Thüringen	4	77	60	67	1285	1814	58	2260	1687	4	39	33	0	21	28	0	4	1	1	15	10	0	11	5	0	4	
Gesamt	108	2889	2857	2358	33882	36483	1388	38618	30489	82	2483	2034	86	2601	2383	72	1888	1377	10	344	372	7	417	420	14	186	

## Übrige meldepflichtige Infektionskrankheiten 24. Woche 1995

	24. Wo. 1995	1.-24. Wo. 1995	1.-24. Wo. 1994	1.-52. Wo. 1994
Botulismus	0	3	6	13
Brucellose	0	11	11	27
Cholera	0	1	0	7
Diphtherie	0	2	2	6
Fleckfieber	0	1	1	1
Gasbrand	4	64	65	138
Gelbfieber	0	0	0	0
hämorrh. Fieber	0	0	0	1
Lepra	0	2	3	5
Leptospirose Weil	0	3	6	17
Leptospirose, sonstige	0	5	4	11
Malaria	18	438	296	814
Meningitis, übrige Formen	7	136	213	1525
Milzbrand	0	0	1	1
Ornithose	5	97	63	136
Paratyphus	2	44	31	114
Pest	0	0	0	0
Poliomyelitis	0	0	0	1
Q-Fieber	1	24	35	64
Rotz	0	0	0	0
Rückfallfieber	0	0	0	1
Shigellose	14	600	697	2298
Tetanus	0	3	7	17
Tollwut	0	0	0	0
Trachom	0	6	2	4
Trichinose	0	2	0	0
Tularämie	0	0	3	5
Typhus	2	60	76	174
angeborene				
- Listeriose	1	13	13	22
- Lues	0	0	0	7
- Rötelnembryopathie	0	0	1	1
- Toxoplasmose	0	13	10	24
- Zytomegalie	0	9	7	17
Gonorrhoe	27	686	664	
Syphilis	1	186	186	

## Bemerkungen zu den Tabellen auf Seite 7 und 8

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) keine Vorjahressummen für Gonorrhoe und Syphilis aus.