

# Epidemiologisches Bulletin

Wöchentlicher Informationsdienst für Ärzte

Bericht der Fachgruppe Infektionsepidemiologie, AIDS-Zentrum des RKI

Notausgabe

Inhalt	Seite
Tollwutgefahr bei Reisen nach Asien .....	1
Tollwut durch einen importierten Hund in Düsseldorf .....	1
Orale Tollwutimmunisierung der Füchse in Europa erfolgreich fortgesetzt .....	2
Die aktuelle Übersicht: Dengue-Fieber .....	2
Berichte aus dem Ausland: Malariaimporte, Cholera im Sudan .....	3
Meldepflichtige Infektionskrankheiten im Jahr 1995 (2 Tabellen, Stand: 40. Woche) .....	5

## Rahmenthema: Tollwut

### Tollwutgefahr bei Reisen nach Asien

Bei den Hinweisen auf Gesundheitsgefahren, denen sich Fernreisende u.U. aussetzen, wird die mögliche Tollwutexposition durch streunende Hunde (oder Katzen) oft nicht genügend berücksichtigt. Bei Reisen in asiatische Länder besteht hier ein besonderes Risiko. Anders als in Europa sind in vielen asiatischen Ländern Hunde die Hauptträger des Tollwutvirus.

Ausdrücklich genannt werden sollen **Bangladesch** (Tollwut weit verbreitet), **Bhutan** (besonders Region Timphu), **China** (besonders Provinz Shandon), **Indonesien** (Tollwut landesweit), **Kambodscha**, **Malaysia** (besonders Grenzgebiet zu Thailand), **Thailand** (4-8% der Hunde gelten als infektiös, jährlich erhalten rd. 100.000 Einheimische nach Hundebissen eine Wutschutzbehandlung), **Vietnam** (besonders Provinz Quang-Ninh). (Quelle: "Reisemedizin aktuell", Centrum für Reisemedizin Düsseldorf, 09.10.1995).

In diesem Zusammenhang muß auch darauf hingewiesen werden, daß in den Hauptreisegebieten für deutsche Touristen in der **Türkei** trotz mehrjähriger Bekämpfungsmaßnahmen noch immer eine beträchtliche Tollwutgefährdung durch Hunde besteht. Nach den vom Bundesforschungsinstitut für Viruskrankheiten der Tiere in Tübingen vorgelegten Daten ist gegenwärtig die Hundetollwut im Raum Istanbul drastisch angestiegen.

Reisende in diese Länder werden zur Vorsicht bei Kontakt zu streunenden Hunden gemahnt. Sie sollten speziell beraten werden. Bei Trekkingtouren oder Langzeitaufenthalten empfiehlt sich ggf. eine vorhe-

rige prophylaktische Tollwutimmunisierung, weil in den Reisegebieten oft im Notfall kein optimaler Impfstoff verfügbar ist.

### Tollwut durch einen importierten Hund in Düsseldorf

Es kommt nicht oft vor, daß Tiere während der Rabies-Inkubation offiziell eine Grenze passieren. Im April 1995 wurde ein junger Hund aus der Türkei per Flugzeug nach Düsseldorf mitgebracht. Die Kontrollmaßnahmen bei der Einreise waren unzureichend. Nach einigen Wochen konsultierte der Besitzer einen Tierarzt, weil sich Probleme im Umgang mit dem Tier ergeben hatten. Der Tierarzt hielt Tollwut für möglich und informierte den Amtstierarzt. Dieser fand keine typischen klinischen Zeichen der Tollwut, ordnete aber eine häusliche Quarantäne an. Als das Tier am nächsten Tage den Besitzer biß, wurde es getötet. Am gleichen Tage (13.07.95) wurde in einem Veterinäruntersuchungsamt die Tollwutdiagnose labordiagnostisch gesichert (FAT).

Düsseldorf war seit Jahren frei von Tollwut. Besondere Probleme ergaben sich in diesem Falle aus der Tatsache, daß der Hund täglich mehrere Stunden alleine durch die Stadt gestreift war. Die Öffentlichkeit wurde durch Lautsprecherwagen, Hinweisblätter und das Radio informiert. Die Suche nach Personen, die Kontakt zu dem Hund gehabt hatten, gestaltete sich durch die Ferienzeit schwierig und machte zum Teil Befragungen an Urlaubsorten im Ausland notwendig. Schließlich wurden 192 Erwachsene und 78 Kinder als Kontaktpersonen ermittelt und vorsorglich einer Wutschutzbehandlung unterzogen. Unter den Erwachsenen wurden 10 Biß- und 14 Kratzverletzungen objektiviert. Es wurde festgestellt, daß der

Hund in der Türkei eine Impfung gegen Tollwut erhalten hatte, allerdings blieb offen, ob diese Impfung ausreichend wirksam war. An einer speziellen Charakterisierung des vom Hund isolierten Tollwutvirusstammes mit Hilfe monoklonaler Antikörper wird noch gearbeitet. Bisher sind keine Folgefälle bei Tieren in Düsseldorf aufgetreten. Der Vorfall unterstreicht die Notwendigkeit strenger Kontrollmaßnahmen zur Vermeidung derartiger Tollwutimporte.

(Quelle: W.W. Müller, "Imported Dog Rabies Case in Germany" in "Rabies Bulletin Europe", herausgegeben vom Bundesforschungsinstitut für Viruskrankheiten der Tiere, Tübingen, 2/95, September 1995.)

### Orale Tollwutimmunisierung der Füchse in Europa erfolgreich fortgesetzt

Seit 1989 läuft ein – von der WHO und der EU unterstütztes – grenzübergreifendes Immunisierungsprogramm zur Bekämpfung der Fuchstollwut in 14 europäischen Ländern einschließlich Deutschlands. Durch die erprobte orale Immunisierung der Füchse mit einem Lebendimpfstoff wird der Hauptvirus

träger in diesem Teil der Erde erreicht. Damit wird die Eliminierung des für die Tollwutgefährdung des Menschen entscheidenden Reservoirs der Tollwutviren unter den wildlebenden Raubtieren (Wildkarnivoren) zu einem realen Ziel.

Im laufenden Jahr wurde und wird dieses Programm mit hoher Intensität fortgeführt. Im Frühjahr wurden in einer ersten Kampagne rd. 8,6 Millionen präparierte Köder auf einer Fläche von 570.000 km<sup>2</sup> überwiegend per Flugzeug ausgebracht. Im gleichen Gebiet erfolgt im Herbst eine zweite Aktion. Zusätzlich wurden im Sommer in ausgewählten Gebieten Köder zur Immunisierung der Jungfüchse ausgelegt. Ein wesentlicher Teil der Immunisierung fand in diesem Jahr in Deutschland statt (4,2 Millionen Köder in den östlichen und in südlichen Teilen). Seit 1989 sind in den beteiligten Ländern die bei Füchsen festgestellten Tollwutfälle bereits um 80% zurückgegangen. Die Zahl der gegenwärtig tollwutfreien Gebiete hat beträchtlich zugenommen. In diesen Gebieten ist für 2 Jahre eine effektive Surveillance erforderlich, um den Erfolg der Aktionen zu evaluieren und ggf. die Tollwutfreiheit bestätigen zu können. (Quelle: WHO WER 41/1995.)

### Die aktuelle Übersicht: Dengue-Fieber und Dengue-hämorrhagisches Fieber (DHF) – Situation und Bekämpfungsstrategien

Die gegenwärtige Ausbreitung des Dengue-Fiebers und des Dengue-hämorrhagischen Fiebers in weiten Teilen der Welt sind besorgniserregend. Das Dengue-Fieber (auch "Sieben-Tage-Fieber") – eine akute Infektionskrankheit mit Fieber, Erbrechen, Gelenkschmerzen und Exanthenen – ist heute nach der Malaria die wichtigste durch Stechmücken übertragene Infektion des Menschen. Das Dengue-hämorrhagische Fieber (DHF) ist eine besonders gefährliche Verlaufsform dieser Infektion. Der Erreger, das **Dengue-Virus** (aus dem Genus der Flaviviren, der Familie der Togaviren sowie der Gruppe der Arboviren) wird durch einen Vektor, die Moskitoart **Aedes aegypti**, übertragen. Dieser tagaktive Moskito vermehrt sich in Wasserbehältern oder Wasseransammlungen, wie man sie in den wärmeren Ländern in der Umgebung menschlicher Siedlungen häufig findet. Damit gehört das Dengue-Fieber zu den urbanen Tropenkrankheiten. *Aedes aegypti* ist zur Zeit in Südostasien, Zentral- und Südamerika, im westlichen Pazifik, in Afrika und Südosteuropa beheimatet. Dengue-Fieber kann in diesem Verbreitungsgebiet auftreten, sofern dort subtropisches bzw. tropisches Klima herrscht. Mehr als 2,5 Milliarden Menschen in über 100 Ländern leben in Gebieten, die durch Epidemien bedroht sind.

Man muß zur Zeit weltweit pro Jahr mit rd. 50 Millionen Fällen von Dengue-Fieber und mehreren Hun-

dertausend Fällen von DHF rechnen. Dengue zählt in vielen Ländern zu den häufigsten Ursachen für eine Krankenhauseinweisung bei Kindern. Die Prognose des Dengue-Fiebers gilt grundsätzlich als gutartig. Bei entsprechender medizinischer Versorgung beträgt die Letalität 1-3%, bei fehlender medizinischer Betreuung kann sie allerdings bis auf 15% ansteigen. In der hämorrhagischen Form endet die Erkrankung – vor allem bei kleinen Kindern – häufiger tödlich. Die Zahl der Dengue-Sterbefälle wird weltweit insgesamt auf etwa 20.000 pro Jahr geschätzt.

Dengue ist eine seit langem bekannte Krankheit. In den letzten 15 Jahren kam es allerdings weltweit zu einem erheblichen Anstieg der Erkrankungsfälle wie auch zu vermehrten Epidemien. Gründe sind die durch den modernen Verkehr begünstigte Ausbreitung von vier Serotypen und die Ausbreitung der den Erreger übertragenden Moskitos.

Das Problem sei hier am Beispiel Amerikas noch einmal besonders verdeutlicht: Im Rahmen der Prävention von Gelbfieber, das ebenfalls von der *Aedes aegypti* übertragen wird, organisierte die Pan American Health Organization (PAHO) in den 50er und 60er Jahren das *Aedes-aegypti*-Eradikationsprogramm in den meisten amerikanischen Staaten. In dieser Zeit tauchte Dengue-Fieber/DHF nur noch

sporadisch auf einigen karibischen Inseln auf. 1970 wurde das *Aedes-aegypti*-Eradikationsprogramm offiziell von den USA aufgegeben, in anderen Staaten wurde es mit nachlassender Sorgfalt verfolgt. In der Folge besiedelte diese Mosquitoart wieder Staaten, in denen sie zuvor ausgerottet war. In diese Zeit fiel die schwere Epidemie in Kuba 1981 mit 116.000 Krankenhausbehandlungen und mehr als 10.000 Fällen von DHF. Bis 1995 hatte die Ausbreitung von *Aedes aegypti* wieder die gleichen Gebiete wie vor dem Ausrottungsprogramm erreicht. 1970 gab es von den vier Serotypen des Dengue-Virus nur den **Serotyp 2** auf dem amerikanischen Kontinent (möglicherweise mit einer lokalen Verbreitung des **Serotyps 3** in Kolumbien und Puerto Rico). 1977 wurde erstmalig der **Serotyp 1** beobachtet und verursachte über 16 Jahre eine größere Epidemie. Ein weiterer Stamm des Serotyps 2 aus Südostasien verursachte den ersten größeren Ausbruch von DHF in Amerika. Der Stamm verbreitete sich rasch und war verantwortlich für Ausbrüche in Venezuela, Kolumbien, Brasilien, Französisch Guyana, Surinam und Puerto Rico. Der **Serotyp 4** wurde 1981 eingeschleppt und verursachte ähnlich ausgedehnte Ausbrüche. Beispiele aus dem Jahr 1995: Brasilien: 88.000 Fälle von Dengue-Fieber, 105 Fälle von Dengue-hämorrhagischem Fieber; Venezuela: 15.252 Fälle von Dengue-Fieber (überwiegend verursacht durch den Serotyp 4), 2.934 Fälle von Dengue-hämorrhagischem Fieber mit 14 Sterbefällen; Mexiko und Karibik: 35.000 Fälle von Dengue-Fieber, über 500 Fälle von Dengue-hämorrhagischem Fieber, 24 Sterbefälle. Insgesamt waren 1995 bisher 14 amerikanische Länder von Ausbrüchen betroffen.

Eine Dengue-Infektion hinterläßt nur eine typspezifische Immunität, so daß nachfolgend Infektionen mit anderen Serotypen möglich sind. Bei wiederholten Infektionen wird der Verlauf erfahrungsgemäß schwerer. Wie bei den meisten viralen Erkrankungen existiert weder eine spezifische Behandlung noch ein entsprechender Impfstoff. Zwar liegen vielversprechende Ergebnisse zur Wirksamkeit von Vakzinen aus attenuierten oder rekombinanten Virusstämmen vor, jedoch werden die Impfstoffe kurzfristig nicht zur Verfügung stehen.

Die Therapie bei Dengue ist symptomatisch und umfaßt Bettruhe, Analgesie und fiebersenkende Maßnahmen. Bei Kindern mit dem DHF (hohes

Fieber, Erbrechen und Blutungen aus Kapillaren) ist oft eine Volumensubstitution notwendig.

Die wichtigste Möglichkeit der Prävention dieser Krankheit besteht zur Zeit in der Elimination oder zumindest Reduzierung des Vektors. Individuell sind Schutzmaßnahmen gegen Mückenstiche bedeutsam. Im Mai 1993 verabschiedete die WHO einen Appell, in dem sie ihre Mitgliedstaaten aufforderte, die Anstrengungen zur Beherrschung von Dengue-Fieber und DHF zu verstärken. Die Empfehlungen der WHO für Staaten, in denen Dengue-Fieber endemisch auftritt, umfassen:

- die gezielte Bekämpfung des Vektors und die Etablierung einer Vektorüberwachung,
- die aktive Surveillance auf der Grundlage eines schnell reagierenden Gesundheitssystemes,
- das Bereithalten von Notfallplänen,
- die Ausbildung des erforderlichen Personals,
- die Schaffung der erforderlichen Möglichkeiten der medizinischen Betreuung.

Diese Empfehlungen wurden im Juni dieses Jahres auf einem Expertentreffen in Genf bekräftigt.

Für **Deutschland** liegen keine exakten Zahlen über diagnostizierte Dengue-Fieber/DHF-Fälle vor. Im Bernhard-Nocht-Institut in Hamburg wurde mit 203 durch Antikörpernachweis diagnostizierten Denguefällen bei 962 Einsendungen im ersten Halbjahr 1995 die größte Zahl an Diagnosen gestellt. In einer vom RKI durchgeführten Umfrage in Laboratorien über diagnostizierte Denguefälle in Deutschland ergab sich eine Zahl von 250 Fällen für das erste Halbjahr 1995. Damit könnte eine Jahresgesamtzahl von wenigstens 500 diagnostizierten Fällen geschätzt werden. Es gibt Hinweise darauf, daß es sich dabei teilweise um schwere Verläufe handelte. Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber ist nach dem Bundesseuchengesetz meldepflichtig. Meldungen von DHF wurden allerdings nicht erstattet. Da spezifische virologische Diagnostik nur auf Anforderung durchgeführt wird, sollte bei unklarem Fieber bei Personen, die sich bis zu 8 Tagen vorher in Dengue-Endemiegebieten aufgehalten haben, die Differentialdiagnose Dengue-Fieber/DHF berücksichtigt werden. (Quellen: "Emerging Infectious Diseases" Vol. 1, 2, 1995, 55-5; "Press release WHO" 47, 16.06.95; "Press release WHO" 72, 28.09.95.)

## Berichte aus dem Ausland

### Cholera im Sudan

Das Auswärtige Amt informierte das Bundesministerium für Gesundheit am 10.10.95 über Cholera-Ausbrüche im Sudan. Danach handelt es sich um verschiedene, noch relativ eng begrenzte Herde in dicht besiedelten Teilen der Hauptstadt **Khartum** sowie in der Ostregion — nördlich von **Kassala** — und ganz im Süden, in **Juba**. Das National Public Health Laboratory gab 150 bestätigte Fälle an. Die reale Zahl der Erkrankungen ist unbekannt. Es gibt Hinweise auf eine hohe Letalität durch den schlechten Gesundheitszustand der Patienten und fehlende Therapiemöglichkeiten. Eine Besonderheit besteht darin, daß die Regierung des Sudan dieses Geschehen gegenüber der Bevölkerung und auch der WHO bisher nicht bestätigt und Hilfe abgelehnt hat. Wir möchten die deutschen Gesundheitsbehörden über diesen Ausbruch informieren, weisen aber auf die noch ausstehende offizielle Bestätigung hin.

### Malaria außerhalb von Endemiegebieten

Auch in "malariafreien" Gebieten treten immer wieder einmal Fälle von Malaria ohne direkten Zusammenhang mit dem Aufenthalt in einem Endemiegebiet oder eine Exposition gegenüber Blut auf. Die meisten dieser Beobachtungen wurden im Umfeld

internationaler Flughäfen oder Häfen gemacht. Fehleinschätzungen des Krankheitsbildes - häufig wird differentialdiagnostisch nicht an eine Malaria gedacht - können dann zu einer Gefährdung der Betroffenen führen. In den USA wurden beispielsweise von 1957 - 1992 insgesamt 69 Fälle solcher "erworbenen" Malaria gemeldet (vier Fünftel von diesen waren durch *Plasmodium vivax* verursacht). Hier sollen zwei aktuelle Beispiele vorgestellt werden:

Über 3 Fälle von Malaria durch *Plasmodium falciparum* in **New York City** im August 1993 wurde jetzt berichtet. Die Übertragung war in einer heißen, feuchten Witterungsperiode durch Anophelesmücken möglich, die an anderer Stelle Blut infizierter Menschen aufgenommen haben mußten (The Lancet Vol. 346, September 16, 1995, 729 - 731; CDR Weekly, London, 38/1995). — In Rußland ereignete sich kürzlich ein Malaria-Ausbruch in **Woronesch** (500 km südlich von Moskau). Dort traten 107 Malariaerkrankungen auf. Ein Teil der Fälle war durch Einwanderer aus Tadschikistan importiert worden. In der Umgebung kam es dann zu weiteren Erkrankungsfällen (Quelle: "Reisemedizin aktuell", Centrum für Reisemedizin Düsseldorf, 09.10.1995).

Trotz der relativen Seltenheit derartiger Ereignisse sollte bei unklarem Fieber die Malaria in die Differentialdiagnose einbezogen werden.

Berichte über meldepflichtige Infektionskrankheiten 40. Woche 1995

Land Regierungsbezirk	Tuberkulose akute TB Atmungsorgane 40W. 1.-40W. 1.-40W. 1986 1986 1984		Enteritis infectiosa Salmonellose 40W. 1.-40W. 1.-40W. 1986 1986 1984		Virushepatitis Hepatitis A 40W. 1.-40W. 1.-40W. 1986 1986 1984		Virushepatitis Hepatitis B 40W. 1.-40W. 1.-40W. 1986 1986 1984		Virushepatitis übrige Formen 40W. 1.-40W. 1.-40W. 1986 1986 1984		Meningitis/Enzephalitis Meningokokken Mening. 40W. 1.-40W. 1.-40W. 1986 1986 1984		Meningitis/Enzephalitis bakt. Mening., übrige 40W. 1.-40W. 1.-40W. 1986 1986 1984		virale Mening./Enzeph. 40W. 1.-40W. 1.-40W. 1986 1986 1984															
	40W. 1.-40W. 1.-40W. 1986 1986 1984	40W. 1.-40W. 1.-40W. 1986 1986 1984	40W. 1.-40W. 1.-40W. 1986 1986 1984	40W. 1.-40W. 1.-40W. 1986 1986 1984	40W. 1.-40W. 1.-40W. 1986 1986 1984	40W. 1.-40W. 1.-40W. 1986 1986 1984	40W. 1.-40W. 1.-40W. 1986 1986 1984	40W. 1.-40W. 1.-40W. 1986 1986 1984	40W. 1.-40W. 1.-40W. 1986 1986 1984	40W. 1.-40W. 1.-40W. 1986 1986 1984	40W. 1.-40W. 1.-40W. 1986 1986 1984	40W. 1.-40W. 1.-40W. 1986 1986 1984	40W. 1.-40W. 1.-40W. 1986 1986 1984	40W. 1.-40W. 1.-40W. 1986 1986 1984	40W. 1.-40W. 1.-40W. 1986 1986 1984															
Baden-Württemberg	0	0	304	9808	141	5364	4844	15	322	408	6	314	413	7	190	365	0	58	62	0	67	90	0	67	90	1	140	162		
Stuttgart	0	0	128	3648	5238	11	108	176	4	136	174	4	83	173	0	15	18	0	30	34	0	30	34	0	30	34	1	72	54	
Freiburg	0	0	60	1891	2868	29	1162	989	0	63	62	0	46	66	1	27	27	0	10	15	0	7	18	0	7	18	0	32	48	
Karlsruhe	0	0	80	2761	3271	24	1765	1616	3	107	110	0	86	116	1	61	141	0	26	18	0	21	28	0	21	28	0	26	24	
Tübingen	0	0	48	1620	2640	33	911	1043	1	64	71	2	47	67	1	19	44	0	8	11	0	8	10	0	8	10	0	11	26	
Bayern	0	0	428	12778	16776	134	5674	6007	26	403	318	14	624	386	12	490	239	0	64	69	1	103	136	1	103	136	1	74	148	
Oberbayern	0	0	139	3967	4926	47	2840	2164	9	144	143	6	266	181	3	226	86	0	30	28	0	30	38	0	30	38	0	8	20	
Niederbayern	0	0	69	1668	2286	17	506	438	1	34	19	2	74	20	4	60	8	0	3	6	0	12	6	0	12	6	0	13	11	
Oberpfalz	0	0	48	1060	1370	16	412	416	2	28	7	1	51	12	1	23	7	0	6	4	1	6	10	0	6	10	0	8	7	
Oberfranken	0	0	23	801	1263	2	261	1263	2	28	19	3	44	21	1	33	13	0	6	10	0	20	24	0	20	24	0	20	18	
Mittelfranken	0	0	43	1273	1278	14	733	808	3	73	48	0	74	64	1	76	77	0	7	3	0	12	13	1	12	13	1	8	6	
Unterfranken	0	0	26	1236	1873	18	413	407	3	62	26	1	67	32	0	28	14	0	6	6	0	6	10	0	6	10	0	3	10	
Schwaben	0	0	81	2903	2690	20	720	613	6	42	66	1	68	46	2	46	34	0	7	11	0	17	34	0	17	34	0	12	76	
Berlin	0	419	453	110	2769	2840	23	842	810	18	686	360	3	248	218	1	118	67	0	20	21	0	20	26	0	20	26	0	13	10
Brandenburg	0	211	243	108	4293	4867	30	3102	2677	0	92	60	0	53	61	0	13	8	0	18	26	0	28	33	0	28	33	1	19	42
Bremen	•	68	82	•	536	466	•	372	372	•	20	16	•	•	•	48	42	•	6	6	•	11	4	•	11	4	•	1	0	
Hamburg	1	69	0	48	2112	2026	20	1363	1648	6	232	266	5	219	318	1	192	319	0	10	13	0	11	9	0	11	9	0	7	9
Hessen	4	296	265	210	6141	6831	33	2159	1843	4	407	286	6	396	364	4	154	160	0	35	45	0	68	68	0	68	68	0	22	44
Darmstadt	1	196	188	113	3476	3938	18	1147	1010	3	281	204	6	244	244	2	78	82	0	27	23	0	44	36	0	44	36	0	10	26
Gießen	0	31	36	41	1166	1306	3	262	270	1	88	36	0	77	46	1	36	31	0	4	7	0	12	14	0	12	14	0	7	13
Kassel	3	69	41	66	1609	1688	11	760	663	0	38	46	1	74	74	1	41	47	0	4	15	0	12	8	0	12	8	0	6	6
Mecklenb.-Vorpommern	3	146	178	132	3811	4976	30	3060	2626	0	39	20	1	37	40	1	10	8	0	27	26	1	22	23	0	22	23	0	21	63
Niedersachsen	5	631	602	146	6946	8068	53	4634	4376	8	323	318	1	709	481	6	400	340	2	36	64	3	72	82	4	72	82	4	36	66
Braunschweig	4	127	119	47	1692	1711	10	690	747	3	65	88	1	120	112	0	51	67	0	8	7	1	22	22	0	22	22	0	16	46
Hannover	•	173	166	•	1379	1946	•	832	836	•	89	81	•	192	148	•	136	119	•	•	•	•	8	20	•	8	20	•	2	7
Lüneburg	0	81	76	28	1176	1198	16	1069	988	4	64	43	0	134	92	3	80	62	0	10	14	1	12	19	0	12	19	0	4	3
Weser-Ems	1	150	122	70	2699	3213	28	1863	1696	1	116	106	0	263	139	2	124	112	2	13	18	1	30	21	1	30	21	4	14	10
Nordrhein-Westfalen	39	1819	2062	438	16876	17077	266	13648	11544	78	1689	1123	42	1446	984	32	1064	661	1	111	96	1	161	188	4	161	188	4	111	300
Düsseldorf	14	677	726	132	4553	4800	80	3648	3032	24	673	366	7	489	327	8	369	208	0	23	34	0	32	41	1	32	41	1	33	60
Köln	6	373	430	116	4063	3664	48	2286	1768	19	386	284	11	269	203	16	238	129	1	24	13	1	32	37	1	32	37	1	16	30
Münster	7	248	247	61	2687	2866	33	2308	2114	11	232	134	7	128	93	0	48	38	0	14	17	0	28	28	0	28	28	0	4	18
Detmold	6	165	190	60	1482	1816	36	1627	1361	3	84	162	8	265	139	1	126	70	0	18	7	0	20	33	2	20	33	2	13	68
Arnsberg	7	366	460	78	3180	3661	69	3671	3289	19	324	187	9	314	222	3	283	116	0	31	24	0	51	69	0	51	69	0	46	143
Rheinland-Pfalz	5	347	333	88	6269	6441	30	2968	2609	0	138	123	1	242	186	3	178	165	0	20	37	0	43	82	0	43	82	0	23	127
Koblenz	•	113	106	•	1829	1868	•	1048	816	•	60	28	•	70	61	•	62	20	•	10	12	•	28	47	•	28	47	•	17	91
Trier	2	67	43	22	838	692	7	543	468	0	20	8	0	28	14	0	25	19	0	0	8	0	1	2	0	1	2	0	1	1
Rheinhesen-Pfalz	3	177	194	67	2402	2781	23	1378	1336	0	68	86	0	144	121	3	101	116	0	10	16	0	14	43	0	14	43	0	5	36
Saarland	0	90	111	28	1273	1514	24	1028	916	6	61	37	2	60	74	1	23	74	0	4	13	1	17	20	0	17	20	0	13	9
Sachsen	2	176	166	180	6268	7862	116	8202	4641	2	76	87	2	70	79	0	18	26	1	28	31	0	49	31	0	49	31	3	69	81
Chemnitz	0	96	80	78	2438	2820	44	2493	1447	0	30	23	2	37	23	0	8	7	0	7	10	0	21	8	0	21	8	2	11	40
Dresden	1	10	27	62	2306	2738	33	3343	1889	2	24	44	0	24	28	0	4	4	0	12	12	0	18	16	0	18	16	0	31	26
Leipzig	1	69	79	60	1616	2204	38	2366	1206	0	22	20	0	9	28	0	6	14	1	8	9	0	9	8	1	9	8	1	17	29
Sachsen-Anhalt	8	300	308	106	4344	4816	37	3488	3389	2	69	66	4	44	49	0	16	17	1	32	38	0	22	34	0	22	34	0	23	41
Schleswig-Holstein	4	174	0	70	2262	2868	27	1667	1332	4	121	108	4	126																

## Übrige meldepflichtige Infektionskrankheiten 40. Woche 1995

	40. Wo. 1995	1.-40. Wo. 1995	1.-40. Wo. 1994	1.-52. Wo. 1994
Botulismus	0	5	11	13
Brucellose	3	27	23	27
Cholera	0	1	1	7
Diphtherie	0	3	6	6
Fleckfieber	0	2	1	1
Gasbrand	1	104	107	138
Gelbfieber	0	0	0	0
hämorrh. Fieber	0	0	0	1
Lepra	0	2	4	5
Leptospirose Weil	0	15	12	17
Leptospirose, sonstige	2	12	7	11
Malaria	10	755	630	814
Meningitis, übrige Formen	5	422	1311	1525
Milzbrand	0	0	1	1
Ornithose	4	151	98	136
Paratyphus	3	78	85	114
Pest	0	0	0	0
Poliomyelitis	0	0	0	1
Q-Fieber	0	39	60	64
Rotz	0	0	0	0
Rückfallfieber	0	0	1	1
Shigellose	35	1359	1737	2298
Tetanus	0	8	13	17
Tollwut	0	0	0	0
Trachom	0	9	3	4
Trichinose	2	9	0	0
Tularämie	0	1	4	5
Typhus	4	110	137	174
angeborene				
- Listeriose	0	27	19	22
- Lues	0	2	5	7
- Rötelnembryopathie	0	0	1	1
- Toxoplasmose	1	19	15	24
- Zytomegalie	0	12	10	17
Gonorrhoe	14	1242	1075	
Syphilis	7	323	281	

## Bemerkungen zu den Tabellen auf Seite 5 und 6

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 Erkrankungsanzahlen. Wir weisen deshalb in der Tabelle auf Seite 6 (letzte Spalte) keine Vorjahressummen für Gonorrhoe und Syphilis aus.