

Epidemiologisches Bulletin

Wöchentlicher Informationsdienst für Ärzte

Bericht der Fachgruppe Infektionsepidemiologie, AIDS-Zentrum des RKI

Notausgabe

Inhalt	Seite
„Schnelle Eingreiftruppe“ der WHO	1
Epidemie in Nicaragua als Leptospirose geklärt	2
Hämorrhagische Konjunktivitis in El Salvador	2
Meldepflichtige Infektionskrankheiten in den ersten drei Quartalen 1995 (Berichte zur Situation und Quartalsstatistik III/95)	2
Meldepflichtige Infektionskrankheiten im Jahr 1995 (2 Tabellen, Stand: 42. Woche)	8

„Schnelle Eingreiftruppe“ der WHO

Neue Spezialeinheit für Seuchen-Notfallsituationen von internationaler Bedeutung

Die Erfahrungen der letzten Jahre führten zu der Erkenntnis, daß bei örtlichen Ausbrüchen gefährlicher Infektionskrankheiten rasch, qualifiziert und koordiniert gehandelt werden muß. Ebenso sind adäquate Maßnahmen erforderlich, falls Gefahrensituationen von globalem Ausmaß erkennbar werden (wie z.B. beim Auftreten bestimmter sogenannter „emerging diseases“ oder von multiresistenten Erreger). Das führte zur Bildung einer neuen Struktureinheit der WHO in Genf, der **Division of Emerging, Viral and Bacterial Diseases Surveillance and Control (EMC)**. Direktor wurde Dr. David Heymann, der auch das zur Aufklärung und Bekämpfung des jüngsten Ebola-Fieber-Ausbruches in Zaire eingesetzte WHO-Team geleitet hatte.

Die neue Einheit soll sichern, daß im Falle eines innerhalb des internationalen Seuchengeschehens relevanten Ausbruchs entsprechend ausgerüstete Experten der WHO gemeinsam mit Vertretern der

zuständigen nationalen Gesundheitsbehörden innerhalb von 24 Stunden nach Eingang der Meldung vor Ort sein können. Wichtige Ziele sind die Kooperation mit dem internationalen Netz von Referenzzentren (WHO collaborating centres), Hilfsorganisationen, Fachberatern und NGO's (non-governmental organizations) sowie die Koordinierung der verschiedenen Aktivitäten.

Weitere Aufgaben der neuen Abteilung bestehen in der Beratung und Unterstützung der Mitgliedsländer

- bei der Einrichtung nationaler Programme zur Überwachung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten,
- bei der Etablierung von Frühwarnsystemen,
- bei der Durchführung infektionsepidemiologischer Feldarbeit und dazugehöriger Labor-diagnostik,
- bei entsprechenden Trainingsprogrammen.

(Quelle: WHO Press Release 75, 17.10.95.)

Epidemie in Nicaragua jetzt als Leptospirose geklärt

Experten der WHO, der PAHO und der CDC im Einsatz

An der dem Pazifik zugewandten Seite Nicaraguas **nordwestlich der Hauptstadt Managua** (ausgehend von der Gemeinde Achuapa, dann in dem Dreieck León/Villa-Nueva/San Juan de Limay) ist seit Mitte Oktober eine mit hohem Fieber und z.T. mit Blutungen einhergehende Krankheit gehäuft aufgetreten. Es wird bisher über mehr als 900 Erkrankungsfälle und 15 Sterbefälle berichtet. Durch eine ungewöhnlich lange und intensive Regenzeit kam es dort zu ausgedehnten Überschwemmungen, die u.a. die in dieser Jahreszeit übliche Insektenplage besonders verstärkt hatten. Die zunächst unbekannte Ätiologie und

Zweifel an der Möglichkeit, die beobachteten Krankheitsbilder einer bekannten und dort zu erwartenden Krankheit zuordnen zu können, führten anfänglich zu einer Beunruhigung, die sich auch in der Presse widerspiegelte.

Bei der Klärung dieses Ausbruches wurde das Gesundheitsministerium Nicaraguas von Experten der Pan American Health Organization (PAHO), verschiedenen Abteilungen der Centers for Disease Control (CDC) und der neuen Emerging Diseases Division (EMC) der WHO in Genf unterstützt.

Manches sprach zunächst für Dengue-Fieber bzw. Dengue-hämorrhagisches Fieber (eine in Nicaragua auch 1995 epidemisch vorkommende, durch den Moskito *Aedes aegypti* übertragene Viruskrankheit). Dies konnte jedoch für den aktuellen Ausbruch weder serologisch noch durch eine besondere Vermehrung des Vektors bestätigt werden und wurde ausgeschlossen.

Nach jetzt vorliegenden — noch sehr allgemein gehaltenen — Informationen soll es sich um einen Ausbruch von **Leptospirose** handeln. Diese Zoonose — verursacht durch Bakterien der Spezies *Leptospira interrogans* mit zahlreichen Serovaren und Serogruppen — wird vorzugsweise über Wasser, das mit dem Urin infizierter Säugetiere (hauptsächlich Ratten und Mäuse) kontaminiert ist, übertragen. Klinisch schwere Verlaufsformen und Komplikationen sind nicht selten.

Eine Quarantäne wurde von den Landesbehörden auch vor der ätiologischen Klärung nicht verhängt. Die Bevölkerung war lediglich aufgefordert worden, das genannte Gebiet nicht zu verlassen. Eine generelle Gefahr für Reisende nach Nicaragua besteht wegen dieses Ausbruchs nicht. Eine Reisebeschränkung für die betroffenen Gebiete ist nach der ätiologischen Klärung aus medizinischer Sicht nicht mehr begründet. Reisenden wird jedoch geraten, in dem genannten Gebiet Kontakte zu Oberflächenwasser oder Feuchtgebieten zu meiden. Im angrenzenden Süden von Honduras sind gleichartige Krankheitsfälle aufgetreten.

(Quellen: Auswärtiges Amt/Bundesministerium für Gesundheit 27.10.95, 03.11.95; ProMED Vol. 95, 161/ 162 / 163/ 166, 27.10.95/ 01.11.95/ 02.11.95/ 08.11.95; WHO WER 44/1995, 03.11.95).

Hämorrhagische Konjunktivitis in El Salvador Starke Ausbreitung im Lande

Eine hämorrhagische Form der epidemischen Konjunktivitis (übertragbare Bindehautentzündung) breitete sich von der im Westen El Salvadors gelegenen Hafenstadt **Acajutla** (nach einer angenommenen Einschleppung durch Seeleute) sehr rasch im Zentrum und im Osten des Landes aus. Es wird über 870 medizinisch behandelte Personen berichtet. Virologische Befunde liegen noch nicht vor.

Die Krankheit ist nicht lebensbedrohend, kann aber zu schweren Schäden am Auge führen. Sie ist sehr infektiös (Ausbreitung in Familien und Gemeinschaften). Hygienemaßnahmen (Persönliche Hygie-

ne, Desinfektion) können die Übertragung verhindern. Weil unter den Erkrankten viele Schüler und Auszubildende waren, wurden zur Verhinderung der Weiterverbreitung vorübergehend die Schulen und Internate geschlossen. An den Grenzen des Landes wird durch Sanitätskontrollmaßnahmen versucht, ein Übergreifen auf angrenzende Länder, z.B. Guatemala, zu verhindern. Reisen in diese Region sollten gegenwärtig möglichst vermieden werden.

(Quellen: Auswärtiges Amt/Bundesministerium für Gesundheit 03.11.95; CRM Reisemed. aktuell, 06.11.95; Pro Med Vol. 95, 166, 08.11.95.)

Meldepflichtige Infektionskrankheiten vom I. - III. Quartal 1995 Berichte zur Situation (nachfolgend Quartalsstatistik III/95)

1. Gastroenteritiden

Bei den **Salmonellosen** lagen auch im 3. Quartal — dem üblichen saisonalen Gipfel der Morbidität — die gemeldeten Erkrankungsdaten deutlich unter den Werten des Vorjahres (mehr als 20%). Im Jahr 1995 insgesamt ergab sich bisher in den alten Bundesländern (mit Ausnahme von Bremen, wo die Inzidenz bereits im Vorjahr sehr niedrig war) kumulativ ein Rückgang gegenüber dem Vorjahr von über 15%. Bisher wurde aus Mecklenburg-Vorpommern (wieder) die höchste Inzidenzrate aller Bundesländer gemeldet (kumulativ 1.-3. Quartal: 200 Erkr. pro 100.000 Einw.).

Eine Hochrechnung auf der Basis der bisher gemeldeten Fälle ergibt für Deutschland für das Jahr 1995

insgesamt eine Inzidenzrate von rd. 140 Erkrankungsfällen pro 100.000 Einwohner. Diese Morbidität liegt zwar noch über dem Wert des Jahres 1990 (130 Erkr. pro 100.000 Einw.), zeigt aber gegenüber dem bisherigen Gipfel im Jahre 1992 (242 Erkr. pro 100.000 Einw.) doch eine erhebliche Verbesserung der Situation (Abb. 1).

Die Daten zu den Salmonellen-Sterbefällen, die bis 1994 aus der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes vorliegen, zeigen für die Jahre 1993 und 1994 ebenfalls einen deutlichen Rückgang (1992: 229, 1993: 133, 1994: 122), der sich nach den bisher vorliegenden Meldungen nach dem BSeuchG auch in diesem Jahr fortsetzen wird.

Nach wie vor ist der Serovar *Enteritidis* mit einem

Anteil von ca. 70% an den Infektionen im 3. Quartal 1995 der vorherrschende Erreger der Erkrankungs-

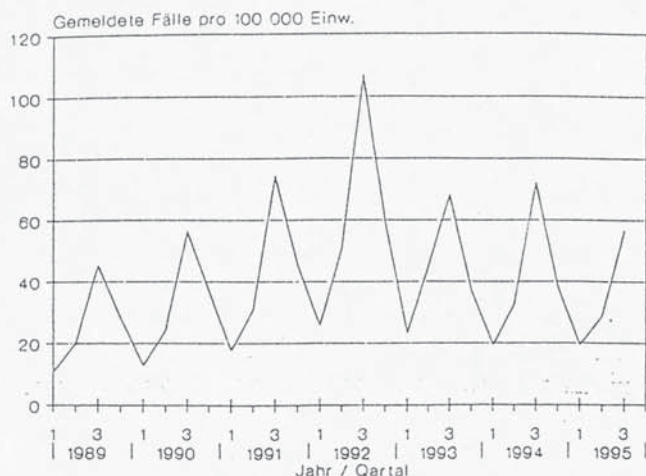


Abb. 1: Salmonellosen - Inzidenz nach Quartalen

fälle beim Menschen. Damit ist das weiterhin bestehende Risiko einer Infektion über infiziertes Geflügel oder Hühnereier dokumentiert. Der Anteil des zweithäufigsten Serovars *Typhimurium* lag dagegen im 3. Quartal nur bei ca. 15%. Wie bereits in früheren Einschätzungen herausgearbeitet wurde, erfordern die Salmonellosen weiterhin eine hohe Aufmerksamkeit.

Bei den übrigen Formen der Gastroenteritis ist der Trend weiterhin steigend. Der Kumulativwert bis zur 39. Woche liegt rd. 20% höher als im Vorjahr. Das wird als Ergebnis einer insgesamt verbesserten Diagnostik bei den Gastroenteritiden angesehen. Nach wie vor ist dieser steigende Trend in den neuen Bundesländern stärker ausgeprägt (kumulativ +35%), weil dort gegenwärtig offenbar vergleichsweise mehr diagnostiziert wird. Der Anstieg ist dort wesentlich durch die weiter zunehmende Erfassung von Rotavirus-Infektionen bedingt. In den alten Bundesländern weisen Hamburg (trotz eines leichten Rückganges 1995) und das Saarland ein vergleichsweise hohes Niveau auf.

Das Risiko durch enterohämorrhagische *Escherichia coli* (EHEC) ist mittlerweile allgemein be-

2. Virushepatitis A und B

Die Situation bei der Virushepatitis A hat sich nicht grundsätzlich verbessert. Seit Ende 1994 zeigte sich sogar ein Wiederanstieg der gemeldeten Fallzahlen. Bis zur 39. Woche dieses Jahres ergibt sich eine Zunahme des Kumulativwertes um 26% gegenüber dem Vorjahr. Die Erkrankungsrate im 3. Quartal liegt sogar um ca. 35% über dem Vergleichswert

des Vorjahres. Auch die bis Oktober 1995 vorliegenden Daten zeigen keine Abschwächung dieses steigenden Trends, so daß sich in diesem Jahr wieder eine Morbidität wie in den Jahren 1991 und 1992 ergeben könnte (Abb. 2). Besonders deutlich ist in diesem Jahr der Anstieg in den Ländern Berlin (+72% bei mehrjährig hoher

kannt. Die Möglichkeiten zur Diagnostik dieser Erreger sind vorhanden, wenn auch noch nicht optimal. Trotzdem hat sich die Zahl der gemeldeten Colienteritiden bisher nicht deutlich erhöht. Es wird deshalb davon ausgegangen, daß die Häufigkeit von Infektionen durch diese Erreger in Deutschland zumindest bei den klinisch leichten Gastroenteritiden nicht so hoch ist, wie ursprünglich befürchtet wurde.

Shigellosen werden gegenwärtig hauptsächlich bei Auslandsreisen erworben (rd. 70%). Hier besteht weiterhin eine günstige Situation. Bis zur 39. Woche ergab sich gegenüber dem leicht erhöhten Wert des Vorjahres ein Rückgang um 21%. Die Lage ist in den Bundesländern allerdings nicht einheitlich. Sachsen belegt den ersten Rang (kumulativ 4,1 Erkr. pro 100.000 Einw.). Berlin rückt 1995 nach einem Anstieg um 41% auf den zweiten Rang auf (3,3 Erkr. pro 100.000 Einw.). Zunahmen der gemeldeten Fälle ergeben sich auch in Hamburg (+13%, mit 2,6 Erkr. pro 100.000 Einw., zugleich dritter Rang in der Häufigkeit), Sachsen-Anhalt (+29%) und Schleswig-Holstein (+27%). Eine Erkrankungshäufung im Oktober in Baden-Württemberg könnte sich bis zum Jahresende noch auf die Rangfolge auswirken. Für die Einschätzung des epidemischen Geschehens ist eine Differenzierung der gemeldeten Fälle nach Erregertypen und vermutlichen Infektionsursachen wesentlich (siehe unser Beitrag im Epidemiologischen Bulletin 19/95).

Die Erkrankungen an Typhus und Paratyphus, bei denen ebenfalls die Importfälle eine ganz wesentliche Rolle spielen, liegen weiterhin auf einem sehr niedrigen Niveau. Die erhebliche Ausbreitung der Cholera in verschiedenen Reisegebieten deutscher Touristen sowie in einigen osteuropäischen Gebieten (zur Zeit vor allem in der Ukraine, Moldawien und Rumänien) hat bisher nicht zu vermehrten Importerkrankungen geführt (in diesem Jahr wurde bisher nur eine einzige Erkrankung erfaßt — siehe Epidemiologisches Bulletin 11/95). Das wird vor allem mit zwei Faktoren erklärt: Die Reisenden wohnen und essen zumeist in besseren Hotels mit guter Küchenhygiene, und die Einhaltung einfacher Regeln beim Verzehr von Lebensmitteln bzw. Trinkwasser bietet relativ sicheren Schutz vor einer Infektion.

Morbidität; mit kumulativ 16.6 Erkr. pro 100 000 Einw. höchste Inzidenzrate), Brandenburg (+59%), Hessen (+54%) und Mecklenburg-Vorpommern (+95%). Rückgänge der Meldezahlen ergaben sich bisher nur in Baden-Württemberg (-22%), Sachsen (-13%) und Hamburg (-8%). Hamburg wies neben Berlin in den vergangenen Jahren stets die höchste Erkrankungsrate auf. Trotz des leichten Rückgangs liegt Hamburg mit einer kumulativen Inzidenzrate von 12,9 Erkrankungen pro 100.000 Einwohnern in diesem Jahr nach Berlin auf Rang 2.

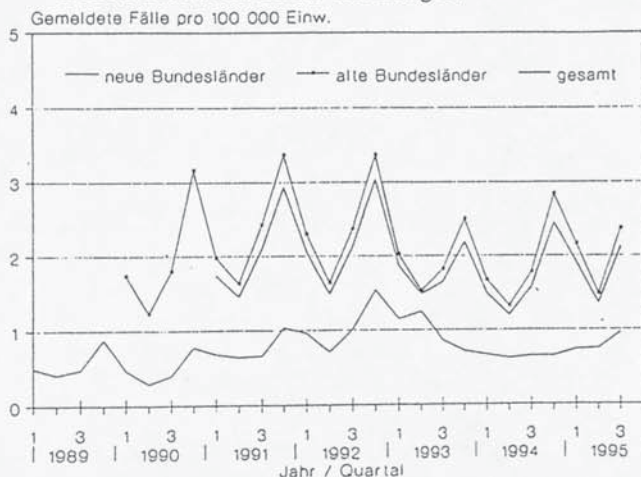


Abb. 2: Virushepatitis A - Inzidenz nach Quartalen

Aus der Altersverteilung des Jahres 1994 ging bereits hervor, daß der Anstieg im Vorjahr nicht nur durch vermehrte Importfälle verursacht war, sondern auch durch eine Ausbreitung der Infektion in Familien und Kindereinrichtungen sowie unter nicht immunen Schulkindern. 1994 zeigte sich nämlich nur in der Altersgruppe der 5-14Jährigen ein Anstieg der altersspezifischen Inzidenz. Besonders deutlich war das in Berlin und Bayern.

Damit bleiben die seit Ende 1992 von der Ständigen Impfkommission (STIKO) für bestimmte, besonders infektionsgefährdete Gruppen empfohlene Hepatitis A-Schutzimpfung und die ab Oktober 1994 erfolgte Ausweitung der Impfindikation auf Kontaktpersonen zunächst insgesamt ohne erkennbare Auswirkungen. Nur durch eine bessere Nutzung der Schutzimpfung als Prophylaxe vor Reisen in Endemiegebiete sowie als vorbeugende Maßnahme zusammen mit der Immunglobulin-Gabe bei Kontaktpersonen kann die Situation gegenwärtig grundsätzlich verbessert werden. Eine generelle Schutzimpfung gegen die Hepatitis A wird derzeit auch international nicht ernsthaft erwogen.

Die Zahl der gemeldeten Fälle von Virushepatitis B ist vor allem in den alten Bundesländern seit 1994 wieder angestiegen (Abb. 3). Bis zur 39. Woche dieses Jahres ergab sich kumulativ ein Anstieg um 20% gegenüber dem Jahr 1994. Der Wert für das 3.

Quartal liegt sogar um 42% über dem Vergleichswert des Vorjahres.

Der Anstieg der Erkrankungszahlen ist vor allem bedingt durch eine Zunahme der gemeldeten Erkrankungen in den Ländern Bayern (+61%), Berlin (+13%), Niedersachsen (+44%), Nordrhein-Westfalen (+46%) und Rheinland-Pfalz (+25%). Die Zunahme in diesen und weiteren Ländern verdeckt den Rückgang der Meldezahlen in Baden-Württemberg (-24%) und in Hamburg (-37%). Hamburg, das in den vergangenen Jahren stets die höchste Morbidität gemeldet hatte, erreicht trotz des Rückgangs auch in diesem Jahr mit 12 Erkrankungen pro 100.000 Einwohnern die höchste kumulierte Inzidenzrate. Niedersachsen liegt in diesem Jahr mit einer kumulierten Inzidenzrate von 9 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner auf Rang zwei.

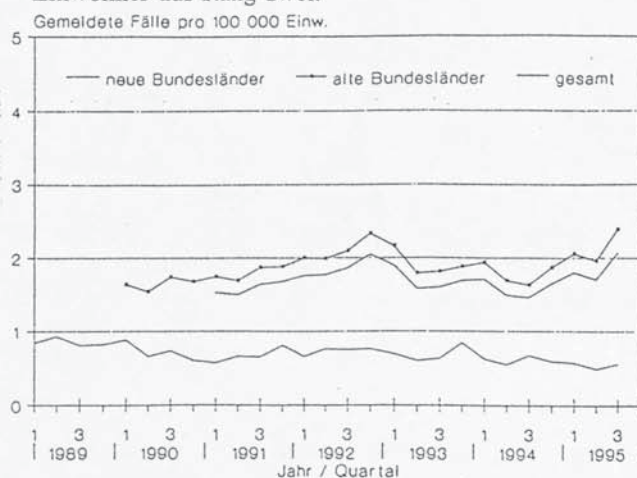


Abb. 3: Virushepatitis B - Inzidenz nach Quartalen

Die zur Veröffentlichung anstehenden "Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission - STIKO - Stand: Oktober 1995" sehen in Anlehnung an entsprechende Empfehlungen der WHO die Aufnahme der Schutzimpfung gegen Virushepatitis B in den Impfkalendar im ersten sowie ab 13. Lebensjahr vor. Bis zum Wirksamwerden der damit jetzt im Säuglings- und Jugendalter empfohlenen Impfungen im Erwachsenenalter — und damit in den entscheidenden Risikogruppen — werden noch viele Jahre vergehen. Gerade deshalb ist es besonders wichtig, ab jetzt die Jugendlichen vom 13. Lebensjahr an möglichst vollständig mit der Impfung zu erreichen. Dadurch würde gesichert, daß die innerhalb eines Jahrganges tatsächlich Gefährdeten — die etwa 5% umfassen dürften — von der Schutzimpfung maximal profitieren.

Daneben muß weiter angestrebt werden, durch gezielte Impfung von Personen, die den von der STIKO bereits früher definierten besonders infektionsgefährdeten Gruppen (sog. "Risikogruppen") angehören, relativ kurzfristig eine Morbiditätssenkung zu erreichen (Risikostrategie). Diese Gruppen

sollen hier noch einmal genannt werden:

- Medizinisches und zahnmedizinisches Personal, das durch Blutkontakte besonders gefährdet ist,
 - Patienten und Pflegepersonal in der Psychiatrie,
 - Dialysepatienten,
 - Personen, die häufig Erste Hilfe leisten, wie z.B. Sanitäter, Polizisten,
 - Personen in Familien und Gemeinschaften mit ständigem engen Kontakt zu HBsAg-Trägern,
 - homosexuell aktive Männer,
 - Prostituierte,
 - länger einsitzende Strafgefangene,
 - Drogenabhängige,
 - Reisende in Virushepatitis-B-Endemiegebiete mit engen Kontakten zur einheimischen Bevölkerung.
- Es zeigt sich immer wieder, daß innerhalb dieser Gruppen — selbst bei medizinischem Personal — noch erhebliche Immunitätslücken bestehen.

3. Abakterielle Meningitiden und Enzephalitiden

Mit dem Ablauf des 3. Quartals wurde bei den abakteriellen Meningitiden der saisonale Gipfel überschritten. Deshalb ist die epidemische Situation in diesem Jahr bereits abschließend einschätzbar. Das Jahr 1995 erwies sich als "normales", d.h. epidemiefreies Jahr. Im Vergleich mit anderen epidemiefreien Jahren liegt die kumulative Inzidenz zwischen der Inzidenz im Jahr 1993 mit einer insgesamt sehr geringen Morbidität und der in den Jahren 1991 bzw. 1992 mit einer etwas ausgeprägteren Morbidität (Abb. 4).

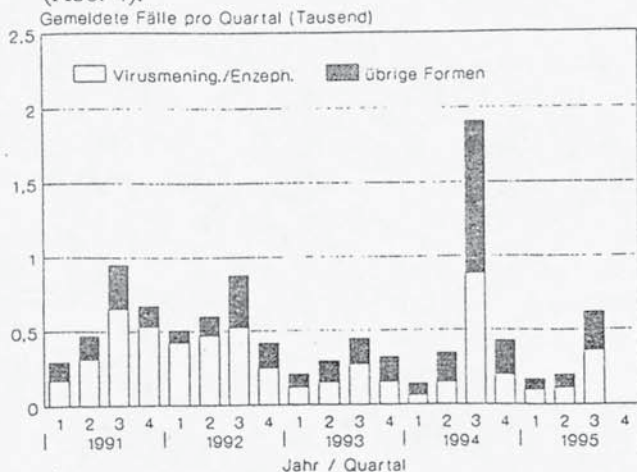


Abb. 4: Abakterielle Meningitis/Enzephalitis
- Inzidenz nach Quartalen

Zunächst noch einmal ein Rückblick auf das vergangene Jahr: Im Sommer des Jahres 1994 war es in verschiedenen Bundesländern zu einer intensiven Zirkulation von Enteroviren gekommen und in Teilen des Landes Baden-Württemberg zusätzlich zu einer erheblichen Zunahme von Infektionen durch FSME-Virus. Die Erkrankungsrate bei den abakteriellen Meningitiden erreichte dadurch einen Wert

Empfohlen werden sollte diese Impfung aber grundsätzlich auch all denjenigen, die sich durch einen häufigeren Wechsel ihrer Sexualpartner einem erhöhten Infektionsrisiko aussetzen. Der Anteil der Fälle mit einer Übertragung durch Sexualkontakte wird auch in Deutschland zwischen 30 und 50% vermutet, und es handelt sich dabei überwiegend um Personen mit heterosexueller Orientierung.

Schließlich dürfen auch die Anstrengungen zur gezielten Suche nach HBsAg-positiven Schwangeren und zur kombinierten Schutzimpfung der Neugeborenen solcher Mütter unmittelbar post partum keinesfalls nachlassen. Die von der STIKO jetzt empfohlene Impfung der Säuglinge ab dem dritten Lebensmonat kann einen Schutz bereits prä- oder perinatal infizierter Säuglinge nicht mehr bewirken.

von 3,5 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner. Eine noch höhere Erkrankungsrate gab es mit über 4 Fällen pro 100.000 Einwohner letztmalig 1988, einem Jahr mit ebenfalls deutlich vermehrtem Vorkommen von durch Enteroviren verursachten Meningitiden. Die Zahl der erfaßten Fälle von Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) hatte sich 1994 in Baden-Württemberg auf 210 erhöht, darunter 207 in diesem Bundesland entstandene autochthone Fälle, im Vergleich zu 87 im Jahre 1993 (nach M. Roggendorf, Essen). Die entsprechenden Daten aus dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg liegen zwar niedriger (1993: 31, 1994: 108 FSME-Fälle), zeigen jedoch ebenfalls eine deutlich erhöhte Zahl Erkrankter im Jahr 1994.

1995 war dagegen weder die Zirkulation von Enteroviren (ECHO- bzw. Coxsackie-Viren) — den wichtigsten Erregern einer abakteriellen Meningitis — besonders intensiv, noch kam es in Bayern oder Baden-Württemberg vermehrt zu Erkrankungen an FSME. In Baden-Württemberg wurden dem Landesgesundheitsamt in diesem Jahr bisher nur 29 FSME-Fälle bekannt (Stand v. 23.08.95). Gegenüber dem "epidemischen" Jahr 1994 ergab sich insgesamt ein Rückgang der Kumulativzahl aller abakteriellen Meningitiden um rd. 60%. Der saisonale Gipfel im 3. Quartal dieses Jahres lag sogar um 68% unter dem Wert des Vergleichs quartals im Jahr 1994. Der größte Rückgang gegenüber dem Vorjahr ergab sich erwartungsgemäß in Rheinland-Pfalz (-85%). Von dort war 1994 die höchste Morbidität gemeldet worden (siehe Epidemiologisches Bulletin 06/95). Aber auch in Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen ergaben sich Rückgänge von über 50% gegenüber dem Vorjahr. Nur im Saarland zeigte sich auch in diesem Jahr eine Zunahme der gemeldeten Fälle (um über 40%).

Meldepflichtige Infektionskrankheiten in Deutschland

Tabelle 1 a

Berichtszeitraum: 3.7. - 1.10.1995 (3.Quartal) (vorläufige Daten - Stand: 2.11.1995, Niedersachsen unvollständig)

Land	Enteritis infectiosa		Typhus	Paratyphus	Shigellenruhr	Virushepatitis			Meningitis/Enzephalitis			Malaria	
	Salmonellose	übrige Formen				A	B	sonstige	Meningokokken -	andere bakterielle	Virus -		übrige Formen
Baden-Württemberg	5173	1937	8	3	100	130	108	61	16	28	97	13	39
Bayern	7151	2020	2	6	108	164	276	178	18	35	52	48	48
Berlin	1372	210	3	2	41	129	82	39	3	5	6	12	19
Brandenburg	2399	930			38	26	21	3	6	11	9	2	6
Bremen	275	156	1	1	2	5	10	12	2	3	1	1	8
Hamburg	1070	340	2	6	20	92	56	62	1	3	6	3	27
Hessen	3110	792	5		22	217	141	51	9	26	11	15	15
Mecklenb.-Vorp.	2088	863			6	18	7	1	10	5	16		2
Niedersachsen	3365	1137	4	1	29	113	250	134	10	26	16	32	35
Nordrhein-Westf.	7769	4289	10	8	75	600	536	416	30	70	66	92	42
Rheinl.-Pfalz	2707	808	2		31	55	97	63	3	19	7	19	3
Saarland	716	308			1	25	15	5	1	5	8	13	6
Sachsen	3743	1861	1	3	108	33	26	6	9	20	36	1	5
Sachsen-Anhalt	2101	706	1		46	35	13	5	8	6	9		8
Schleswig-Holstein	1261	612			7	64	41	31	4	3	10	7	6
Thüringen	1805	701	1		41	25	13	2	2	4	10		
Deutschland	46105	17670	40	30	675	1731	1692	1069	132	269	360	258	269
Inzidenzrate	56,58	21,68	0,05	0,04	0,83	2,12	2,08	1,31	0,16	0,33	0,44	0,32	0,33
Summe Vorjahr	58745	16569	54	50	871	1286	1191	854	161	387	883	1024	284
+/- in %	-21,52	6,64	-25,93	-40,00	-22,50	34,60	42,07	25,18	-18,01	-30,49	-59,23	-74,80	-5,28
kumulativ aktuell	85287	59493	106	75	1324	4399	4561	2947	499	712	573	417	745
kumulativ Vorjahr	101118	49790	134	84	1674	3484	3788	2398	561	850	1101	1294	622
+/- in %	-15,66	19,49	-20,90	-10,71	-20,91	26,26	20,41	22,89	-11,05	-16,24	-47,96	-67,77	19,77

Neuerkrankungen pro 100 000 Einwohner

Meldepflichtige Infektionskrankheiten in Deutschland

Berichtszeitraum: 3.7. - 1.10.1995 (3.Quartal) (vorläufige Daten - Stand: 2.11.1995, Niedersachsen unvollständig)

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	50,41	18,88	0,08	0,03	0,97	1,27	1,05	0,59	0,16	0,27	0,95	0,13	0,38
Bayern	60,04	16,96	0,02	0,05	0,91	1,38	2,32	1,49	0,15	0,29	0,44	0,40	0,40
Berlin	39,46	6,04	0,09	0,06	1,18	3,71	2,36	1,12	0,09	0,14	0,17	0,35	0,55
Brandenburg	94,61	36,68	0,00	0,00	1,50	1,03	0,83	0,12	0,24	0,43	0,35	0,08	0,24
Bremen	40,34	22,88	0,15	0,15	0,29	0,73	1,47	1,76	0,29	0,44	0,15	0,15	1,17
Hamburg	62,75	19,94	0,12	0,35	1,17	5,40	3,28	3,64	0,06	0,18	0,35	0,18	1,58
Hessen	52,04	13,25	0,08	0,00	0,37	3,63	2,36	0,85	0,15	0,44	0,18	0,25	0,25
Mecklenb.-Vorp.	113,89	47,07	0,00	0,00	0,33	0,98	0,38	0,05	0,55	0,27	0,87	0,00	0,11
Niedersachsen	43,71	14,77	0,05	0,01	0,38	1,47	3,25	1,74	0,13	0,34	0,21	0,42	0,45
Nordrhein-Westf.	43,65	24,10	0,06	0,04	0,42	3,37	3,01	2,34	0,17	0,39	0,37	0,52	0,24
Rheinl.-Pfalz	68,60	20,48	0,05	0,00	0,79	1,39	2,46	1,60	0,08	0,48	0,18	0,48	0,08
Saarland	66,09	28,43	0,00	0,00	0,09	2,31	1,38	0,46	0,09	0,46	0,74	1,20	0,55
Sachsen	81,54	40,54	0,02	0,07	2,35	0,72	0,57	0,13	0,20	0,44	0,78	0,02	0,11
Sachsen-Anhalt	76,01	25,54	0,04	0,00	1,66	1,27	0,47	0,18	0,29	0,22	0,33	0,00	0,29
Schleswig-Holstein	46,62	22,63	0,00	0,00	0,26	2,37	1,52	1,15	0,15	0,11	0,37	0,26	0,22
Thüringen	71,63	27,82	0,04	0,00	1,63	0,99	0,52	0,08	0,08	0,16	0,40	0,00	0,00
Deutschland	56,58	21,68	0,05	0,04	0,83	2,12	2,08	1,31	0,16	0,33	0,44	0,32	0,33

Berichte über meldepflichtige Infektionskrankheiten 42. Woche 1995

Land Regierungsbezirk	Tuberkulose akute TB Atmungsorgane		Enteritis Infectiosa		Virushepatitis		Virushepatitis		Meningitis/Enzephalitis		virale Mening./Enzeph. 42W. 1.-42W. 1.-42W. 1986 1996													
	42W. 1.-42W. 1.-42W. 1986 1996	1.-42W. 1.-42W. 1984 1994	42W. 1.-42W. 1.-42W. 1986 1996	1.-42W. 1.-42W. 1984 1994	42W. 1.-42W. 1.-42W. 1986 1996	1.-42W. 1.-42W. 1984 1994	42W. 1.-42W. 1.-42W. 1986 1996	1.-42W. 1.-42W. 1984 1994	42W. 1.-42W. 1.-42W. 1986 1996	1.-42W. 1.-42W. 1984 1994														
Baden-Württemberg	0	0	164	5616	5114	61	402	461	8	332	433	6	201	388	0	60	84	3	72	92	1	146	169	
Stuttgart	0	0	128	3817	6666	13	138	186	3	145	187	4	81	183	0	16	19	0	32	36	1	75	68	
Freiburg	0	0	74	2008	3127	6	60	53	2	50	69	0	28	28	0	11	18	2	9	18	0	34	51	
Karlsruhe	0	0	108	2936	3441	27	1847	1678	3	89	119	1	63	144	0	26	18	0	21	28	0	25	28	
Tübingen	0	0	79	1748	2760	5	61	78	0	48	58	0	18	44	0	8	11	1	10	10	0	12	26	
Bayern	0	0	483	13683	17004	30	468	388	13	660	416	37	560	282	3	68	70	2	106	143	3	80	164	
Oberbayern	0	0	167	4242	5339	11	162	169	7	273	198	20	268	118	0	31	30	1	32	40	0	9	20	
Niederbayern	0	0	53	1668	2474	0	36	20	2	80	25	6	89	11	0	3	6	0	12	6	0	16	13	
Oberpfalz	0	0	0	0	1471	18	437	441	3	56	16	1	26	7	0	6	4	0	6	13	0	9	8	
Oberfranken	0	0	31	862	1348	2	33	22	0	47	23	2	36	14	1	6	10	1	21	24	2	22	18	
Mittelfranken	0	0	60	1388	1415	13	752	836	6	82	62	0	78	71	2	78	83	0	12	14	0	8	7	
Unterfranken	0	0	40	1336	2077	8	431	426	3	58	32	0	57	34	0	6	6	0	6	10	0	3	10	
Schwaben	0	0	84	3081	2878	28	772	670	5	61	66	3	72	60	2	10	11	1	17	36	1	13	77	
Berlin	0	472	463	96	2838	3218	20	878	862	18	623	383	3	127	61	1	21	21	1	22	26	0	13	10
Brandenburg	0	211	243	163	4696	5164	86	3223	2783	2	96	66	1	14	8	0	18	26	0	28	36	2	21	43
Bremen	3	72	86	21	583	488	10	408	382	0	21	19	0	42	46	6	55	43	0	12	6	0	1	0
Hamburg	0	167	0	61	2227	2184	28	1418	1698	13	268	268	2	222	327	5	189	324	2	13	11	0	7	8
Hessen	8	283	282	181	6651	7308	48	2259	1823	13	447	333	8	407	387	3	161	160	1	70	59	0	23	44
Darmstadt	8	202	201	100	3714	4216	28	1188	1068	11	308	236	8	268	268	1	81	82	0	44	36	0	10	28
Gießen	0	30	39	0	1204	1403	0	269	283	0	86	42	0	37	31	0	5	7	0	12	14	0	8	13
Kassel	2	61	42	61	1633	1690	19	801	684	2	43	56	0	74	76	2	43	47	1	14	10	0	5	6
Mecklenbg.-Vorpommern	6	157	192	130	4067	5234	57	3155	2624	1	40	20	0	10	8	0	27	28	1	23	24	0	22	67
Niedersachsen	3	660	620	215	7442	8601	50	4668	4548	2	336	361	11	748	611	3	418	362	2	75	83	1	37	66
Braunschweig	1	133	123	62	1786	1817	14	716	780	0	68	88	0	123	119	1	63	69	0	23	22	1	18	46
Hannover	0	182	184	0	1616	2072	0	863	868	0	93	83	0	207	163	0	147	124	0	8	20	0	2	7
Lüneburg	0	83	78	60	1268	1287	23	1096	1046	0	54	47	0	140	88	1	82	62	1	13	19	0	6	3
Weiser-Ems	2	162	126	103	2873	3426	13	1881	1766	2	122	113	8	278	143	1	128	117	0	30	22	0	14	10
Nordrhein-Westfalen	34	1888	2165	414	16886	18081	248	14081	12048	43	1718	1237	25	1506	1062	24	1108	693	2	165	202	4	118	313
Düsseldorf	18	708	766	168	4868	5118	90	3817	3168	15	616	388	9	610	348	18	383	218	0	32	41	2	36	67
Köln	0	378	448	0	4201	3876	0	2327	1841	0	410	318	0	266	218	0	242	134	0	32	37	0	17	30
Münster	7	260	262	107	2822	3110	70	2426	2227	6	248	168	2	132	96	1	49	41	1	27	30	0	4	18
Detmold	2	171	188	51	1688	1800	37	1707	1407	1	90	170	7	264	166	4	132	72	0	21	33	0	13	61
Arnsberg	7	374	480	67	3418	4090	52	3786	3417	21	362	207	7	334	238	1	300	127	1	63	61	2	48	147
Rheinland-Pfalz	5	360	346	166	6629	6843	44	3078	2743	3	148	133	3	261	203	4	186	168	0	46	96	1	26	130
Koblenz	3	119	110	68	2106	2116	15	1088	866	0	66	36	0	76	64	3	67	21	0	14	1	28	48	
Trier	1	58	44	24	886	763	7	664	481	0	20	8	0	28	19	0	28	19	0	0	1	2	0	1
Rheinessen-Pfalz	1	182	181	74	2637	2966	22	1426	1387	3	63	89	1	146	126	1	103	118	0	15	45	0	5	36
Saarland	1	87	122	39	1368	1687	14	1066	846	2	59	41	0	60	77	0	26	78	0	18	20	0	13	8
Sachsen	4	186	191	197	6706	8318	126	8453	4767	2	81	81	5	76	86	0	18	26	2	51	32	2	64	98
Chemnitz	3	102	83	75	2608	1637	50	2684	1637	1	32	27	2	38	26	0	9	7	0	11	22	9	1	13
Dresden	0	12	27	87	2488	2900	43	3440	1886	1	28	44	0	4	4	1	13	12	1	20	16	1	33	29
Leipzig	1	72	81	35	1608	2334	33	2428	1236	0	23	20	0	8	28	0	6	14	1	10	10	0	18	27
Sachsen-Anhalt	7	323	322	113	4568	5162	67	3602	3606	5	81	67	2	47	58	0	18	18	1	23	36	0	24	42
Schleswig-Holstein	4	182	0	81	2402	3014	48	1766	1382	4	127	113	1	128	106	5	104	68	0	10	22	1	13	17
Thüringen	0	122	111	118	3688	4812	56	3286	2629	5	86	66	1	37	47	0	9	6	1	22	18	0	14	18
Gesamt	75	5091	5021	2848	93739	111020	1184	62830	53033	192	4876	4008	92	4861	4076	95	3200	2676	17	643	583	18	748	896

Übrige meldepflichtige Infektionskrankheiten 42. Woche 1995

	42. Wo. 1995	1.-42. Wo. 1995	1.-42. Wo. 1994	1.-52. Wo. 1994
Botulismus	0	5	12	13
Brucellose	1	29	24	27
Cholera	0	1	5	7
Diphtherie	0	3	6	6
Fleckfieber	0	2	1	1
Gasbrand	3	108	111	138
Gelbfieber	0	0	0	0
hämorrh. Fieber	0	0	0	1
Lepra	0	2	4	5
Leptospirose Weil	1	16	14	17
Leptospirose, sonstige	1	13	7	11
Malaria	15	783	655	814
Meningitis, übrige Formen	5	444	1366	1525
Milzbrand	0	0	1	1
Ornithose	3	156	104	136
Paratyphus	1	84	94	114
Pest	0	0	0	0
Poliomyelitis	0	3	0	1
Q-Fieber	2	42	61	64
Rotz	0	0	0	0
Rückfallfieber	0	0	1	1
Shigellose	61	1482	1889	2298
Tetanus	0	9	13	17
Tollwut	0	0	0	0
Trachom	0	9	3	4
Trichinose	1	10	0	0
Tularämie	0	1	4	5
Typhus	0	112	142	174
angeborene				
- Listeriose	1	28	19	22
- Lues	0	2	5	7
- Rötelnembryopathie	0	1	1	1
- Toxoplasmose	1	21	17	24
- Zytomegalie	0	12	10	17
Gonorrhoe	40	1345	1158	
Syphilis	7	340	296	

Bemerkungen zu den Tabellen auf Seite 8 und 9:

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 9 (letzte Spalte) keine Vorjahressummen für Gonorrhoe und Syphilis aus.