

# Epidemiologisches Bulletin

Wöchentlicher Informationsdienst für Ärzte

Bericht der Fachgruppe Infektionsepidemiologie, AIDS-Zentrum des RKI

Notausgabe

Inhalt	Seite
Diphtherie-Epidemie - die Gefahr besteht fort . . . . .	1
Cholera im Jahr 1994 . . . . .	2
Eine Erkrankung an Poliomyelitis . . . . .	2
Impfschutz in Deutschland - Ergebnisse einer repräsentativen Erhebung . . . . .	3
Meldepflichtige Infektionskrankheiten im Jahr 1995 (2 Tabellen, Stand: 28. Woche) . . . . .	5

## Diphtherie-Epidemie - die Gefahr besteht fort

Die ausgedehnte Diphtherie-Epidemie, die sich seit 1990 in der Russischen Föderation und bald darauf in allen heute unabhängigen Staaten der früheren UdSSR (GUS) entwickelt hat, stellt weiterhin eine Bedrohung für die Bevölkerung Europas dar. Im Jahre 1994 wurden der WHO aus diesen Ländern 47.261 Erkrankungsfälle, darunter 1.742 mit tödlichem Ausgang (3,7%) gemeldet. Gegenüber 1993 war das ein Anstieg um 250%.

*Eine Reihe benachbarter Länder (Finnland, Deutschland, Norwegen, Polen) verzeichneten Diphtherie-Erkrankungen bei Einreisenden aus den GUS-Staaten.*

Zwischen Januar und April 1995 wurden in den GUS-Staaten etwa 20.000 neue Erkrankungsfälle registriert. Für das Jahr 1995 werden 100.000 bis 200.000 Diphtherieerkrankungen in der GUS und den benachbarten Staaten vorhergesagt.

Folgende Länder sind gegenwärtig besonders von der Epidemie betroffen:

die Russische Föderation (80% aller Fälle), die Ukraine, Moldawien, Aserbaidshan, Kasachstan, Kirgisien, Tadshikistan und Usbekistan. In diesen Ländern werden 98% der Fälle des Jahres 1995 erwartet.

Gegenwärtig beginnen Hilfsmaßnahmen durch die WHO und die UNICEF vor Ort wirksam zu werden. Für diese Unterstützung der Diphtheriebekämpfung in der GUS werden 33 Millionen US \$ pro Jahr aus Spendengeldern benötigt, die bis jetzt aber erst zu einem Drittel aufgebracht wurden.

Die Koordinierung der internationalen Hilfsmaßnahmen erfolgt über das Regionalbüro der WHO in Kopenhagen.

In diesem Zusammenhang wird hier noch einmal auf die **Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommision am RKI (STIKO)** hingewiesen:

- **Impfungen bei Kindern und Jugendlichen:** Grundimmunisierung (DPT) aller Kleinkinder und Auffrischimpfungen (Td) zum Zeitpunkt der Einschulung sowie zwischen dem 11. und 15. Lebensjahr.

- **Reguläre Impfungen bei Erwachsenen:** Auffrischimpfungen im Abstand von etwa 10 Jahren (vorzugsweise mit Td-Impfstoff).

- **Impfungen bei Reisenden in Länder mit einem erhöhten Infektionsrisiko:** Bei unvollständig Geimpften sind fehlende Impfungen nachzuholen (vorzugsweise mit Td-Impfstoff). Bei ausreichendem Tetanusimpfschutz sollte monovalent gegen Diphtherie (Di-Impfstoff für Erwachsene!) geimpft werden.

Nicht Geimpfte (bzw. Personen mit fehlendem Impfnachweis) erhalten 2 Impfungen (vorzugsweise Td-Impfstoff) im Abstand von 4 - 6 Wochen und eine dritte Impfung 6 - 12 Monate nach der 2. Impfung. Die Ausreise sollte möglichst erst nach der 2. Impfung erfolgen.

- **Impfungen weiterer gefährdeter Personen:** Die gleichen Empfehlungen wie für Reisende gelten für folgende Personengruppen, deren Diphtherie-Impfschutz für besonders notwendig gehalten wird:

- Medizinisches Personal, das direkten Kontakt mit Erkrankten haben kann

- Beschäftigte mit umfangreichem Publikumsverkehr

- Personen und Beschäftigte in Gemeinschaftsunterkünften, in denen Aussiedler, Flüchtlinge oder Asylbewerber aus Ländern mit einem erhöhten Infektionsrisiko (GUS, außereuropäische Länder) leben.

## Cholera im Jahre 1994

Die WHO legte eine erste Übersicht zur Cholera im Jahre 1994 vor (WER 28/1995, 201 - 208), die hier zusammenfassend wiedergegeben wird.

Insgesamt wurden der WHO für das Jahr 1994 **384.403 Cholera-Erkrankungen** gemeldet. Damit wurde die Größenordnung des Jahres 1993 erreicht, und es setzte sich der 1992 und 1993 beobachtete Rückgang vorerst nicht weiter fort.

*Die 10.692 Fälle mit tödlichem Ausgang ergeben eine mittlere Letalität von 2,8% (1993: 1,8%). Der Anstieg der Letalität gegenüber 1993 ist wesentlich eine Folge großer Ausbrüche in Afrika (Angola, Somalia, Ruanda) im Zusammenhang mit Bürgerkriegen und von diesen ausgelösten Flüchtlingsströmen.*

Meldungen erfolgten aus 94 Ländern, das war die bisher höchste Zahl von Ländern, die innerhalb eines Jahres betroffen waren. Ein dramatischer Choleraausbruch betraf ein Lager mit Flüchtlingen aus Ruanda in Goma/Zaire im Juli (s.u.). Zu weiteren bemerkenswerten Ausbrüchen kam es in Brasilien, Afghanistan, Guinea, Guinea-Bissau, Somalia und Sierra Leone.

Der **Biotyp El Tor des *Vibrio cholerae* der Serogruppe O1** - verantwortlich für die 7. Cholera-Pandemie seit 1961 - führt weiterhin zu Erkrankungsfällen und Ausbrüchen in allen Regionen der Welt.

*Der neue, zur Serogruppe "non-O1" gehörende *Vibrio cholerae* O139 ist seit seiner Entdeckung in Indien (Ende 1992) in 10 asiatischen Ländern in Erscheinung getreten. Die Verbreitung dieses Typs scheint nicht mehr zuzunehmen, muß aber weiterhin intensiv beobachtet werden.*

*Klinisch bestehen keine Unterschiede zu Erkrankungen durch die Serogruppe O1.*

### Regionale Besonderheiten:

**Afrika:** Die meisten Fälle (161.983) wurden 1994 aus Afrika gemeldet. Hier weisen die Erkrankungszahlen seit 1991 ein deutlich erhöhtes Niveau auf, und 1994 wurde mit 5% dort auch die höchste Letalität beobachtet.

In **Goma/Zaire** und Umgebung kam es in einer rasch angewachsenen Population von 700.000 bis 1.000.000 Flüchtlingen aus Ruanda unter äußerst komplizierten hygienischen Bedingungen innerhalb von 3 Wochen zu etwa 70.000 Durchfallerkrankungen, bei denen es sich überwiegend um Cholera handelte. Durch internationale Hilfsmaßnahmen wurde eine wirksame Epidemiekämpfung einschließlich effektiver dringlicher Therapie (orale Rehydrierung) möglich, so daß die Letalität von anfänglich 22% auf 3-5% gesenkt werden konnte.

In **Mittel- und Südamerika** waren nach Einschleppung der Cholera in den Jahren 1991 - 1993 extrem hohe Erkrankungszahlen zu verzeichnen, die aber kontinuierlich zurückgegangen sind. Auch die Letalität hat sich günstig entwickelt. Schwerpunkte des epidemischen Geschehens waren 1994 vor allem Brasilien, Peru und El Salvador.

In **Asien** haben in den letzten beiden Jahren die gemeldeten Cholerafälle insgesamt deutlich zugenommen. Besonders betroffen sind China, Afghanistan, Kambodscha, Laos, Thailand und Vietnam. Aus den jetzt unabhängigen Nachfolgestaaten der UdSSR in Asien wurden 1994 weniger Fälle als 1993 gemeldet, jedoch scheinen noch verstärkte hygienische und Überwachungs-Maßnahmen erforderlich zu sein.

**Europa:** Aus Europa wurden insgesamt 2.630 Fälle gemeldet, darunter 64 mit einem tödlichen Ausgang. Bisher war in dieser Region im wesentlichen nur mit importierten Cholerafällen zu rechnen. 1994 nahm die Zahl der autochthon entstandenen Fälle gegenüber dem Vorjahr jedoch um das 30-fache zu. 89 importierten Fällen in 15 Ländern standen 2.541 autochthone Fälle in 6 Ländern gegenüber. Die Ausbrüche betrafen Albanien, Italien, Moldawien, Rumänien, Dagestan (Russische Föderation) und die Ukraine.

## Meldung einer Erkrankung an Poliomyelitis

In der 26. Woche wurde vom Gesundheitsamt der Stadt Köln eine Erkrankung an Poliomyelitis gemeldet. Entsprechend den jetzt vorliegenden Informationen handelt es sich dabei um einen zum Zeitpunkt der Erkrankung 4 Monate alten Säugling mit einer **Vakzine-assoziierten Kontakt-Poliomyelitis**.

Die Mutter des Kindes und sein Zwillingsbruder waren am 9.3.95 mit trivalentem Polio-Lebendimpfstoff geimpft worden. Das später erkrankte Kind

wurde wegen eines akuten Infektes sowie einer exazerbierten Neurodermitis von der Impfung zurückgestellt.

Nach Angaben des Arztes wurde die Mutter der Kinder auf die Problematik der Übertragung des Impfvirus auf ungeschützte Personen, sowie die notwendigen hygienischen Vorbeugungsmaßnahmen hingewiesen.

Vier Wochen später erkrankte der ungeimpfte Junge fieberhaft. Am 6.4. kam es zu einer akut perforierenden Otitis media, die antibiotisch anbehandelt wurde. Am Folgetag wurde das Kind dann aber bei bereits reduziertem Allgemeinzustand unter der Verdachtsdiagnose Meningitis hospitalisiert.

Die in der Klinik erfolgte Liquor-Punktion bestätigte diese Verdachtsdiagnose (im Liquor: 960/3 Zellen). In der Klinik wurde eine antibiotische Therapie mit Cefotaxim über 10 Tage durchgeführt. Liquor- und Blutkultur vom 7.4. erbrachten keinen Bakterien-Nachweis. Im Verlauf von 5 Tagen entfieberte das Kind.

Bei rascher Besserung des Allgemeinzustandes fiel dann etwa ab 9.4. eine asymmetrische schlaffe Parese (re > li) beider Beine auf; auch der linke Arm zeigte gewisse Defizite der Motorik. Erst zu diesem Zeitpunkt kam der Verdacht auf eine Poliomyelitis auf.

*Die Paresen zeigten bisher eine Tendenz zur Rückbildung; Defizite der Motorik bestehen jedoch weiterhin.*

Ab 12.4. wurden aus mehreren Stuhlproben (von verschiedenen Tagen) im Institut für Virologie der Universität in Köln Enteroviren isoliert.

Diese Isolate konnten im NRZ im Robert Koch-Institut als **Polioviren vom Typ 3** bestimmt werden. Die nähere Charakterisierung zweier Isolate zeigte, daß es sich dabei um **Impfstämme (Sabin 3 - like)** handelt.

Im Serum vom 18.4. wurden zwar Antikörper (AK) gegen den Typ 2 mit einem Titer von 1:12 (materiale Leihimmunität?), aber nicht gegen die Typen 1 oder 3 nachgewiesen. Zur Klärung der Frage eines AK-Anstiegs gegen den Typ 3 im Zusammenhang mit der Erkrankung bedarf es weiterer serologischer Kontrollen, die auch bereits eingeleitet wurden. Erst der Nachweis einer AK-Konversion gegen den Typ 3 wäre eine Bestätigung des ätiologischen Zusammenhangs.

*Virusisolate von der Mutter oder dem Bruder des Erkrankten liegen nicht vor, die Übertragung des Impfvirus von ihnen erscheint aber wahrscheinlich. Es wäre jedoch nicht uninteressant zu wissen, ob ein Poliovirus mit den gleichen genomischen und biologischen Merkmalen auch von ihnen ausgeschieden wurde.*

Hinweise auf einen Immundefekt beim Erkrankten als prädisponierenden Zustand gibt es nicht.

Bei den umfangreichen differentialdiagnostischen Untersuchungen wurde jedoch auch eine akute **CMV-Infektion** nachgewiesen (CMV IgM-AK positiv; Erregernachweis in Blut und Urin, nicht jedoch im Liquor). Diese könnte das Entstehen einer Impfpoliomyelitis möglicherweise begünstigt haben.

Es ist im übrigen nicht ausgeschlossen, daß die direkte Impfung dieses Kindes ebenfalls zu einer Vakzine-assoziierten Poliomyelitis geführt hätte.

### Notwendigkeit zur weiteren Verbesserung des Impfschutzes

Eine im Auftrage des Bundesgesundheitsministeriums durchgeführte repräsentative Erhebung bei Müttern mit Klein- bzw. Vorschulkindern zeigt, daß gegenwärtig ca. 20 % der Kinder bei verschiedenen impfpräventablen Krankheiten aktuell über keinen ausreichenden Impfschutz verfügen (s. Tabelle). Nur bei der Polio wird in den meisten Bundesländern mit annähernd 90% gegenwärtig noch ein besseres Niveau erreicht:

*Die durch eine Impfung erzielbare Immunität liegt tatsächlich je nach Impfstoff noch um einige Prozentpunkte (Impfversager) unter den erreichten Durchimpfungsraten. Bei der Polio-Schutzimpfung führt das z.B. dazu, daß die Immunität der Bevölkerung gegen den Typ 3 deutlich geringer ist als gegen die anderen beiden Typen, wobei gegen den Typ 3 z.T. nur Werte unter 80% erreicht werden.*

Bei den Impfungen gegen **Masern, Mumps und Röteln** ist die Durchimpfungsraten in den Altbundesländern in den vergangenen Jahren zwar angestiegen, aber auch gegenwärtig wird mit ca. 80% (bei den Röteln noch weniger) das für eine weitgehende Eliminierung dieser Krankheiten notwendige Niveau von >90% nicht erreicht.

Beim **Pertussis** hat seit seiner Wiederaufnahme in die Empfehlungen der STIKO im Jahr 1991 die Impfrate in den alten Bundesländern zwar erheblich zugenommen, erreicht mit ca. 50% aber ebenfalls noch nicht das anzustrebende Niveau von 90%. Mit der Zulassung eines Dreifachimpfstoffs mit azellulärer Pertussis-Komponente und damit einer noch niedrigeren Nebenwirkungsrate wird sich die Impfbereitschaft erwartungsgemäß weiter erhöhen.

Negativ beeinflusst wird der Impfschutz zusätzlich durch die Tatsache, daß bei einem Teil der Kinder die Impfungen zu spät erfolgen, d.h. erst nach dem zweiten Lebensjahr. Bei Berücksichtigung des strengeren Maßstabs - **altersgerechter Impfschutz** bis zum Ende des zweiten Lebensjahres - vermindern sich die erreichten Durchimpfungsraten bei den verschiedenen Impfungen um 5 bis 10% (Polio-Schutzimpfung).

*Daraus muß die Schlußfolgerung gezogen werden, daß die bisher gebräuchliche Erhebung des Impfstatus im Zusammenhang mit der Einschulungsuntersuchung tendenziell ein zu positives Bild vermittelt und daß die Erzielung einer zeitgerechten Impfung der Kinder eine wesentlich größere Beachtung verdient.*

Das verspätete Erreichen des Impfschutzes wirkt sich bei Kinderkrankheiten mit gegenwärtig noch hoher Durchseuchung (Masern, Mumps, Röteln, Pertussis) besonders negativ aus; vor allem dann, wenn die betreffenden Kinder in einer Einrichtung intensive Kontakte zu anderen Kindern haben und damit die gegenseitige Infektionsmöglichkeit groß ist.

*Eine Zunahme des Anteils von Kindern in Einrichtungen, z.B. als Folge der Garantie eines Kindergartenplatzes für alle Kinder, wird deshalb bei weiterhin unzureichendem Impfschutz zu einer Morbiditätserhöhung führen. Eine Erhöhung der Impfraten ist deshalb auch vor diesem Hintergrund sehr dringlich.*

Eine deutlich negative Entwicklung zeigt die Studie für die Situation in den neuen Bundesländern. Dort waren die erreichten Durchimpfungsraten als Folge einer in der DDR anderen Impforganisation sowie der bestehenden "Impfpflicht" bis 1989 wesentlich höher als im Bundesgebiet. Nach Wegfall der "Impfpflicht" sowie der damit verbundenen quasi "automatischen" Impfung fast aller Kinder in den Kindereinrichtungen durch die zuständigen Ärzte scheinen die Durchimpfungsraten in den neuen Bundesländern dramatisch abgenommen zu haben und erreichen nach den Ergebnissen der Studie teilweise nur noch Werte, die niedriger liegen als in den Altbundesländern.

Bei den Erwachsenen ist der Impfschutz wegen nicht erfolgter Wiederimpfungen teilweise noch erheblich geringer als bei den Kindern. Mehr als 50% verfügen z.B. über keinen aktuellen Impfschutz gegen eine Diphtherie. Das ist gerade bei dieser Krankheit zur Zeit besonders problematisch, da die Infektionsgefahr auf Grund der sich noch weiter ausweitenden Epidemie in den Nachfolgestaaten der UdSSR erheblich zugenommen hat.

Aber auch beim Tetanus ist die Immunität der Erwachsenen - insbesondere die der Frauen - auf Grund unterlassener Auffrischimpfungen in 10jährigem Abstand, keinesfalls optimal.

% - Werte	West		Ost	
	89	92	89	92
n=	215	193	114	67
<b>Polio</b>				
3 trivalente Impfungen bis incl. 24. Lebensmonat	76,3	79,8	87,7 <sup>⊙</sup>	67,2 <sup>⊙</sup>
Aktuell 3 trivalente Impfungen	91,2	88,6	79,8 <sup>⊙</sup>	70,1 <sup>⊙</sup>
Begonnene Impfung	98,6	99,0	96,5	98,5
<b>Diphtherie</b>				
Mindestens 3 Impfungen bis incl. 24. Lebensmonat und Abstand zwischen 2. u. letzter > 6 Monate	70,7	72,0	77,2 <sup>⊙</sup>	64,2
Aktuell 3 Impfungen mit Abstand zwischen 2. u. letzter > 6 Monate	87,0	80,3	92,1	70,1
Begonnene Impfung	99,1	100,0	99,1	98,5
<b>Tetanus</b>				
Mindestens 3 Impfungen bis incl. 24. Lebensmonat und Abstand zwischen 2. u. letzter > 6 Monate	70,7	71,0	77,2 <sup>⊙</sup>	62,7
Aktuell 3 Impfungen mit Abstand zwischen 2. u. letzter > 6 Monate	87,9	79,3	92,1	68,7
Begonnene Impfung	98,1	97,9	100,0	100,0
<b>Pertussis</b>				
Mindestens 4 Impfungen bis incl. 24. Lebensmonat	8,8	46,6	65,5 <sup>⊙</sup>	46,6
Begonnene Impfung	27,4	76,7	97,4	92,5
<b>Masern</b>				
Mindestens 1 Impfung bis incl. 24. Lebensmonat	59,1	75,6	87,7	68,7
Aktuell mindestens 1 Impfung	85,6	80,8	94,7	77,6
<b>Mumps</b>				
Mindestens 1 Impfung bis incl. 24. Lebensmonat	58,6	75,6	13,2	67,2
Aktuell mindestens 1 Impfung	84,6	80,8	42,2	76,1
<b>Röteln</b>				
Mindestens 1 Impfung bis incl. 24. Lebensmonat	48,8	68,4	13,2	67,2
Aktuell mindestens 1 Impfung	71,6	73,0	40,4	77,6
<b>Hib</b>				
Mindestens 3 Impfungen	⊙	66,8	⊙	58,2
Begonnene Impfung		86,5		89,6
<b>Tuberkulose</b>				
Mindestens 1 Impfung	51,6	40,9	94,7	77,6

⊙ egal, ob mono- oder trivalent    ⊙ 4 monovalente oder 3 trivalente    ⊙ bis incl. 36. Lebensmonat  
 ⊙ erst 1990 eingeführt

Durchimpfungsraten der Geburtsjahrgänge 1989 und 1992 in Deutschland

*Es ist deshalb notwendig, daß Programme zur Verbesserung der Impferfassung entwickelt werden und daß solche Programme die Ursachen der sich gegenwärtig verschlechternden Situation in den neuen Bundesländern gezielt berücksichtigen.*

**Grundsätzlich muß durch eine Fortbildung und Motivierung der behandelnden Ärzte erreicht werden, daß jeder Kontakt eines Kindes oder eines Erwachsenen mit dem Gesundheitswesen zur Überprüfung und ggf. Aktualisierung des Impfschutzes genutzt wird. Dies ist ein entscheidender Ansatz für die Verbesserung des Impfschutzes der Bevölkerung.**

*[Eine detailliertere Darstellung der Ergebnisse obengenannter Studie wird im September dieses Jahres in der "InfFo" 3/95 des Robert Koch-Instituts erscheinen.]*

Berichte über meldepflichtige Infektionskrankheiten 28. Woche 1995

Land	Tuberkulose		Enteritis Infectiosa		Virushepatitis		Virushepatitis		Meningitis/Enzephalitis		virale Mening./Enzeph. 28W. 1.-28W. 1.-28W. 1995 1996 1994																
	akute TB Atmungsorgane 28W. 1.-28W. 1.-28W. 1995 1996 1994	Salmonellose 28W. 1.-28W. 1.-28W. 1995 1996 1994	Salmonellose 28W. 1.-28W. 1.-28W. 1995 1996 1994	übrige Formen 28W. 1.-28W. 1.-28W. 1995 1996 1994	Hepatitis A 28W. 1.-28W. 1.-28W. 1995 1996 1994	Hepatitis B 28W. 1.-28W. 1.-28W. 1995 1996 1994	übrige Formen 28W. 1.-28W. 1.-28W. 1995 1996 1994	Meningokokken Mening. 28W. 1.-28W. 1.-28W. 1995 1996 1994	bakt. Mening., übrige 28W. 1.-28W. 1.-28W. 1995 1996 1994																		
Baden-Württemberg	0	0	343	4967	2098	132	3638	3068	8	186	243	8	217	307	1	128	276	0	42	48	1	45	61	4	48	66	
Stuttgart	0	0	128	1782	6290	28	1048	747	3	64	112	3	66	128	1	52	127	0	11	11	0	20	20	3	22	18	
Freiburg	0	0	66	828	1366	32	747	640	0	26	36	0	33	48	0	19	18	0	8	11	0	3	8	1	12	10	
Karlsruhe	0	0	71	1438	1698	37	1181	888	6	69	48	1	59	88	0	45	88	0	14	15	0	16	18	0	6	8	
Tübingen	0	0	77	820	1198	34	564	692	0	37	47	2	28	44	0	13	33	0	8	8	1	7	5	0	6	18	
Bayern	0	0	482	8268	7400	172	3876	3415	8	235	211	23	376	276	18	328	161	2	49	61	3	76	89	5	29	42	
Oberbayern	0	0	173	1827	2273	76	1862	1456	1	83	81	8	167	131	6	166	48	1	24	28	2	26	28	0	4	6	
Niederbayern	0	0	82	760	1038	20	308	288	3	13	13	3	48	12	4	21	6	0	3	3	0	6	4	2	3	3	
Oberpfalz	0	0	33	483	688	13	280	303	0	12	4	2	18	6	1	14	6	0	3	3	0	3	7	0	2	2	
Oberfranken	0	0	20	361	612	4	202	128	0	18	11	1	28	15	2	20	10	4	7	0	4	7	14	1	7	6	
Mittelfranken	0	0	53	687	696	8	548	698	1	52	38	2	48	55	4	59	58	0	6	2	0	11	11	1	4	6	
Unterfranken	0	0	47	580	803	8	268	267	1	24	10	1	36	27	0	22	13	1	6	1	4	6	0	1	4	6	
Schwaben	0	0	104	1680	1320	42	448	376	2	22	48	5	45	30	1	27	23	0	4	6	0	10	20	1	8	21	
Berlin	0	242	67	1408	1412	15	632	691	8	464	266	7	176	177	3	86	42	0	17	18	1	16	18	0	7	6	
Brandenburg	0	147	160	2108	2387	61	2263	1836	0	71	40	0	38	34	0	10	6	0	13	20	1	18	18	2	12	11	
Bremen	*	50	63	*	284	191	*	228	246	*	18	7	*	34	33	*	38	34	*	4	4	*	8	1	*	0	0
Hamburg	2	46	0	61	1117	962	28	1063	1120	7	146	200	3	161	238	4	140	208	0	8	12	0	8	2	0	1	6
Hessen	7	188	184	186	3260	2887	61	1448	1204	28	228	173	16	273	268	11	116	118	0	27	31	4	60	32	2	13	13
Darmstadt	7	138	133	132	1847	1778	22	737	668	8	168	114	10	172	174	4	60	69	0	21	14	4	32	18	1	7	10
Gießen	0	22	18	30	576	622	8	177	178	18	44	24	2	48	33	4	22	23	0	3	6	0	11	6	0	3	3
Kassel	0	37	32	33	828	688	21	634	368	1	23	36	3	63	61	3	33	38	0	3	12	0	7	8	1	3	0
Mecklenbg.-Vorpommern	2	107	124	102	1784	1928	76	2288	1807	0	21	14	0	30	27	0	8	6	0	18	20	1	17	17	0	6	16
Niedersachsen	11	364	374	156	3688	3762	68	3448	3204	7	216	246	6	466	371	8	276	263	1	26	36	0	43	42	0	14	7
Braunschweig	*	80	81	*	847	787	*	668	616	*	60	71	*	86	83	*	38	47	*	4	6	*	12	8	*	7	2
Hannover	*	123	133	*	671	830	*	628	626	*	47	69	*	117	116	*	82	63	*	3	8	*	4	8	*	1	0
Lüneburg	5	60	60	28	638	643	18	788	767	1	30	34	2	87	66	1	74	34	0	8	8	0	10	13	0	1	0
Weser-Ems	6	81	60	127	1640	1612	38	1480	1207	6	88	81	4	176	108	7	83	86	1	10	13	0	17	11	0	6	6
Nordrhein-Westfalen	66	1300	1437	606	8788	8688	366	9742	7901	36	894	628	67	978	647	35	691	366	3	84	69	4	98	107	3	44	73
Düsseldorf	10	478	486	174	2668	2634	92	2681	2167	11	388	213	22	340	227	15	242	116	0	18	26	1	26	23	0	15	14
Köln	8	278	296	188	2200	1758	86	1701	1239	6	243	164	10	168	122	8	130	90	0	18	10	0	23	18	0	6	7
Münster	15	178	170	98	1430	1428	68	1487	1287	7	130	78	2	89	61	2	38	22	0	13	11	0	7	10	0	0	7
Datmold	6	121	146	48	788	880	5	63	87	6	53	87	11	181	84	6	90	46	1	13	3	2	16	21	0	7	22
Arnsberg	17	248	332	116	1787	1871	76	2903	2254	7	169	98	12	200	143	4	193	83	2	21	18	1	28	34	3	16	23
Rheinland-Pfalz	18	260	236	178	2788	2687	62	2283	1767	1	86	78	10	181	146	2	120	88	0	17	33	0	26	67	1	17	38
Koblenz	3	88	74	63	1046	924	20	820	680	1	42	22	3	48	43	0	27	8	0	7	10	0	16	20	0	12	32
Trier	0	37	24	87	613	366	6	410	332	0	14	3	2	21	12	1	17	11	0	0	9	0	0	1	0	1	0
Rheinhesen-Pfalz	18	137	137	86	1230	1407	38	1033	886	0	30	63	5	84	80	1	78	67	0	10	14	0	10	38	1	4	7
Saarland	6	66	37	30	681	784	21	747	648	0	21	26	2	38	60	1	18	69	0	3	10	0	11	12	1	7	4
Sachsen	2	128	136	183	2748	3704	89	6438	3306	2	46	67	3	46	52	1	13	16	1	18	26	1	34	23	2	22	26
Chemnitz	1	72	60	106	1143	1466	41	1832	818	0	21	14	3	23	15	1	6	6	1	6	8	0	16	6	1	6	4
Dresden	0	8	21	36	806	1232	38	2640	1440	2	14	38	0	20	18	0	3	1	0	8	11	0	12	11	1	12	8
Leipzig	1	48	66	41	701	1007	20	1864	847	0	10	16	0	3	18	0	4	8	0	4	6	0	7	7	0	6	13
Sachsen-Anhalt	1	226	228	137	2414	2416	34	2824	2873	1	34	38	1	28	34	0	11	15	1	24	34	0	16	29	1	17	12
Schleswig-Holstein	4	133	0	74	1077	1317	46	1128	863	2	65	78	2	84	71	0	58	40	0	15	15	0	7	12	1	3	8
Thüringen	3	86	74	96	1627	2686	60	2603	1900	2	68	48	2	23	32	0	6	3	0	16	11	0	12	7	0	4	6
Gesamt	112	3340	3321	2877	44883	48481	1269	44417	36628	110	2881	2360	139	3122	2770	84	2044	1887	8	382	433	16	483	618	22	244	326

## Übrige meldepflichtige Infektionskrankheiten 28. Woche 1995

	28. Wo. 1995	1.-28. Wo. 1995	1.-28. Wo. 1994	1.-52. Wo. 1994
Botulismus	0	3	7	13
Brucellose	2	15	11	27
Cholera	0	1	0	7
Diphtherie	0	2	3	6
Fleckfieber	0	2	1	1
Gasbrand	2	76	82	138
Gelbfieber	0	0	0	0
hämmorrh. Fieber	0	0	0	1
Lepra	1	3	3	5
Leptospirose Weil	2	6	6	17
Leptospirose, sonstige	0	6	4	11
Malaria	14	504	383	814
Meningitis, übrige Formen	15	192	422	1525
Milzbrand	0	0	1	1
Ornithose	3	114	72	136
Paratyphus	1	48	37	114
Pest	0	0	0	0
Poliomyelitis	0	0	0	1
Q-Fieber	1	29	44	64
Rotz	0	0	0	0
Rückfallfieber	0	0	0	1
Shigellose	15	684	854	2298
Tetanus	0	4	7	17
Tollwut	0	0	0	0
Trachom	0	9	2	4
Trichinose	0	2	0	0
Tularämie	0	0	3	5
Typhus	0	66	83	174
angeborene				
- Listeriose	0	14	14	22
- Lues	0	0	1	7
- Rötelnembryopathie	0	0	1	1
- Toxoplasmose	1	17	10	24
- Zytomegalie	0	10	7	17
Gonorrhoe	17	774	810	
Syphilis	3	218	215	

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