

Epidemiologisches Bulletin



**Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten**

48/96

Welt-AIDS-Tag am 1. Dezember

Im Rahmen der HIV/AIDS-Pandemie haben sich weltweit bisher insgesamt rund 30 Millionen Menschen infiziert. Etwa 23 Millionen Menschen leben gegenwärtig auf der Welt mit einer HIV-Infektion. Drei Millionen Neuinfektionen werden in diesem Jahr erwartet. An AIDS sind bisher rund 6 Millionen Menschen gestorben. Der Welt-AIDS-Tag soll ein besonderer Anstoß sein, die Aufmerksamkeit auf die mit dieser Epidemie verbundenen Probleme zu richten. Wir weisen daher noch einmal auf unsere ausführlichen Beiträge zur Situation in Deutschland und in der Welt in den Ausgaben 29/96 und 33/96 des *Epidemiologischen Bulletins* sowie im Heft III+IV/96 der *Info* hin. Anlässlich des Welt-AIDS-Tages geben wir eine aktuelle Übersicht zum bisherigen Ablauf der HIV/AIDS-Epidemie in Deutschland und berichten – stellvertretend für die Brennpunkte der Epidemie in den Ländern Afrikas, Zentralamerikas und Asiens – über die aktuelle Situation in den östlich Thailands gelegenen Länder Südostasiens. In diesem Gebiet findet gegenwärtig eine beunruhigende Ausbreitung von HIV-Infektionen statt.

Zum Stand und voraussichtlichen weiteren Ablauf der HIV/AIDS-Epidemie in Deutschland

Ausmaß der Epidemie: In Deutschland leben gegenwärtig etwa 35.000–45.000 Menschen mit einer HIV-Infektion, von denen etwa 5.000 bereits mit dem Vollbild (AIDS) erkrankt sind. Insgesamt haben sich in Deutschland seit Beginn der HIV/AIDS-Epidemie etwa 50.000–60.000 Personen mit HIV infiziert. Berücksichtigt man Meldeverzögerung und Untererfassung, kann man davon ausgehen, daß bisher insgesamt etwa 19.000 Personen an AIDS erkrankt und etwa 14.000 bereits an AIDS gestorben sind.

Regionale Verteilung: Mehr als die Hälfte aller diagnostizierten HIV-Infizierten und/oder bereits an AIDS Erkrankten leben in den Großstädten Berlin, Frankfurt a. M., München, Düsseldorf, Köln und Hamburg. Über 40% aller HIV-Infizierten und/oder bereits an AIDS Erkrankten leben außerhalb der oben genannten Großstädte in den alten Bundesländern. In den neuen Bundesländern sind bisher etwa 2% (1.100) aller diagnostizierten HIV-Infektionen und aller bekannten AIDS-Fälle (236) zu verzeichnen.

Trends: Nach wie vor erfolgt die überwiegende Zahl (ungefähr zwei Drittel) der Neuinfektionen über homosexuelle Kontakte unter Männern. Die Rate von Neuinfektionen bei i.v. Drogenabhängigen nimmt leicht ab. Die Zahl der durch heterosexuelle Kontakte übertragenen Infektionen nimmt weiter langsam zu. Dabei sind die wichtigsten Ansteckungsquellen sexuelle Kontakte mit Angehörigen der primären

Diese Woche:

Zum Welt-AIDS-Tag 1996:

- **Stand und Trends der HIV/AIDS-Epidemie in Deutschland**
- **Epidemiologische Eckdaten**
- **Bericht zur HIV-Epidemie in Kambodscha, Vietnam und Laos**

Poliomyelitisausbrüche auf der Balkanhalbinsel

3. Dezember 1996

ROBERT KOCH
RKI
INSTITUT

Risikogruppen. Eigenständige Infektionsketten unter Heterosexuellen sind bisher selten. In den neuen Bundesländern steigt die Zahl der HIV-Infektionen – auf niedrigem Niveau – weiter an. In den alten Bundesländern dürfte sich die bisher beobachtete regionale Verteilung – entsprechend der regionalen Verteilung der Gruppen mit Risikoverhalten – nicht grundsätzlich ändern. In den nächsten Jahren werden voraussichtlich weiterhin etwa 2.000 AIDS-Erkrankungen/Jahr

neu diagnostiziert werden. Durch verbesserte therapeutische Möglichkeiten sind zunehmende Überlebenszeiten und Veränderungen im Spektrum der Erstmanifestationen der Immunschwäche und zu erwarten. Die Zahl der zu versorgenden Patienten mit fortgeschrittenem Immundefekt wird durch die zunehmenden Überlebenszeiten weiter leicht zunehmen.

Epidemiologische Eckdaten zu HIV-Infektionen und AIDS in Deutschland (Stand: 1. Dezember 1996)

Menschen, die mit HIV/AIDS leben	~ 40.000	Zahl der Neuinfektionen im Jahr 1996	2.000 – 3.000
		Aktuelle Anteile der Infektionswege:	
Männer	~ 34.000	Homosexuelle Kontakte bei Männern	66 %
Frauen	~ 6.000	i.v. Drogengebrauch	15 %
Kinder	< 500	Heterosexuelle Kontakte	10 %
ohne Angabe	9 %	Personen aus Endemiegebieten (Pattern-II)	8 %
Gesamtzahl der HIV-Infizierten	50.000 – 60.000	Vertikale Transmission (Mutter – Kind)	< 1 %
seit Beginn der Epidemie		Neue AIDS-Erkrankungen im Jahr 1996	~ 2.000
Gesamtzahl der AIDS-Erkrankungen	~ 19.000	Anteile der Infektionswege bei den in den letzten	
seit Beginn der Epidemie		Monaten diagnostizierten Fällen:	
Männer	~ 90 %	Homosexuelle Kontakte bei Männern	58 %
Frauen	~ 10 %	i.v. Drogengebrauch	15 %
Kinder unter 13 Jahren (N = 99)	0,7 %	Heterosexuelle Kontakte	8 %
Gesamtzahl der an HIV/AIDS Gestorbenen	~ 14.000	Personen aus Endemiegebieten (Pattern-II)	5 %
seit Beginn der Epidemie		Hämophile	3 %
		Bluttransfusionen und -produkte	1 %
		Vertikale Transmission (Mutter – Kind)	<1 %
		ohne Angabe	9 %

Zur Entwicklung der HIV-Epidemie in Kambodscha, Vietnam und Laos

Die schnelle Verbreitung des HIV in Süd- und Südostasien wurde erstmals zum Ende der 80er Jahre deutlich, als unter i.v. Drogenabhängigen, weiblichen Prostituierten und heterosexuell promiskuen Männern Thailands, Burmas und Indiens die HIV-Inzidenzen innerhalb kurzer Zeit drastisch anstiegen und es nachfolgend zu einer starken Zunahme der HIV-Prävalenz in den betroffenen Bevölkerungen kam. In Laos, Kambodscha und Vietnam begann die HIV-Epidemie deutlich später. Während in Kambodscha seit Anfang der 90er Jahre eine extrem schnelle Verbreitung des HIV beobachtet wird, befindet sich die Epidemie in Vietnam noch in einem früheren Stadium. Aus Laos gibt es bisher wenig verlässliche Daten.

In **Kambodscha** stieg die landesweite mittlere HIV-Prävalenz bei Blutspendern von 0,1% im Jahre 1991 auf 4,5% im Jahre 1995 an. Bei landesweit durchgeführten repräsentativen serologischen Stichproben im Jahre 1996 wurden bereits durchschnittliche HIV-Prävalenzen von 41% bei »direkten« (in Bordellen arbeitenden) weiblichen Prostituierten, 6% bei Polizisten und Militärangehörigen und 1,7% bei schwangeren Frauen registriert. Für »indirekte« (in Bars und Restaurants arbeitende) weibliche Prostituierte liegen bisher nur Daten aus der Hauptstadt Phnom Penh vor, die Prävalenz erreichte in dieser Gruppe bereits 25%.

In **Vietnam** wurde die erste HIV-Infektion im Jahr 1990 in Ho-Chi-Minh-Stadt diagnostiziert. Zum Ende des Jahres 1995 waren bereits 3.295 HIV-Infektionen bekannt, von denen 80% bei intravenösen Drogenutzern diagnostiziert

wurden. Bei im Jahre 1995 durchgeführten seroepidemiologischen Stichproben-Untersuchungen fand sich eine mittlere HIV-Prävalenz von 15% bei intravenösen Drogenbenutzern, 1,0–2,5% bei weiblichen Prostituierten, 0,6% bei Patienten mit Tuberkulose, 0,4% bei Patienten mit Geschlechtskrankheiten, 0,07% bei schwangeren Frauen und 0,03% bei jungen Soldaten. Die HIV-Epidemie konzentriert sich bis heute noch auf den Süden des Landes, aus dem 98% der bisher registrierten HIV-Infektionen stammen. Allerdings wurde Mitte 1996 erstmals eine lokale HIV-Epidemie bei intravenösen Drogenutzern im Norden des Landes (an der Grenze zu China) registriert. In den verschiedenen Risikogruppen wurden regional unterschiedliche Prävalenzen gefunden. Wurden in Ho-Chi-Minh-Stadt 93% aller diagnostizierten HIV-Infektionen bei Drogenabhängigen gefunden, so waren in An Giang, einer an Kambodscha grenzenden Provinz, 56% der HIV-Infizierten weibliche Prostituierte. Stichprobenartige Untersuchungen zum Vorkommen der HIV-Subtypen zeigten, daß in Vietnam 49 von 50 untersuchten HIV-Positiven (16 Prostituierte, 32 Drogenabhängige, ein heterosexuell Infizierter) mit HIV-1 Subtyp E infiziert waren.

In **Laos** wurden bei Untersuchungen an rund 30.000 Personen aus unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen (Blutspender, Patienten, Migranten u. a.) bis Oktober 1996 insgesamt 130 HIV-Infektionen (0,4%) entdeckt. Im Rahmen einer im Jahr 1996 an 500 schwangeren Frauen der Hauptstadt Vientiane durchgeführten Querschnittsstudie fanden sich drei HIV-Infektionen (0,6%).

Bei den relativ offenen Grenzen zwischen Vietnam, Laos und Kambodscha sowie auch zu deren direkten Nachbarn finden ausgeprägte und im Zusammenhang mit der zunehmenden wirtschaftlichen Öffnung auch ansteigende Migrationsbewegungen statt. Neben anderen Arbeitsmigranten sind auch die Prostituierten der Region sehr mobil. So stammen zur Zeit schon etwa die Hälfte der Prostituierten in Kambodscha aus Südvietnam, und es finden sich zunehmend junge Frauen aus Kambodscha und Laos in den Bordellen Thailands. Bei einer vergleichbaren Risikostruktur, aber deutlich niedrigerem Entwicklungsstand in Kambodscha, Vietnam und Laos ist zu befürchten, daß heterosexuelle Kontakte die Dynamik der HIV-Epidemie in dieser Region in den kommenden Jahren so verstärken könnten, daß die Situation in Thailand erreicht und möglicherweise noch übertroffen wird.

Aktueller Schwerpunkt der Poliomyelitisbekämpfung in Europa: **Poliomyelitisausbrüche auf der Balkanhalbinsel**

Die planmäßigen Immunisierungskampagnen mit dem Ziel der Eradikation der Poliomyelitis in Europa wurden in den ersten drei Quartalen des Jahres 1996 insgesamt erfolgreich weitergeführt. Aktuelle Erfolge zeigen sich speziell in der Russischen Föderation (1995: 154 Erkrankungsfälle, 1996 bis September: 3) und in den Ländern, die sich an der Aktion »MECACAR« beteiligen – Mittelmeerregion, Kaukasus, zentralasiatische Staaten – (1995: 49 Erkrankungsfälle, 1996 bis September: 10). Innerhalb dieser für die WHO-Region Europa insgesamt günstigen Entwicklung kam es in den letzten Monaten in mehreren benachbarten Ländern auf der Balkanhalbinsel zu Poliomyelitisausbrüchen, die durch **Polio-Wildvirus Typ 1** verursacht wurden:

Albanien: Seit 1978 waren in Albanien keine autochthonen Poliomyelitiserkrankungen mehr beobachtet worden. Allerdings hatten die albanischen Behörden im Frühjahr 1996 eine umfassende Polio-Impfkampagne für Kinder bis zum 5. Lebensjahr organisiert, offensichtlich um vermutete Impflücken zu schließen. Von April bis Anfang November 1996 traten, verteilt auf 18 der 35 Distrikte, insgesamt 134 bestätigte Poliomyelitiserkrankungen auf, von denen 14 einen tödlichen Verlauf nahmen. Rund 70% der Erkrankten waren im Alter von 10 bis 30 Jahren, nur 12% im Alter bis zu 5 Jahren.

Retrospektiv wurden von April bis Juni fünf sporadische Erkrankungsfälle gesichert, ab Juli nahmen die klinischen Poliomyelitiserkrankungen laufend zu, bis Ende September mit 16 Erkrankungen pro Woche der Gipfel des Geschehens erreicht wurde. Mitte September wurde der Ausbruch durch WHO-Referenzlaboratorien ätiologisch geklärt (s. a. *Epid. Bull.* 36/96, 38/96, 39/96). Das albanische Gesundheitsministerium bereitete sofort nach der Klärung mit internationaler Unterstützung eine Massenimpfkampagne vor, die vom 7. – 14. Oktober realisiert wurde und über 90% der Einwohner bis zum 50. Lebensjahr erfaßte. Damit konnte der Fortgang des Geschehens – bis auf 10 weitere Erkrankungen – gestoppt werden. Eine zweite Impfkampagne lief im November ab. Die WHO schätzt ein, daß der Ausbruch nunmehr unter Kontrolle ist.

Die in allen drei Ländern etablierten nationalen Bekämpfungsprogramme werden durch eine Reihe internationaler Hilfsmaßnahmen unterstützt. In Kambodscha engagieren sich vor allem Frankreich und UN-Organisationen (UNICEF, UNAIDS). Laos erhält seine Hauptunterstützung aus Japan, Schweden und Australien. In Vietnam wird die AIDS-Bekämpfung durch die Regierung besonders aktiv in Angriff genommen, es erfolgt eine planmäßige Unterstützung durch die WHO. Aus Deutschland werden die nationalen Programme u. a. durch die GTZ aktiv unterstützt.

Die Angaben zu diesem Bericht stammen von Dr. O. Müller, Projekt »AIDS Control and Prevention in Developing Countries« der Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), Eschborn, und Prof. Dr. G. Pauli, RKI, der sich als Fachberater und Dozent mehrere Male in Vietnam aufgehalten hat.

Für diesen Ausbruch wird das Zusammenwirken mehrerer auslösender bzw. begünstigender Faktoren verantwortlich gemacht:

- eine offenbar ungenügende Impfmunität infolge unvollständiger Impfungen in den vergangenen Jahren,
- nach der Grenzöffnung 1991 ein verstärkter Import von Wildvirus-Stämmen,
- hygienische Probleme im Zusammenhang mit einer zunehmenden Migration.

So ließ sich dieser größere Ausbruch zwar nachträglich erklären, kam aber doch – auch für die Fachleute – recht überraschend.

Bundesrepublik Jugoslawien: Eine erhöhte Aufmerksamkeit und gezielte Labordiagnostik haben gezeigt, daß Polio-Wildvirus Typ 1 auch in Nachbarländern Poliomyelitiserkrankungen verursacht hat. In den an Albanien grenzenden Gebieten des Kosovo und im Raum Metochija wurden 20 Erkrankungsfälle festgestellt. In den angrenzenden Gebieten Serbiens, in Bosnien-Herzegowina und in der Republik Makedonien (ehemals zu Jugoslawien gehörende Republik Mazedonien) haben die Gesundheitsbehörden trotz verstärkter Überwachungsmaßnahmen bisher keine Poliofälle ermittelt, jedoch wurden auch hier vorsorglich Sonderimpfkampagnen organisiert, in deren Verlauf insbesondere die Kinder im Alter bis zu 5 Jahren geimpft wurden.

Griechenland: Im Rahmen einer intensivierten epidemiologischen Überwachung wurden auch in verschiedenen Regionen Griechenlands (Thessaloniki und Athen) sechs Poliomyelitiserkrankungen bei nichtgeimpften Kleinkindern erfaßt (alle gehören zu einer ethnischen Minderheit). Auch hier wurden sofort Sonderimpfkampagnen zur Immunisierung der betroffenen Bevölkerungsgruppen durchgeführt.

Quellen: WHO, Kopenhagen, CD Update v. 5.11.96; CD News No. 13, Oktober 1996; Pressemitteilung EURO/06/96 (November 1996)

Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten

45. Woche (4.11. – 10.11.1996)

Land	Enteritis infectiosa						Virushepatitis									
	Salmonellose			übrige Formen			Hepatitis A			Hepatitis B			übrige Formen			
	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	
Regierungsbezirk	1996		1995		1996		1995		1996		1995		1996		1995	
Gesamt	2412	97514	102409	1710	83656	66604	128	4012	5517	121	5108	5215	114	4339	3510	
Baden-Württemberg	204	10520	11347	124	6956	5958	18	404	472	8	358	357	8	360	227	
Stuttgart	68	3830	4177	32	1964	1676	11	169	159	5	152	151	6	174	105	
Freiburg	43	1900	2138	22	1406	1306	1	69	72	2	55	53		37	33	
Karlsruhe	68	2892	3161	52	2437	1961	4	103	171	1	86	98	1	108	67	
Tübingen	25	1898	1871	18	1149	1015	2	63	70		65	55	1	41	22	
Bayern	393	13721	14889	184	9119	6317	10	397	526	26	955	700	25	1083	598	
Oberbayern	142	4470	4649	84	4388	2912	3	167	195	9	388	288	11	462	276	
Niederbayern	24	1470	1820	28	1012	576	1	34	41	4	117	85	3	204	80	
Oberpfalz	28	1276	1212	9	596	473		16	42	1	71	58	3	98	27	
Oberfranken	19	1113	915	7	473	270	1	49	38	2	61	49	2	53	41	
Mittelfranken	28	1417	1492	18	866	790	2	49	88	5	114	80	3	116	83	
Unterfranken	38	1375	1485	10	598	468		32	64	1	62	64		30	30	
Schwaben	114	2600	3316	28	1186	828	3	50	58	4	142	76	3	120	61	
Berlin	85	3087	3174	57	1885	906	11	392	651	5	241	265	4	109	130	
Brandenburg	113	4688	4974	84	5140	3407	6	79	102	1	49	61		9	14	
Bremen	15	565	633	9	545	433		22	23	1	42	44		65	58	
Hamburg	60	2282	2339	55	2208	1517	8	254	288	5	166	223		122	216	
Hessen	157	6659	7205	76	3334	2439	10	367	504	8	416	431	7	246	188	
Darmstadt	101	4070	4044	52	1835	1305	6	223	353	5	246	271	4	95	90	
Gießen	25	1259	1375	5	453	278	1	72	104	2	94	81	2	82	48	
Kassel	31	1330	1786	19	1046	856	3	72	47	1	76	79	1	69	50	
Mecklenburg-Vorp.	98	4382	4374	73	3545	3412		30	51		29	42		4	10	
Niedersachsen	214	8159	8316	74	5619	4977	14	342	374	11	657	820	11	452	465	
Braunschweig	69	1896	1934	9	741	768	2	85	73	2	143	133	5	82	55	
Hannover *		1792	1849	*	1022	1079	*	97	115	*	231	237	*	154	173	
Lüneburg	48	1371	1406	31	1527	1150		45	60	8	101	151	5	122	102	
Weser-Ems	97	3100	3127	34	2329	1980	12	115	126	1	182	299	1	94	135	
Nordrhein-Westfalen	454	17285	18635	363	16460	14881	36	1243	1896	44	1566	1646	51	1417	1220	
Düsseldorf	131	4812	5278	87	4683	4042	12	374	687	15	502	547	20	438	428	
Köln	108	4924	4849	92	3059	2479	5	290	443	5	386	309	10	477	272	
Münster	75	2702	3026	90	2981	2590	4	132	276	9	169	141	3	59	57	
Detmold	47	1689	1760	31	1672	1827	4	175	97	3	170	285	10	170	138	
Arnsberg	93	3158	3722	63	4065	3943	11	272	393	12	339	364	8	273	325	
Rheinland-Pfalz	111	5617	6170	104	4159	3241	6	127	157	1	278	266	3	224	194	
Koblenz	34	2012	2301	40	1323	1147	1	31	67		85	81	3	80	58	
Trier	19	738	1085	13	684	586	1	13	22		33	35		33	28	
Rheinl.-Pf.	58	2867	2784	51	2152	1508	4	83	68	1	160	150		111	108	
Saarland	33	1145	1491	31	1473	1111		32	63	1	53	51		15	26	
Sachsen	185	7956	7339	281	11938	8882	4	105	90	4	70	82		31	21	
Chemnitz	69	2861	2824	128	4740	2726	2	51	34		27	39		8	9	
Dresden	68	2868	2754	98	3859	3620	1	37	28	3	25	32		7	5	
Leipzig	48	2227	1761	55	3339	2536	1	17	28	1	18	11		16	7	
Sachsen-Anhalt	99	4710	4885	71	4642	3760	3	56	86		54	50	3	29	18	
Schleswig-Holstein	92	3013	2596	59	2385	1887		102	144	4	133	137		127	114	
Thüringen	99	3725	4042	65	4248	3476	2	60	90	2	41	40	2	46	11	

45. Woche (4.11. – 10.11.1996)

Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten

Meningitis/Enzephalitis												Shigellose			Land Regierungsbezirk
Meningokokken-M.			andere bakterielle M.			Virus-Meningoenzeph.			übrige Formen						
45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.	
1996	1995	1995	1996	1995	1995	1996	1995	1995	1996	1995	1995	1996	1995	1995	
13	612	580	19	949	806	10	678	657	13	437	474	36	1281	1679	Gesamt
	75	66	2	78	79	2	87	149		41	24	7	217	256	Baden-Württemberg
	23	17	1	38	35	1	42	76		22	8	1	55	47	Stuttgart
	19	14		12	11	1	16	34		7	6		57	55	Freiburg
	19	27	1	15	22		16	27		4	7	4	37	68	Karlsruhe
	14	8		13	11		13	12		8	3	2	68	86	Tübingen
2	69	70	3	131	119	2	153	93	2	109	76	7	258	306	Bayern
	24	31		37	38		34	10		17	12	5	161	195	Oberbayern
1	6	3		12	13		13	18		4	2		18	25	Niederbayern
	1	6		7	6		5	10		7	6	1	13	6	Oberpfalz
	6	6		14	22		21	28		27	25		11	5	Oberfranken
	8	7	1	16	16	1	5	10		6	11		22	35	Mittelfranken
	10	7		22	6	1	59	3	1	32	10	1	13	5	Unterfranken
1	14	10	2	23	18		16	14	1	16	10		20	35	Schwaben
	30	23		46	23		10	14	1	22	44	2	73	141	Berlin
1	21	20	3	40	29	1	43	22		1	7	2	50	108	Brandenburg
	8	8		35	12		16	1	2	10	1		2	6	Bremen
1	14	12	2	21	13		5	7		7	5	1	22	54	Hamburg
	37	42		57	74		27	25		30	28	3	63	77	Hessen
	24	32		40	46		19	11		21	21	3	53	68	Darmstadt
	5	5		10	12		6	8		1	3		9	4	Gießen
	8	5		7	16		2	6		8	4		1	5	Kassel
2	21	31	1	34	24		16	22				2	17	21	Mecklenburg-Vorp.
1	48	43		97	81		30	38	1	57	67		35	72	Niedersachsen
	9	11		19	26		11	17		10	12		16	24	Braunschweig
*	17	5	*	21	11	*	5	2	*	20	26	*	6	10	Hannover
	8	11		26	13		6	5		11	8		2	2	Lüneburg
1	14	16		31	31		8	14	1	16	21		11	36	Weser-Ems
1	133	122	3	191	179	2	133	124	4	105	143	3	140	157	Nordrhein-Westfalen
1	49	26		34	34	2	35	39		20	13	1	29	20	Düsseldorf
	31	27		53	40		20	17		6	8	2	57	55	Köln
	16	15		23	29		2	4	1	30	46		6	12	Münster
	13	20		23	22		14	15		4	3		34	46	Detmold
	24	34	3	58	54		62	49	3	45	73		14	24	Arnsberg
1	19	25		31	48	1	17	28	1	27	40	2	70	84	Rheinland-Pfalz
	6	10		20	32		14	21	1	9	17		14	31	Koblenz
1	5	1		1	1		1	1		14	2		5	8	Trier
	8	14		11	15	1	2	6		4	21	2	51	45	Rheinl.-Pf.
1	8	6	1	15	19		14	13	2	14	22		11	4	Saarland
1	49	34	2	69	55		68	67		2	3	5	187	247	Sachsen
	10	9	1	25	22		18	13				3	40	62	Chemnitz
	29	13	1	29	23		25	34		2	3		86	105	Dresden
1	10	12		15	10		25	20				2	61	80	Leipzig
1	35	37	1	35	23	2	40	25					69	65	Sachsen-Anhalt
1	19	19	1	43	12		5	13		12	14		7	18	Schleswig-Holstein
	26	22		26	16		14	16				2	60	63	Thüringen

Wochenstatistik – andere meldepflichtige Infektionskrankheiten

45. Woche (4.11. – 10.11.1996)

Krankheit	45. Woche	1.– 45. Woche	1.– 45. Woche	1.– 52. Woche
	1996	1996	1995	1995
Botulismus		14	6	12
Brucellose		19	31	36
Cholera			1	1
Diphtherie		3	3	4
Fleckfieber			2	3
Gasbrand	2	94	116	134
Gelbfieber				
Hämorrh. Fieber		11		
Lepra		3	2	2
Leptospirose, M. Weil	1	12	18	26
Leptospirose, sonstige		11	16	20
Malaria	15	933	837	947
Milzbrand				
Ornithose	1	124	162	180
Paratyphus	2	54	91	96
Pest				
Poliomyelitis		1	3	4
Q-Fieber	2	68	44	45
Rotz				
Rückfallfieber				
Tetanus		16	9	12
Tollwut		1		
Trachom		4	9	9
Trichinose		1	11	11
Tularämie		2	2	2
Typhus	3	122	125	162
angeborene				
Listeriose		27	32	40
Lues		3	2	4
Rötelnembryopathie		1	1	2
Toxoplasmose		20	23	23
Zytomegalie	1	22	13	13

Die hier ausgewiesene Wochen- bzw. Quartalsstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten dient der aktuellen Information. Sie enthält die bis zum Ende des angegebenen Berichtszeitraums vorliegenden Meldungen. Es handelt sich um vorläufige Daten, die unter dem Vorbehalt späterer Korrekturen veröffentlicht werden. Daten zu Tuberkulose, Gonorrhoe und Syphilis werden ausschließlich quartalsweise veröffentlicht, ebenso Daten nach der HIV-Laborberichtsverordnung und zum AIDS-Fallregister. Auswertungen zum CJK-Fallregister erfolgen aus aktuellem Anlaß, spätestens jedoch halbjährlich. – Durch das Symbol * wird angezeigt, daß für das betreffende Land oder den Regierungsbezirk noch keine Meldung für die angegebene Woche vorliegt. Dies ist bei der Interpretation der jeweiligen Summenwerte zu berücksichtigen.

Herausgeber: 
Robert Koch-Institut
Bundesinstitut
für Infektionskrankheiten und
nicht übertragbare Krankheiten

Fachgruppe
Infektionsepidemiologie
Reichpietschauer 74 – 76
10785 Berlin

Redaktion und v.i.S.d.P.:
Dr. med. Wolfgang Kiehl
Tel: 030 / 45 47 – 34 06
– 34 05
Fax: 030 / 45 47 – 35 44

Das *Epidemiologische Bulletin* gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen Netzwerks einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention.

Herausgeber und Redaktion erbitten eine aktive Unterstützung durch die Übermittlung allgemein interessierender Mitteilungen, Analysen und Fallberichte. Das Einverständnis mit einer redaktionellen Überarbeitung wird dabei vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im *Jahresabonnement* in Verbindung mit der vierteljährlich erscheinenden Zeitschrift *Infektionsepidemiologische Forschung (Info)* für einen Unkostenbeitrag von DM 96,00 per Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit DM 8,00 je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Das *Epidemiologische Bulletin* kann außerdem über die Fax-Abbruffunktion (Polling) unter der Nummer 030 / 45 47 – 22 65 abgerufen werden.

Vertrieb und Abonnentenservice
Vertriebs- und Versand GmbH
Düsterhauptstr. 17
13469 Berlin
Abo-Tel.: 030 / 403 53 55

Druck
Paul Fieck KG, Berlin

Nachdruck
mit Quellenangabe gestattet,
jedoch nicht zu werblichen Zwecken