

# Epidemiologisches *Bulletin*



Aktuelle Daten und Informationen  
zu Infektionskrankheiten und Public Health

18/99

## Influenza/ARE: Einschätzung der Saison 1998/99

Die Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen (ARE) lag seit Beginn der Beobachtungszeit im Oktober 1998 bis Anfang Januar 1999 im Bereich der jahreszeitlichen Erwartungswerte. Im November kam es zu einem geringfügigen Anstieg der Morbidität, der aber nicht durch die ersten sporadischen Isolate von Influenzaviren erklärt werden konnte. Die ersten Influenzaviren der Saison 1998/99 wurden in der 48. und 49. Woche 1998 in Bayern bzw. in Baden-Württemberg isoliert. Im Dezember steigerte sich die Morbidität insbesondere bei Kindern und Kleinkindern. Beobachtungen in Laboratorien und Kliniken wiesen auf vermehrte Infektionen durch *Mycoplasma pneumoniae* im Oktober und auf einen deutlichen Anstieg der Infektionen durch *respiratory syncytial virus* (RSV) im Dezember hin. Relativ früh sind in der abgelaufenen Saison – ab der 50. Woche des vergangenen Jahres – auch Influenza-B-Viren isoliert worden. Ab der zweiten Januarwoche signalisierte eine sprunghafte Zunahme der ARE-Morbidität und der Zahl der isolierten Influenza-A- und -B-Viren den Beginn einer Influenzawelle.

Bis Ende Januar wurde in den meisten Bundesländern ein weiterer Anstieg von Atemwegserkrankungen registriert. Diese erhöhten Erkrankungszahlen wurden durch eine steigende Zahl von Influenzavirus-Isolaten charakterisiert, was die

## Diese Woche:

### Influenza:

- Einschätzung der Saison 1998/99
  - WHO zum Impfstoff in der Saison 1999/2000
- Ausbruch in einem Altenpflegeheim

Jahresstatistik 1998  
der  
Infektionskrankheiten:  
Zusätzliche Meldungen  
aus bestimmten  
Bundesländern

### Ankündigung:

- Internationale Sommerschule »Infectious Disease Epidemiology«
- Weiterbildung zur Hygienefachkraft

In eigener Sache

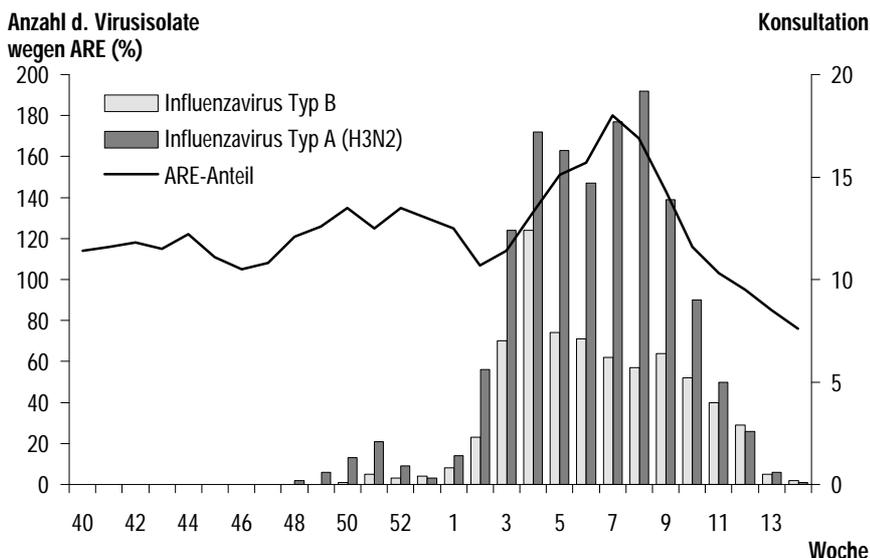


Abb. 1 Verlauf der Influenzawelle in der Saison 1998/99 in Deutschland, dargestellt anhand der Influenzavirus-Isolate (NRZ-Statistik) und des mittleren Anteils der ärztlichen Konsultationen wegen ARE

7. Mai 1999

zunehmende Tendenz der Influenza-Aktivität anzeigte. Ein signifikanter Anstieg der Morbidität war in den südlichen Ländern Bayern, Baden-Württemberg und Sachsen, aber auch Rheinland-Pfalz zu verzeichnen. Bis Mitte Februar stieg die Morbidität im Süden noch weiter an und es wurden Werte erreicht, wie sie für eine ausgeprägte Influenzawelle typisch sind. Während die Influenzawelle dann ihren Höhepunkt in den südlichen Landesteilen erreicht hatte, wurde in der zweiten Februarhälfte eine deutliche Erhöhung der Atemwegserkrankungen vor allem in den westlichen Bundesländern beobachtet. Besonders betroffen waren das Saarland und Rheinland-Pfalz.

Ende Februar war der Höhepunkt der Influenzawelle im Süden überschritten. Bis Ende Februar blieb die Morbidität in den westlichen Regionen noch auf einem unverändert hohen Niveau. Im Norden und Nordosten hingegen wurde die Verlagerung der Influenzawelle durch einen weiteren Anstieg der Atemwegserkrankungen angekündigt. In dieser Region war vor allem für Niedersachsen ein relativ hohes Morbiditätsniveau zu verzeichnen, das den Ablauf einer ausgeprägten Influenzawelle verdeutlicht. Die Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg waren von der Influenzawelle zwar erfaßt, aber insgesamt nicht so betroffen wie der Süden und der Westen.

**Virologische Befunde:** Charakteristisch für die Saison 1998/99 waren das schon recht früh beginnende gleichzeitige Zirkulieren von Influenza-A- und Influenza-B-Viren und eine erhöhte Influenza-Aktivität über einen vergleichsweise langen Zeitraum von etwa acht bis zehn Wochen. Die im gesamten Bundesgebiet isolierten Influenzaviren verteilen sich zu 64 % auf Influenza-A-Viren des Subtyps H3N2 und zu 36 % auf Influenza-B-Viren. (1997/98 hatte Influenza A H3N2 einen Anteil von 92,5 % gehabt, es wurden nur 3 Influenza-B-Viren isoliert, 0,4 %). Im Süden und Westen wurden Influenza-B-Viren etwas häufiger nachgewiesen als im Norden und Osten. Influenza-A-Viren des Subtyps H1N1 sind in dieser Saison nicht isoliert worden (vorige Saison: 7 %).

Bisher wurden im NRZ Influenza 1.413 Influenza-A(H3N2)- und 695 Influenza-B-Viren typisiert, die aus eigener Anzucht oder aus Einsendungen anderer Laboratorien stammten. Alle feintypisierten Influenzaviren entsprachen den für diese Saison im Impfstoff enthaltenen Stämmen. Die Influenza-A-Isolate sind sehr eng verwandt mit den Stamm A/Sydney/5/97 und alle Influenza-B-Viren sind B/Harbin/7/94 like. (Stämme, die der Variante A/Sydney/5/97 entsprachen, hatten sich im Winter 1997/98 relativ schnell gegen die zunächst verbreiteten Wuhan/359/95-like-Viren durchgesetzt.) – Die Morbidität wurde auch in diesem Jahr durch weitere Erreger akuter respiratorischer Erkrankungen mit geprägt.

In der Saison 1998/99 wurden bedeutend mehr Influenzaviren isoliert als im Winter 1997/98 und in den vorangegangenen Jahren. Die Zahl der Virusisolate ist aber nur dann ein zuverlässiger Maßstab für die Influenza-Aktivität der abgelaufenen Saison, wenn das Überwachungssystem konstant bleibt, dies war nicht der Fall: Sowohl in

diesem als auch im vergangenen Jahr ist ein beträchtlicher Anteil der Materialeinsendungen im Rahmen von wissenschaftlichen Studien erfolgt, dadurch wurden die Bemühungen um die Virusanzucht besonders stimuliert und wird die vergleichsweise hohe Zahl zu einem Teil erklärt. Andererseits zeigen die erhöhte Anzahl der isolierten Viren im Vergleich zum vergangenen Jahr, aber auch der Anteil der positiven Virusnachweise in Relation zu allen eingesandten Patientenmaterialien insgesamt sowie die im Rahmen des Sentinel der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) ermittelten Morbiditätswerte, daß die Influenza-Aktivität in dieser Saison stärker als in den beiden letzten Jahren war. Der Anteil der Influenzavirus-Isolate an den Gesamteinsendungen bewegte sich von der 7. bis zur 9. Woche zwischen 40 und 50 %.

**Auswirkungen des Geschehens:** Die Erkrankungshäufigkeit zum Höhepunkt der Influenzawelle 1998/99 blieb zwar deutlich hinter der von 1995/96 zurück, jedoch kann durch die lange Dauer der diesjährigen Welle von Mitte Januar bis fast Ende März eine annähernd gleiche Gesamterkrankungszahl angenommen werden. Zum Höhepunkt des Geschehens in der 7. Woche lag der mittlere Anteil der ARE-bedingten Konsultationen an allen Praxiskontakten insgesamt bei 18 %, in den pädiatrischen Praxen um 28 %.

Die Zahl der zusätzlichen Arztkontakte aufgrund akuter Atemwegsinfektionen in der 2.–11. Woche wird auf 7 bis 8 Millionen geschätzt. Die registrierten Erkrankungen aufgrund von Atemwegsinfekten, die häusliche Pflege erforderten (Arbeits- und Schulunfähigkeiten), dürften 4,5 bis 5 Millionen zusätzliche Arbeitsunfähigkeiten verursacht haben. Während der Influenzawelle stieg die Zahl der im Sentinel der AGI registrierten Krankenhauseinweisungen deutlich über die Erwartungswerte an. Auf dieser Grundlage werden bundesweit etwa 40.000 zusätzliche Krankenhauseinweisungen geschätzt.

Die Erkrankungszahlen der besonders gefährdeten über 60jährigen sind in diesem Winter auffallend angestiegen. Die anzunehmenden Auswirkungen auf die Mortalität bzw. das Ausmaß einer Exzeßmortalität können allerdings noch nicht eingeschätzt werden, weil die dazu benötigten Daten aus der Mortalitätsstatistik des Statistischen Bundesamtes erst in einiger Zeit verfügbar sein werden. Die Daten der Arbeitsgemeinschaft Influenza erlauben nur die erste Einschätzung, daß im Zeitraum der Ausbreitung der Influenza im direkten Zusammenhang mit akuten Atemwegserkrankungen einige Tausend Sterbefälle aufgetreten sein dürften.

Die vorliegenden Daten zeigen, daß die Saison 1998/99 durch eine ausgeprägte und ausgedehnte Influenzawelle charakterisiert war, die – besonders im Süden und Westen Deutschlands – das in den beiden vergangenen Wintern (1996/97 und 1997/98) erreichte Ausmaß übertraf. Das in Deutschland in den letzten Jahren etablierte System der Surveillance – mit seinen Hauptelementen dem Sentinel der AGI und dem NRZ für Influenza (NLGA Hannover, RKI Berlin) – hat wieder gut funktioniert und adäquate

Daten zur Einschätzung der Situation geliefert. An der weiteren Auswertung des ARE/Influenza-Geschehens in der abgelaufenen Saison wird gearbeitet (molekulare Feintypisierung der Influenzaviren, Untersuchung der Bedeutung von koinzidenten Erregern, Einschätzung des Schweregrades der Erkrankungswelle anhand der Sterblichkeit u. a.).

Es bestand eine gute Übereinstimmung zwischen den zirkulierenden und den im Impfstoff enthaltenen Influenzaviren. Die Möglichkeiten der Prävention durch die Influenza-Impfung wurden nur teilweise genutzt (s. a. *Epid. Bull.* 50/98: 356–358; 10/99: 61–63). Es wurden insge-

samt rund 8 Millionen Impfstoffdosen verkauft (Angabe von H. Kuss, Impfconsulting, Bad Soden). Nimmt man an, daß die Population der Personen, die aus Alters- und gesundheitlichen Gründen durch eine Influenza besonders gefährdet sind, mindestens 25 Millionen Personen umfaßt (rund 17 Millionen über 60jährige, rund 8 Millionen jüngere Personen mit Grundleiden), hätte knapp ein Drittel von ihnen eine aktuelle Impfung erhalten.

*Bericht des NRZ für Influenza am RKI, Berlin (Frau Dr. B. Schweiger). An der Einschätzung der Situation waren Herr Dr. H. Uphoff, AGI, Marburg, und Herr Dr. R. Heckler, NRZ für Influenza, NLGA Hannover; wesentlich beteiligt.*

## WHO-Empfehlung zur Zusammensetzung des Influenza-Impfstoffes in der Saison 1999/2000

Die WHO empfiehlt für die kommende Saison auf der nördlichen Hemisphäre einen Influenza-Impfstoff, der die folgenden drei Komponenten enthält:

- als **Influenza-A(H3N2)-Komponente** ein dem Referenzstamm **A/Sydney/15/97** ähnlicher Stamm,
- als **Influenza-A(H1N1)-Komponente** ein dem Referenzstamm **A/Beijing/262/95** ähnlicher Stamm,
- als **Influenza-B-Komponente** ein dem Referenzstamm **B/Beijing/184/93** ähnlicher Stamm.

In Abhängigkeit von den hauptsächlich zirkulierenden Influenza-B-Viren wird durch die WHO evtl. auch ein B/Shangdong/7/97 ähnlicher Stamm empfohlen, dies trifft jedoch auf asiatische Gebiete und nicht auf Europa zu.

Gegenüber der abgelaufenen Saison haben sich damit keine Änderungen ergeben. – Auf europäischer Ebene hat eine Expertengruppe des CMP (Committee for Proprietary Medicinal Products) der EMEA (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products) die Ergebnisse der internationalen Influenza-Surveillance der WHO und die aktuelle Situation ihrerseits geprüft und sich den WHO-Empfehlungen angeschlossen (Preliminary EU-Recommendations for the Influenza Vaccine Composition for the Season 1999/2000). Als B-Komponente wird ein B/Yamanashi/166/98 ähnlicher Stamm für besonders geeignet gehalten, weil er die aktuelle Situation in Europa gut repräsentiert.

*Quelle: WHO: WER 8/99 v. 26.2.99, S. 57–61*

## Bericht über einen Ausbruch respiratorischer Erkrankungen in einem Altenpflegeheim Influenza in Koinzidenz mit RSV-Infektionen

Innerhalb von zwei Wochen erkrankten vom 29.1. bis 13.2.1999 in einem Altenpflegeheim in einem Landkreis in Sachsen-Anhalt insgesamt 34 Personen – 25 von 44 Bewohnern und 9 von 18 Beschäftigten – akut mit hohem Fieber über 39°C, trockenem Husten, Schüttelfrost und allgemeiner körperlicher Schwäche. 14 der Heimbewohner wurden unter den Verdachtsdiagnosen ›Pneumonie‹ oder ›Bronchitis‹ in ein Krankenhaus eingewiesen. Der Höhepunkt der sich in den ersten Februartagen abzeichnenden Erkrankungswelle wurde am 7.2. und 8.2.99 erreicht. An diesen beiden Tagen ereigneten sich mehr als die Hälfte aller Erkrankungsfälle unter den Bewohnern und etwa ein Drittel der Erkrankungsfälle des Personals.

In allen Fällen war die Symptomatik so schwer, daß unmittelbar ein Arzt konsultiert wurde. 5 Patienten im Alter zwischen 84 und 98 Jahren starben 3 bis 7 Tage nach Erkrankungsbeginn. 18 der erkrankten Bewohner, darunter die gestorbenen, hatten im Herbst 1998 eine Influenza-Schutzimpfung erhalten. Die Beschäftigten hatten keine aktuelle Impfung erhalten.

**Allgemeine Situation im Heim:** Bei den Heimbewohnern handelt es sich überwiegend um hochbetagte Menschen, die in drei Wohnbereichen jeweils zu zweit in einem Zimmer leben. In jeder Wohnetage gibt es kleine Räume und Nischen, in denen sich die Bewohner täglich zum Zwecke

der Kommunikation treffen. Diese Orte der Begegnung stehen allen Bewohnern offen und werden auch rege genutzt. Das Mittagessen wird überwiegend gemeinsam in einem Speiseraum eingenommen. Das Personal ist auf allen drei Wohnetagen tätig. Medizinisch betreut werden die Heimbewohner von ihren jeweiligen Hausärzten. Ein beratender Arzt steht der Heimleitung, die für mehrere Einrichtungen unter gleicher Trägerschaft zuständig ist, bei Bedarf zur Verfügung. Die jährliche Influenza-Schutzimpfung hat in dem Heim eine langjährige Tradition und findet entsprechenden Zuspruch, so ließen sich im Herbst 1998 insgesamt 36 der 44 Bewohner impfen.

**Maßnahmen der Heimleitung:** Die sich häufenden Erkrankungsfälle und ersten Sterbefälle beunruhigten die Mitarbeiter des Heims. Nach Abstimmung zwischen Pflegedienst- und Heimleitung wurden Maßnahmen ergriffen, die eine Weiterverbreitung der offensichtlich leicht übertragbaren Atemwegsinfektionen einschränken sollten. Besuche sollten vorübergehend nach Möglichkeit nur in dringend notwendigen Angelegenheiten erfolgen. Die Bewohner wurden gebeten, sich ganztägig in ihren Zimmern aufzuhalten und auch dort die Mahlzeiten einzunehmen. Das Pflegepersonal wurde mit Mundschutz und Händedesinfektionsmittel ausgestattet. Nach Einführung dieser Maßnahmen traten nur noch Einzelerkrankungen auf und

der Ausbruch kam schnell zum Erliegen. Die Ätiologie der Erkrankungen war zu dieser Zeit noch nicht bekannt.

**Einbeziehung des Gesundheitsamtes:** Das Gesundheitsamt wurde am 16.2. vom beratenden Arzt des Altenpflegeheimes über die bereits abgelaufene Erkrankungshäufung informiert. Nach Absprache mit dem Hygieneinstitut Sachsen-Anhalt in Magdeburg erschien es ratsam, der wahrscheinlichen Ursache der Erkrankungshäufung durch serologische Untersuchungen auf Erreger respiratorischer Infektionen retrospektiv nachzugehen und gleichzeitig durch epidemiologische Ermittlungen eine nachträgliche Untersuchung des Ausbruchs zu ermöglichen.

Da die diesjährige Influenzawelle in Sachsen-Anhalt im Februar ihren Höhepunkt erreicht hatte, lag der Verdacht auf ein Influenza-bedingtes Geschehen nahe. In die differentialdiagnostischen Überlegungen wurden jedoch auch Infektionen durch Adenoviren, Parainfluenzaviren, *respiratory syncytial virus* (RSV), Coxsackieviren, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* und *Legionella pneumophila* einbezogen. Wegen des als abgeschlossenen geltenden Verlaufes wurde auf Rachenabstriche zur Virusanzucht zugunsten der Serologie verzichtet.

**Ergebnisse der Laboruntersuchungen:** Die am 24.2. und 9.3. entnommenen 7 Serumproben von 4 Bewohnern (alle gegen Influenza geimpft) und 3 Beschäftigten (alle ungeimpft) ergaben bei den Bewohnern und bei einer Beschäftigten in der Komplementbindungsreaktion (KBR) erhöhte Antikörpertiter zwischen 1:80 und 1:320 gegen Influenza A. Zusätzlich wurden bei 3 der 4 Bewohner Antikörpertiter zwischen 1:80 und 1:320 gegen *respiratory syncytial virus* in der KBR gefunden. Dies würde für eine Doppelinfection mit Influenza-A- und RS-Viren sprechen.

Wegen der Unsicherheit, ob es sich bei den erhöhten Influenza-A-Titern in der KBR um Impftiter handeln könnte, wurden die Seren im Nationalen Referenzzentrum für Influenza, Robert Koch-Institut, im Hämagglutinationshemmtest (HHT) mit den für die Saison aktuellen Referenzstämmen nachuntersucht. Sie zeigten hier deutlich erhöhte Titerwerte (160 bis >1.280) gegen Influenza A/Sydney/5/97, wie sie bei betagten Personen nach einer Impfung kaum erreicht werden. Sowohl die Befunde der KBR als auch die des HHT deuten auf eine kürzlich abgelaufene Influenza hin. Eine zusätzliche Infektion mit dem RS-Virus ist zumindest bei einem Teil der Bewohner anzunehmen.

**Ergebnisse weiterer Ermittlungen:** Die beschriebenen Erkrankungen mit den typischen Symptomen wurde von einer Vielzahl leichterer Atemwegsinfekte bei Bewohnern und Personal begleitet. Es bleibt offen, ob es sich hierbei um leichtere Verlaufsformen der Influenza A, einer RSV-Infektion oder um kozirkulierende andere Erreger respiratorischer Infektionen handelte. Fast allen hochfieberhaft erkrankten Patienten wurde von den behandelnden Hausärzten ein Antibiotikum (überwiegend Roxithromycin)

verordnet. Dies dürfte zu einer weitgehenden Unterdrückung bakterieller Superinfektionen beigetragen haben. Keiner der meist kardial vorgeschädigten Verstorbenen wurde obduziert. Die Diagnosen auf den Totenscheinen lassen Rückschlüsse auf eine Virusinfektion als unmittelbar zum Tode führende Erkrankung nicht in jedem Fall zu. Es ist jedoch sicher, daß alle Verstorbenen kurz vor ihrem Tod mit hohem Fieber und Husten erkrankt waren.

**Kommentar:** In Sachsen-Anhalt blieb dies die einzige gemeldete Häufung akuter respiratorischer Infektionen in einer Gemeinschaftseinrichtung während der Influenzasaison 1998/99. Sie wurde erst gemeldet, als das Geschehen bereits als abgeschlossen betrachtet werden konnte. Eine schnelle Diagnostik, insbesondere die Isolierung und Identifizierung von Influenzaviren, war nicht mehr möglich. Diese dient einerseits epidemiologischen Zwecken, ist aber andererseits auch Voraussetzung für eine mögliche Chemoprophylaxe der Influenza A mit Amantadin. Zur Prophylaxe oder Therapie einer RS-Virusinfektion ist Amantadin nicht geeignet.

Literaturangaben zufolge haben RSV-Infektionen in Altenpflegeheimen hinsichtlich ihrer Morbidität und Letalität den gleichen Stellenwert wie Influenza. Sie koinzidieren nicht selten. Klinisch unterscheiden sich beide Infektionen nicht voneinander, denn auch RSV-Infektionen können hohes Fieber, Pneumonien, Bronchitiden und in der Folge Todesfälle bei alten Menschen mit geschwächtem Immunsystem verursachen. Therapeutisch käme nur Ribavirin in Frage, das bei Säuglingen mit RS-Virusinfektion Anwendung findet und eine breite antivirale Wirksamkeit besitzt. Eine Impfung gegen RSV-Infektionen gibt es bisher nicht.

Besondere Aufmerksamkeit und auch Anerkennung verdienen die von der Heimleitung veranlaßten das Hygieneregime betreffenden konsequenten Maßnahmen zur Einschränkung der aerogenen Übertragung von Infektionen. Sie erwiesen sich als praktikabel und haben mit hoher Wahrscheinlichkeit zum raschen Abklingen des Geschehens beigetragen.

Die prophylaktische Influenza-Schutzimpfung mit einem aktuellen Impfstoff behält ihren Wert für diesen Personenkreis, auch wenn die Schutzrate, die normalerweise bei 80% liegt, bei alten und abwehrgeschwächten Personen geringer anzusetzen ist. Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen ist die Influenza-Schutzimpfung grundsätzlich zu empfehlen. Aber auch für das Personal in Altenpflegeheimen ist diese Impfung sehr wesentlich (s. Impfpflicht der Ständigen Impfkommission – STIKO – am RKI für medizinisches Personal). Neben der individuellen Schutzwirkung ist dabei insbesondere auch an den Effekt einer deutlich geringeren Weitergabe der Infektion zu denken.

*Für diesen Bericht danken wir Frau Dr. H. Oppermann und Herrn Doz. Dr. med. habil. B. Thriene, Hygieneinstitut Sachsen-Anhalt, Magdeburg. Für detaillierte Angaben danken wir den Mitarbeitern des zuständigen Gesundheitsamtes und respektieren dabei die Bitte des Amtsarztes, den Kreis in diesem Falle nicht zu nennen.*

Internationale Sommerschule ›Infectious Disease  
 Epidemiology‹

**Termin/Ort:** 23.–27. August 1999, Bielefeld

**Themen:** Einführung in die Infektionsepidemiologie, Methoden der Epidemiologie, Surveillance von HIV/AIDS, STD u. a. wichtigen Infektionen, Prävention und Public Health in internationaler Dimension

**Veranstalter:** Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, School of Public Health;

WHO-Collaborating Center for Child and Adolescent Health Promotion

**Lehgangssprache:** Englisch

**Adressaten:** Mitarbeiter aus Gesundheitsämtern, dem Gesundheitsdienst bzw. gesundheitsbezogenen Einrichtungen, Ärzte, Epidemiologen, Studenten auf dem Gebiet Public Health aus Deutschland u. a. europäischen Ländern

**Information und Anmeldung:** Herr Lutz Wille, School of Public Health, Universität Bielefeld, PF 100 131, 33501 Bielefeld  
 Tel.: 0521/106-4262, -4253, Fax: 0521/106-2968

E-Mail: lutz.wille@uni-bielefeld.de

 Internet: [http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag2/summer\\_school99/](http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag2/summer_school99/)

## Lehrgang ›Weiterbildung zur Hygienefachkraft‹

**Ort:** Berlin

**Beginn:** 27.9.1999

**Dauer:** 2 Jahre im Blockunterricht – berufsbegleitend

**Veranstalter:** Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe Berlin in Zusammenarbeit mit dem Hygiene-Institut der Freien Universität Berlin

**Adressaten:** Krankenschwestern und Krankenpfleger

**Information und Anmeldung:** Frau Reinemann, Straßburger Str. 56, 10405 Berlin, Tel.: 030/9020-5834, Fax: 030/4425326

## In eigener Sache

In der Ausgabe 17/99 mußte aus technisch-organisatorischen Gründen die Wochenstatistik der meldepflichtigen Infektionskrankheiten entfallen. In dieser Ausgabe setzen wir diese Serie mit den Meldedaten der 13. Woche fort, damit ist das 1. Quartal 1999 meldetechnisch abgeschlossen. Aus Gründen einer höheren Aktualität werden dann in der folgenden Ausgabe 19/99 die Daten der 15. Meldewoche veröffentlicht.

Seltene meldepflichtige und andere Infektionskrankheiten in bestimmten Bundesländern										Stand: 23.3.99
1.–53. Woche 1998		Jahresübersicht 1998						Anzahl und Inzidenzrate pro 100.000 Einw.		
Krankheit	Berlin	Brandenburg	Mecklenburg	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Thüringen	Summe	kumulativ		kumul. Diff. % Vorjahr
								1998	1997	
<b>›Kinderkrankheiten‹</b>										
Pertussis		246	59	336	105	118	864	864	1218	-29,06
		9,630	3,247	7,392	3,855	4,737	6,114			
Scharlach		2007		3822	1933	937	8699	8699	6883	26,38
		78,569		84,079	70,972	37,614	70,638			
Masern		6	12	12	12	5	47	47	138	
		0,235	0,660	0,264	0,441	0,201	0,333			
Röteln		128	15	110	118	27	398	398	763	-47,84
		5,011	0,825	2,420	4,332	1,084	2,816			
Mumps		61	25	97	64	13	260	260	397	-34,51
		2,388	1,376	2,134	2,350	0,522	1,840			
<b>Akute resp. Erkrankungen</b>										
Influenza		352	504	1246	44	85	2231	2231	1940	15,00
		13,780	27,735	27,411	1,615	3,412	15,787			
darunter Typ A		236	434	947	43	70	1730	1730	1295	33,59
		9,239	23,883	20,833	1,579	2,810	12,242			
darunter Typ B		116	70	299	1	15	501	501	646	-22,45
		4,541	3,852	6,578	0,037	0,602	3,545			
RS-Virus-Inf.		33	187	11	27		258	258	298	-13,42
		1,292	10,291	0,242	0,991		1,826			
Parainfluenza-Virus-Inf.		124	234	44	62	3	467	467	319	46,39
		4,854	12,877	0,968	2,276	0,120	3,305			
Adenovirus-Inf.		36	376	74	47	9	542	542	491	10,39
		1,409	20,691	1,628	1,726	0,361	3,835			
Mycoplasma-Inf.		109	695	179	59	22	1064	1064	609	74,71
		4,267	38,246	3,938	2,166	0,883	7,529			
<b>Borreliose</b>										
	133	830	102	360	74	30	1529	1529	927	64,94
	3,845	32,492	5,613	7,920	2,717	1,204	8,692			
<b>Legionellose</b>										
	21	9	18	12	4		64	64	51	
	0,607	0,352	0,991	0,264	0,147		0,364			
<b>Parasitosen</b>										
Scabies		372			664	183	1219	1219	1491	-18,24
		14,563			24,379	7,346	15,690			
Kopflausbefall		2545			3042	961	6548	6548	7271	-9,94
		99,630			111,690	38,577	84,282			
<b>Zusätzlich:</b>										
<b>Tollwutexposition</b>		231	147	782	304	153	1617	1617	2335	-30,75
		9,043	8,089	17,203	11,162	6,142	11,442			