

Epidemiologisches *Bulletin*



**Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten**

3/96

Diphtherie – Ansteckung nicht nur im Ausland möglich

Auffrischimpfungen bei Erwachsenen nicht vergessen /
Maßnahmen bei Kontaktpersonen beachten

Am 24. November 1995 erkrankte in Dresden ein 39jähriger Mann mit Unwohlsein und erhöhter Temperatur, am 26.11. wurde eine Rachenrötung beobachtet. Am 27.11. suchte er einen Arzt auf, dieser begann auf Grund der vorliegenden Symptomatik mit einer Oxytetracyclin-Therapie. Zwei Tage später (29.11.) wurde der Patient zur stationären Behandlung in die Infektionsabteilung eines Dresdener Krankenhauses aufgenommen. Zu diesem Zeitpunkt bestand folgende Symptomatik: festhaftende Beläge im Gaumenbereich, übergreifend auf die Uvula und die Rachenhinterwand, Temperatur nur noch um 38°C, weiche Lymphknotenschwellungen im Halsbereich. Auf Grund dieser Befunde wurde die Verdachtsdiagnose „Diphtherie“ gestellt und sofort eine Therapie mit Antitoxin und Penicillin begonnen. Im Laufe dieser Behandlung trat eine rasche Besserung ein. Die letzte Impfung des Erkrankten war während der Schulzeit erfolgt, der Impfschutz seitdem nicht aufgefrischt worden.

Der Erregernachweis war wegen der Anbehandlung nicht möglich. Die differentialdiagnostischen Untersuchungen ergaben keinen Hinweis auf eine Pharyngitis anderer Genese. Der Patient hatte mit Bauarbeitern aus Rußland gemeinsam gearbeitet. Auf Grund der eindeutigen klinischen Symptomatik, des Ansprechens auf die spezifische Therapie und des engen Kontaktes zu Personen aus einem Epidemiegebiet wurde dieser Erkrankungsfall als „Diphtherie“ eingestuft.

Jeder Verdacht auf eine Diphtherie erfordert unverzügliches Handeln. Die Diphtherie nimmt nicht selten einen foudroyanten Verlauf und kann auch heute durchaus noch tödlich sein. Deshalb ist schon bei einem Verdacht die stationäre Einweisung eines Patienten angezeigt, um unverzüglich mit der spezifischen Therapie (Antitoxingabe und antimikrobielle Therapie mit Penicillin bzw. Erythromycin) bei kontinuierlicher klinischer Überwachung beginnen zu können. Vor Beginn der antimikrobiellen Therapie sollten zur Sicherung der Diagnose in jedem Fall Nasen- und Rachenabstriche genommen werden. Die Meldepflicht nach Bundesseuchengesetz erstreckt sich auf den Erkrankungs- und Todesfall. Zur Einleitung der erforderlichen Ermittlung von Kontaktpersonen und der entsprechenden Schutzmaßnahmen ist jedoch die Einschaltung des Gesundheitsamtes bereits im Verdachtsfall sinnvoll. Personen mit engem Kontakt zu Diphtheriekranken sollten engmaschig ärztlich betreut werden und ihre Kontakte zunächst auf die häusliche Umgebung beschränken. Siehe auch Seite 16.

Diese Woche:

Diphtherie

Influenza

DAAD-Förderung

**HIV/AIDS: aktuelle
Daten und Trends**

23. Januar 1996

ROBERT KOCH
RKI
INSTITUT

Falldefinition der Diphtherie

Diphtherieverdachtsfall: Laryngitis oder Nasopharyngitis oder Tonsillitis mit festhaftendem membranösem Belag. Die Bildung eines festhaftenden Belags ist zwar typisch für Diphtherie, dieser ist aber nicht in jedem Fall vorhanden.

Wahrscheinlicher Diphtheriefall: Kriterien des Diphtherieverdachts **und** einer(s) der folgenden epidemiologischen Hinweise oder Symptome:

- vorausgegangener Kontakt (< 2 Wochen) zu einer bestätigten Diphtherieerkrankung,
- Diphtherieepidemie in der Umgebung oder Rückkehr von Reisen aus Ländern mit Diphtherieepidemie,
- Stridor,
- Schwellung/Ödem des Halses,
- submuköse oder petechiale Haemorrhagien,
- toxisch bedingter Kreislaufkollaps,
- Myokarditis oder periphere Nervenlähmung (1 – 6 Wochen nach Krankheitsbeginn),
- akutes Nierenversagen,
- tödlicher Verlauf.

Bestätigter Diphtheriefall: Kriterien des wahrscheinlichen Diphtheriefalles **und** Isolierung eines toxinbildenden Stammes von einer typischen Lokalisation (Rachen, Nase, Haut, Ulcus, Wunde, Konjunktiva, Ohr, Vagina). Der alleinige mikroskopische Nachweis von *Corynebacterium diphtheriae* ersetzt nicht den kulturellen Nachweis.

Der Nachweis von *C. diphtheriae* ist unbedingt anzustreben. Im Ausnahmefall erfüllen ein klinisch eindeutiger Verlauf bzw. eine diphtherieverdächtige Erkrankung im epidemiologischen Zusammenhang mit bestätigten Diphtherieerkrankungen die Kriterien eines bestätigten Diphtheriefalles. Der Nachweis eines nichttoxinbildenden *C. diphtheriae* bestätigt nur bei eindeutigem klinischen Verlauf die Diagnose Diphtherie. Erkrankungen durch *Corynebacterium ulcerans* sind von der Falldefinition Diphtherie ausgeschlossen.

Diphtherie – Maßnahmen bei Kontaktpersonen

Im Falle der aerogen übertragbaren Diphtherie sind diejenigen Personen von epidemiologischer Bedeutung, die innerhalb der Periode der Ansteckungsfähigkeit (gewöhnlich 2 – 5 Tage) der Atemluft eines Erkrankten direkt ausgesetzt waren („face to face“) oder Körperkontakt zu ihm hatten. Zu diesen sogenannten „engen Kontaktpersonen“ können im Haushalt lebende Personen, Mitschüler, Kinder aus der Kindergartengruppe, Erzieher, Betreuer, Arbeitskollegen oder Freunde gehören. Das Infektionsrisiko hängt direkt von der Nähe und der Dauer des Kontaktes ab.

Hinweise auf wichtige Maßnahmen: Das Gesundheitsamt erfaßt die Kontaktpersonen zu einem Erkrankten und informiert sie über die bestehende Infektionsgefährdung und die Notwendigkeit, den Gesundheitszustand zu beobachten (7 Tage, beginnend mit der letztmaligen Exposition). Zunächst sollten – ggf. im Zusammenwirken mit anderen Ärzten – Rachen- und Nasenabstriche zur Ermittlung von Keimträgern entnommen und dann – unabhängig vom Impfstatus – eine präventive antimikrobielle Therapie durchgeführt werden. Ergibt die Überprüfung der Impfdokumentation, daß kein aktueller Impfschutz besteht, wäre eine Auffrischimpfung anzubieten. Für die Dauer von 7 Tagen (nach letztmaliger Exposition) sollten die Kontakte zu anderen Menschen beschränkt werden. Kindereinrichtungen und Schulen dürfen nicht besucht und Tätigkeiten, durch die andere gefährdet werden könnten, nicht ausgeübt werden.

Weitere Einzelheiten können den Empfehlungen des Robert Koch-Institutes und der Ständigen Impfkommission im Anhang zu den Impfeempfehlungen vom 22.02.1994, Bundesgesundheitsblatt 8/94, S. 358-59, entnommen werden. Sonderdrucke können bei der Redaktion des Epidemiologischen Bulletins angefordert werden.

Zur aktuellen Influenza-Situation

In allen Regionen Deutschlands war die Influenza-Aktivität in der zweiten Woche des Jahres rückläufig. Es ist deshalb davon auszugehen, daß die aktuelle Influenza-Ausbreitung zu einem Ende kommt.

Deutscher Akademischer Austauschdienst (DAAD) fördert Nachwuchswissenschaftler auf dem Gebiet der Infektionsepidemiologie

Aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (BMBF) vergibt der DAAD im Rahmen eines mehrjährigen Programms Stipendien an deutsche Nachwuchswissenschaftler zur wissenschaftlichen Fortbildung auf dem Gebiet Public Health im Ausland. Dieses Programm schließt ausdrücklich die Infektionsepidemiologie ein, die in Deutschland gegenwärtig besonders gefördert werden soll. Das Stipendienangebot betrifft Forschungs- oder Graduerungs-

vorhaben und richtet sich an Bewerberinnen und Bewerber mit bestimmten Vorkenntnissen. Von Medizinerinnen wird die Promotion erwartet. Interessentinnen wird empfohlen, beim DAAD Information und Beratung zu erbitten (Referat 317, Kennedy-Allee 50, 53175 Bonn; Telefon: 0228/882-465). Bewerbungen sind jeweils bis zum 01. Februar (für Vorhaben beginnend ab Juni) und bis zum 15. August (für Vorhaben beginnend ab Januar) einzureichen.

HIV und AIDS in Deutschland: aktuelle Daten und Trends

Zusammenfassende Bemerkungen zur Situation am Ende des Jahres 1995

Im Verlauf des Jahres 1995 wurden insgesamt 1.792 neue AIDS-Fälle an das Fallregister im Robert Koch-Institut berichtet. Insgesamt sind damit seit Beginn der Erfassung 14.078 AIDS-Fälle gemeldet worden. Da nicht jeder AIDS-Erkrankungs- oder -Todesfall umgehend gemeldet wird, liegt die Zahl der bisher tatsächlich Erkrankten und Verstorbenen etwas über den bisher gemeldeten Fallzahlen. Berücksichtigt man diesen Meldeverzug und die Tatsache, daß zwar mehr als 85% aller AIDS-Erkrankungen, aber lediglich zwei Drittel aller Todesfälle an das Fallregister berichtet werden, so kann man davon ausgehen, daß bisher insgesamt etwa 17.000 Personen an AIDS erkrankt und etwa 12.000 bereits verstorben sind. Bei insgesamt 50.000 bis 60.000 Personen, die sich seit Beginn der HIV/AIDS-Epidemie mit HIV infiziert haben, bedeutet dies, daß in der Bundesrepublik Deutschland gegenwärtig etwa 38.000 bis 48.000 Menschen mit einer HIV-Infektion leben, von denen etwa 5.000 bereits im Vollbild (AIDS) erkrankt sind.

Nach wie vor erfolgt die überwiegende Zahl der Neuinfektionen (ungefähr zwei Drittel) über homosexuelle Kontakte unter Männern. Die Zahl der Neuinfektionen bei i.v. Drogenabhängigen scheint insgesamt leicht abzuneh-

men. Dagegen nimmt die Zahl der durch heterosexuelle Kontakte übertragenen Infektionen weiter langsam zu. Dabei sind weiterhin heterosexuelle Kontakte mit Angehörigen der primären Risikogruppen die wichtigste Ansteckungsquelle. Eigenständige Infektionsketten unter Heterosexuellen sind bisher selten.

In den neuen Bundesländern nimmt die Zahl der HIV-Infektionen auf niedrigem Niveau weiter zu. In den alten Bundesländern wird sich die bisher beobachtete regionale Verteilung – entsprechend der regionalen Verteilung der Gruppen mit Risikoverhalten – mittelfristig nicht grundsätzlich ändern.

In den nächsten Jahren muß mit etwa 2.000 neu diagnostizierten AIDS-Fällen pro Jahr und einer Zahl an Neuinfektionen in der gleichen Größenordnung gerechnet werden. In der Verteilung der Fälle nach dem Infektionsrisiko werden sich kurzfristig keine grundsätzlichen Änderungen ergeben. Durch verbesserte therapeutische Möglichkeiten sind Verschiebungen im Spektrum der Erstmanifestationen der Immunschwäche und zunehmende Überlebenszeiten zu erwarten. Die Zahl der zu versorgenden AIDS-Patienten wird dadurch weiter leicht zunehmen.

Ergänzende Hinweise und Erklärung der Abkürzungen zu den folgenden Tabellen

1 Für die regionale Zuordnung werden die ersten drei Ziffern der fünfstelligen Postleitzahlen verwendet. Die Großräume wurden auf der Grundlage der ersten drei Ziffern der neuen Postleitzahlen bzw. der Bundesländergrenzen definiert. Die Einwohnerzahlen der Bundesländer für die Berechnung der Inzidenzen sind bezogen auf den Dezember 1994 (Statistisches Bundesamt, Stand: September 1995). Die Einwohnerzahlen für die großstädtischen Bereiche (Frankfurt/M. inkl. Offenbach, Köln inkl. Leverkusen und Bergisch-Gladbach) wurden auf der Basis der ersten drei Ziffern der Postleitzahlen nach Angaben des Wickert-Institutes (Stand: Februar 1995) berechnet.

2 Zur Berechnung der durch den Meldeverzug in Zukunft noch zu erwartenden AIDS-Fallberichte wurde ein Programm des European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS eingesetzt (Heisterkamp et al.). Für die letzten beiden Quartale der Diagnose kann der relativ kleine Anteil bereits eingegangener Meldungen zu deutlichen Unschärfen der Projektion führen.

3 Männer, bei denen als Infektionsrisiko sowohl homosexuelles Verhalten als auch i. v. Drogenkonsum angegeben wird, werden unter der Kategorie „IVDA“ subsummiert. In der Kategorie „Trans“ werden Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (die nicht Hämophile sind) sowie Empfänger von Transplantaten – einschließlich Patienten, die die Transfusion im Ausland erhalten haben – zusammengefaßt. Fälle, bei denen Angaben zum Infektionsrisiko fehlen und Fälle, bei denen kein Infektionsrisiko erfragt werden konnte, werden unter der Kategorie „k.A.“ zusammengefaßt.

4 Bei den Meldungen über positive HIV-Bestätigungsteste handelt es sich um die anonyme Meldung von positiven Befunden der HIV-Bestätigungsteste bei HIV-Infizierten und nicht um die Meldung der Anzahl HIV-infizierter Personen.

5 Die aufgeführten Zahlen enthalten Mehrfachmeldungen in unbekannter Menge, weil Mehrfachuntersuchungen, die bei HIV-infizierten Personen die Regel sind, nur dann ausgeschlossen werden können, wenn sie von den meldenden Laboratorien als solche berichtet werden.

6 Es wird der Zeitpunkt der HIV-Diagnose (Durchführung des Tests) wiedergegeben. Rückschlüsse auf den Zeitpunkt der Infektion sind nicht möglich. Veränderungen des Infektionsgeschehens können daher nur unter Vorbehalt und mit größter Zurückhaltung interpretiert werden.

Homo/bi	Homo- oder bisexuelle Männer
IVDA	i.v. Drogenabhängige
Hämo/Trans	Hämophile / Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)
Hetero	Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)
Pattern II	Patienten aus Pattern-II-Gebieten, in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird (z. B. Karibik, Zentral- und Westafrika)
PPI	Prä- oder perinatale Infektion
k.A.	Keine Angaben

Der vollständige Quartalsbericht AIDS / HIV des AIDS-Zentrums kann über die Fax-Abbruffunktion (Polling) unter der Nummer 030 / 45 47 - 35 55 direkt abgerufen werden.

Eckdaten zu HIV und AIDS

Stand: 31.12.1995

Bundesländer/ Großräume	Einwohner (in Mio.)	Zeitraum der Registrierung				kumulativ seit 1982	
		Jan. 94 - Dez. 94		Jan. 95 - Dez. 95		Anzahl	Meldungen/ Mio. Einw.
		Anzahl	Meldungen/ Mio. Einw.	Anzahl	Meldungen/ Mio. Einw.		
Sachsen	4,58	8	1,75	6	1,31	18	3,93
Sachsen-Anhalt	2,76	5	1,81	1	0,36	11	3,99
Thüringen	2,52	1	0,40	2	0,79	11	4,37
Brandenburg	2,54	4	1,57	9	3,54	19	7,48
Mecklenbg.-Vorpommern	1,83	7	3,83	1	0,55	14	7,65
Bayern (ohne M)	10,65	128	12,02	107	10,05	767	72,02
Berlin (Ost)	1,30	22	16,92	44	33,85	117	90,00
Niedersachsen	7,72	99	12,82	98	12,69	726	94,04
Baden-Württemberg	10,27	133	12,95	215	20,93	1084	105,55
Rheinland-Pfalz	3,95	53	13,42	68	17,22	419	106,08
Schleswig-Holstein	2,71	37	13,65	57	21,03	308	113,65
NRW (ohne K/D)	15,55	280	18,01	237	15,24	1826	117,43
Saarland	1,08	20	18,52	23	21,30	138	127,78
Hessen (ohne F)	5,20	86	16,54	95	18,27	731	140,58
Bremen	0,68	21	30,88	13	19,12	181	266,18
Köln (K)	1,57	130	82,80	78	49,68	752	478,98
Düsseldorf (D)	0,70	61	87,14	43	61,43	491	701,43
Hamburg	1,70	170	100,00	163	95,88	1282	754,12
München (M)	1,27	132	103,94	101	79,53	1372	1080,31
Frankfurt/Main (F)	0,78	114	146,15	95	121,79	1002	1284,62
Berlin (West)	2,17	367	169,12	336	154,84	2809	1294,47
Gesamt	81,53	1878	23,03	1792	22,00	14078	172,67

Tab. 1 Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle und kumulierte Inzidenzen pro Million Einwohner nach Bundesländern beziehungsweise ausgewählten Großräumen¹ und aufgeführten Zeiträumen der Registrierung

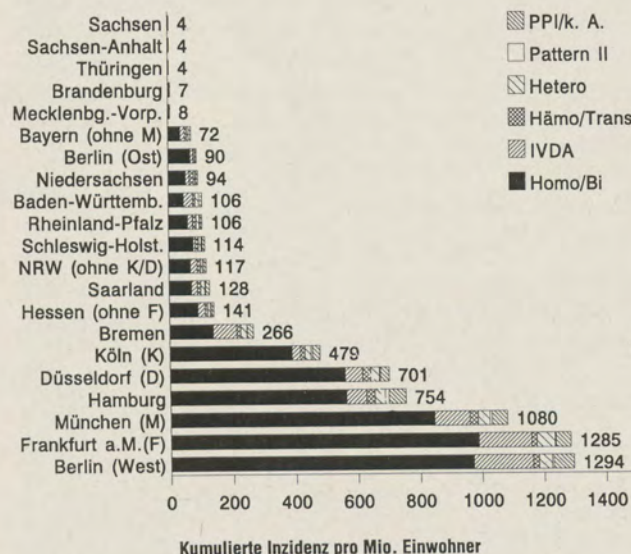


Abb. 1 Kumulierte Inzidenzen pro Mio. Einwohner nach Infektionsrisiken in Bundesländern bzw. ausgewählten Großräumen¹

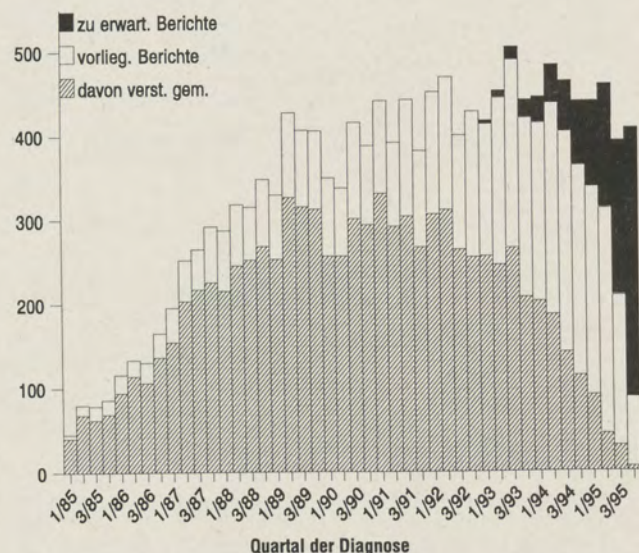


Abb. 2 Bereits gemeldete AIDS-Fälle mit Anteil der als verstorben gemeldeten Fälle sowie auf der Basis des bisher beobachteten Meldeverzugs noch zu erwartende Meldungen² nach Quartal der Diagnose

Infektionsrisiko ♂ + ♀	Zeitraum der Diagnose		kumulativ seit 1982
	Jan. 94 - Dez. 94	Jan. 95 - Dez. 95	
Homo/bi	1038 64,1%	607 64,2%	9521 67,6%
IVDA	240 14,8%	139 14,7%	2041 14,5%
Hämo	40 2,5%	26 2,8%	483 3,4%
Trans	18 1,1%	9 1,0%	258 1,8%
Hetero	127 7,8%	70 7,4%	752 5,3%
Pattern II	54 3,3%	32 3,4%	206 1,5%
PPI	2 0,1%	2 0,2%	80 0,6%
k. A.	101 6,2%	60 6,3%	737 5,2%
Gesamt	1620 100%	945 100%	14078 100%

Tab. 2 Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle (gesamt) nach Infektionsrisiko³ und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose

Infektionsrisiko ♂ > 12 Jahre	Zeitraum der Diagnose		kumulativ seit 1982
	Jan. 94 - Dez. 94	Jan. 95 - Dez. 95	
Homo/bi	1038 73,5%	607 73,4%	9521 75,7%
IVDA	150 10,6%	88 10,6%	1351 10,7%
Hämo	40 2,8%	26 3,1%	475 3,8%
Trans	10 0,7%	6 0,7%	120 1,0%
Hetero	58 4,1%	31 3,7%	347 2,8%
Pattern II	32 2,3%	20 2,4%	123 1,0%
k. A.	84 5,9%	49 5,9%	645 5,1%
Gesamt	1412 100%	827 100%	12582 100%

Tab. 2a Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei männlichen Jugendlichen und Erwachsenen (> 12 Jahre) nach Infektionsrisiko³ und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose

Infektionsrisiko ♀ > 12 Jahre	Zeitraum der Diagnose		kumulativ seit 1982
	Jan. 94 - Dez. 94	Jan. 95 - Dez. 95	
IVDA	90 43,7%	51 44,3%	690 49,5%
Trans	8 3,9%	3 2,6%	126 9,0%
Hetero	69 33,5%	39 33,9%	405 29,1%
Pattern II	22 10,7%	12 10,4%	83 6,0%
k. A.	17 8,3%	10 8,7%	90 6,5%
Gesamt	206 100%	115 100%	1394 100%

Tab. 2b Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei weiblichen Jugendlichen und Erwachsenen (> 12 Jahre) nach Infektionsrisiko³ und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose

Jahr der Einsendung	Geschlecht			Gesamt
	k. A.	♂	♀	
< 1986	1390 19,5%	4917 69,1%	805 11,3%	7112 100%
1986	705 12,4%	4183 73,6%	794 14,0%	5682 100%
1987	1407 15,5%	6271 69,2%	1378 15,2%	9056 100%
1988	1198 14,2%	5895 69,8%	1357 16,1%	8450 100%
1989	860 12,6%	4864 71,1%	1113 16,3%	6837 100%
1990	782 12,3%	4549 71,5%	1032 16,2%	6363 100%
1991	779 11,8%	4681 70,7%	1160 17,5%	6620 100%
1992	727 11,1%	4700 71,8%	1119 17,1%	6546 100%
1993	604 10,2%	4208 71,2%	1101 18,6%	5913 100%
1994	439 8,5%	3674 71,1%	1052 20,4%	5165 100%
1995	402 10,1%	2765 69,4%	816 20,5%	3983 100%
Gesamt	9293 13,0%	50707 70,7%	11727 16,3%	71727 100%

Tab. 3 HIV-Bestätigungsteste⁴ unter Ausschluß erkennbarer Doppel-meldungen⁵ nach Jahr des Eingangs des Serums zur Untersuchung⁶ und Geschlecht

AIDS-Fälle / Mio. Einwohner

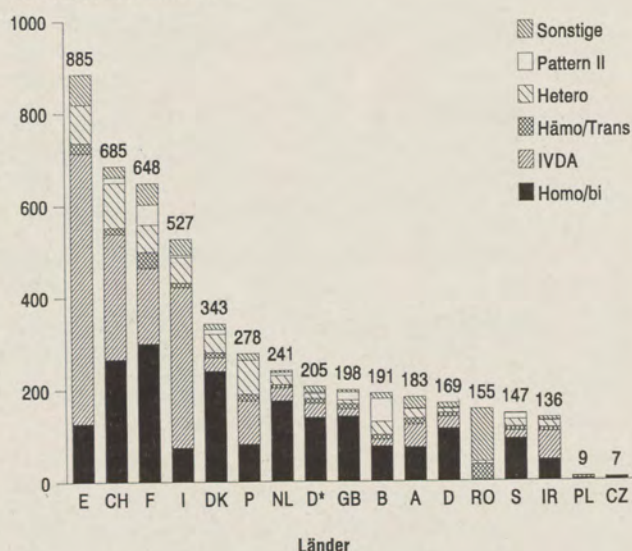


Abb. 3 Kumulierte Inzidenzen (AIDS-Fälle pro Million Einwohner) in ausgewählten europäischen Ländern nach Infektionsrisiken (D* = nur alte Bundesländer)

Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten

Stand: 52. Woche (25.12. – 31.12.1995)

Land	Enteritis infectiosa						Virushepatitis									
	Salmonellose			übrige Formen			Hepatitis A			Hepatitis B			übrige Formen			
	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	
Regierungsbezirk	1995		1994		1995		1994		1995		1994		1995		1994	
Gesamt	774	113996	132531	645	74481	64318	89	6534	5484	61	6029	5135	35	4157	3246	
Baden-Württemberg	81	12812	17706	64	6734	6241	17	577	559	4	401	520	4	282	468	
Stuttgart	45	4845	6719	26	1935	1749	13	217	242	2	167	227	3	137	218	
Freiburg	23	2439	3700	18	1486	1303	1	89	63		59	81		41	33	
Karlsruhe	6	3482	4060	11	2181	1867	3	195	160	1	110	146	1	76	168	
Tübingen	7	2046	3227	9	1132	1322		76	94	1	65	66		28	49	
Bayern	123	16609	20304	85	7269	6360	7	624	523	15	847	531	5	721	390	
Oberbayern	39	5198	6467	43	3308	2781	4	233	206	3	334	254	1	321	187	
Niederbayern	6	2021	2888	4	671	562		45	30	2	105	36	2	109	15	
Oberpfalz	8	1353	1673	7	563	516	1	47	12	3	70	21		35	9	
Oberfranken	6	1004	1553	3	313	209		47	43	1	60	33	1	56	22	
Mittelfranken	15	1663	1694	11	916	984	1	100	81	4	107	78	1	95	91	
Unterfranken	15	1676	2410	4	534	483		74	54		75	40		35	22	
Schwaben	34	3694	3619	13	964	825	1	78	97	2	96	69		70	44	
Berlin	34	3636	4149	16	1028	1142	12	797	623		301	316		152	87	
Brandenburg	44	5455	6073	34	3875	3393		124	84		73	72		15	12	
Bremen	5	711	615	5	489	471		30	24		49	54		81	50	
Hamburg	16	2668	2748	20	1712	1872	7	353	332	1	263	377	1	261	386	
Hessen	44	8036	8834	27	2776	2322	8	592	458	6	500	483	4	244	197	
Darmstadt	30	4578	5025	14	1491	1263	6	413	312	5	318	318	2	119	95	
Gießen	6	1510	1640	5	311	321	2	119	76		92	69		65	41	
Kassel	8	1948	2169	8	974	738		60	70	1	90	96	2	60	61	
Mecklenburg-Vorp.	37	4714	6017	30	3714	3111		57	27		45	53		10	9	
Niedersachsen	47	9214	10284	46	5493	5553	9	434	501	6	916	662	3	527	457	
Braunschweig	5	2176	2236	13	889	931		87	143	1	148	151	1	72	74	
Hannover *		2048	2444	*	1161	1212	*	121	146	*	269	201	*	191	168	
Lüneburg	14	1527	1550	7	1276	1285	6	75	70	3	173	121		117	69	
Weser-Ems	28	3463	4054	26	2167	2125	3	151	142	2	326	189	2	147	146	
Nordrhein-Westfalen	118	20712	22003	112	16606	14458	19	2210	1720	23	1891	1362	13	1410	767	
Düsseldorf	53	5917	6384	28	4559	3735	9	838	543	6	633	444	6	493	299	
Köln *		5352	4772	*	2707	2177	*	477	481	*	356	278	*	310	163	
Münster	23	3377	3755	26	2959	2703	3	322	215	4	176	130	1	71	47	
Detmold	16	1936	2240	12	2027	1607	2	109	205	6	317	210	2	159	96	
Arnsberg	26	4130	4852	46	4354	4236	5	464	276	7	409	300	4	377	162	
Rheinland-Pfalz	67	7077	7139	36	3591	3350	2	177	177	2	319	257	1	230	211	
Koblenz	11	2620	2636	14	1260	1052		77	51		92	77		67	37	
Trier	11	1241	1010	2	632	597		23	13		39	21		34	23	
Rheinl.-Pf.	45	3216	3493	20	1699	1701	2	77	113	2	188	159	1	129	151	
Saarland	10	1710	1834	8	1213	1154	2	69	50		60	91		34	89	
Sachsen	76	8087	9610	69	9674	5852	2	108	108	2	99	94	1	25	26	
Chemnitz	38	3063	3566	26	3030	1917	1	38	36	1	44	29	1	10	7	
Dresden	28	3084	3408	29	3931	2444	1	37	49	1	42	34		5	4	
Leipzig	10	1940	2636	14	2713	1491		33	23		13	31		10	15	
Sachsen-Anhalt	32	5336	6058	19	4192	4165	2	102	72	1	59	71		19	21	
Schleswig-Holstein	16	2834	3518	19	2163	1641		174	149	1	161	135	2	131	69	
Thüringen	24	4385	5639	55	3952	3233	2	106	77		45	57	1	15	7	

Stand: 52. Woche (25.12. – 31.12.1995)

Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten

Meningitis/Enzephalitis											Shigellose			Land	
Meningokokken-M.			andere bakterielle M.			Virus-Meningoenzeph.		übrige Formen			52.	1.-52.	1.-52.		
52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.	1.-52.	52.	1.-52.					1.-52.
1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	Regierungsbezirk			
7	657	715	10	923	1072	5	721	1300	5	526	1525	8	1854	2298	Gesamt
	73	79	1	89	117		155	179		25	286		294	505	Baden-Württemberg
	20	24	1	39	42		77	61		8	133		62	145	Stuttgart
	14	19		12	22		37	56		6	12		61	96	Freiburg
	29	22		22	42		29	36		7	133		75	93	Karlsruhe
	10	14		16	11		12	26		4	8		96	171	Tübingen
	82	85	1	135	171	1	102	175		86	155	5	351	362	Bayern
	36	34		41	50		11	23		13	12	4	223	211	Oberbayern
	4	7		13	7		20	14		3	24		30	10	Niederbayern
	7	6		7	14		12	10		8	7		9	7	Oberpfalz
	6	12	1	27	28		26	23		26	50		6	10	Oberfranken
	7	5		18	16		10	12		13	18	1	42	39	Mittelfranken
	8	8		9	14		3	12		10	17		5	14	Unterfranken
	14	13		20	42	1	20	81		13	27		36	71	Schwaben
	24	26		28	34		15	12		53	68		156	148	Berlin
	22	30		36	41	1	23	46	1	8	29		109	82	Brandenburg
	8	7		15	9		1			1	2		6	10	Bremen
	19	17		13	12		11	12		6	16		62	57	Hamburg
	47	54	1	84	68		29	52		32	126	1	87	134	Hessen
	37	30	1	52	39		14	31		24	86	1	78	88	Darmstadt
	5	7		13	18		8	15		3	4		4	12	Gießen
	5	17		19	11		7	6		5	36		5	34	Kassel
1	35	41		25	28	1	25	70				1	24	149	Mecklenburg-Vorp.
1	52	60		92	101		39	71		73	178		75	70	Niedersachsen
	12	8		30	29		17	49		14	39		26	22	Braunschweig
*	7	16	*	11	25	*	2	8	*	29	101	*	10	14	Hannover
1	14	16		16	22		6	3		8	12		2	7	Lüneburg
	19	20		35	25		14	11		22	26		37	27	Weser-Ems
	133	116	4	209	243		142	335	2	152	344		175	178	Nordrhein-Westfalen
	28	38	3	41	52		44	67		14	66		23	31	Düsseldorf
*	29	18	*	47	42	*	17	31	*	8	33	*	64	73	Köln
	18	23		34	33		7	22	1	49	74		14	8	Münster
	20	10		26	41		16	66		3	22		49	48	Detmold
	38	27	1	61	75		58	149	1	78	149		25	18	Arnsberg
	28	46		50	104		29	137		45	282	2	94	112	Rheinland-Pfalz
	10	17		32	51		21	97		19	55		36	18	Koblenz
	2	10		1	3		2	1		3	2	1	9	16	Trier
	16	19		17	50		6	39		23	225	1	49	78	Rheinl.-Pf.
	6	15	1	22	23		15	11	1	24	14		5	14	Saarland
1	38	48	1	59	38	2	77	107		3			260	280	Sachsen
	9	14		23	9		15	44					62	62	Chemnitz
1	15	22		25	17	1	40	30		3			113	94	Dresden
	14	12	1	11	12	1	22	33					85	124	Leipzig
3	44	44	1	32	41		26	50			1		65	64	Sachsen-Anhalt
	21	25		15	23		14	19	1	18	23		21	20	Schleswig-Holstein
1	25	22		19	19		18	24					70	113	Thüringen

Wochenstatistik - andere meldepflichtige Infektionskrankheiten

Stand: 52. Woche (25.12. – 31.12.1995)

Krankheit	52. Woche	1.-52. Woche	1.-52. Woche	1.-52. Woche
	1995	1995	1994	1994
Botulismus		12	13	13
Brucellose		36	27	27
Cholera		1	7	7
Diphtherie		4	6	6
Fleckfieber		3	1	1
Gasbrand	1	134	138	138
Gelbfieber				
Hämorrh. Fieber			1	1
Lepra		2	5	5
Leptospirose, M. Weil		24	17	17
Leptospirose, sonstige		20	11	11
Malaria	11	937	814	814
Milzbrand			1	1
Ornithose		179	136	136
Paratyphus		96	114	114
Pest				
Poliomyelitis		4	1	1
Q-Fieber		45	64	64
Rotz				
Rückfallfieber			1	1
Tetanus		12	17	17
Tollwut				
Trachom		9	4	4
Trichinose		11		
Tularämie		2	5	5
Typhus	3	162	174	174
angeborene				
Listeriose	2	40	22	22
Lues		4	7	7
Rötelnembryopathie		2	1	1
Toxoplasmose		23	24	24
Zytomegalie		13	17	17

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. – 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
Reichpietschufer 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 soll 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 – gewährleisten und damit der Optimierung der Prävention dienen.

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).

Jahresabonnement DM 96,00 in Verbindung mit der vierteljährlich erscheinenden Zeitschrift *Infektionsepidemiologische Forschung (InfFo)*. Kündigung bis 4 Wochen vor Ablauf.

Das Epidemiologische Bulletin kann 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