

# Die Entwicklung der Geschlechtskrankheiten in München und anderen Großstädten

## Vorbemerkung und Methodisches

Die Bedeutung eines sorgsam statistischen Überblicks über die Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten wird nicht nur von den für ihre Bekämpfung in erster Linie zuständigen Medizinern bzw. Gesundheitspolitikern gesehen und betont. Sie wird in den Erläuterungen zum Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953, zuletzt geändert durch das Änderungsgesetz vom 25. August 1969, ausdrücklich gefordert, wenn für eine Verbesserung der Bekämpfungsmöglichkeiten eingetreten werden soll. Gewiß hat die Problematik einiges von der Brisanz verloren, die in den auf die erste Nachkriegszeit folgenden Jahren zum Gesetz und zu den erwähnten Erläuterungen zu diesem Gesetz führte. Das ändert jedoch nichts daran, daß Bekämpfungsmaßnahmen ohne fundierte Aussagen zur Häufigkeit und zur Entwicklung von Geschlechtskrankheiten erheblich an Wirksamkeit verlieren. Gerade in den großen Städten, in denen die Mehrzahl der Geschlechtskrankheiten behandelt und statistisch erfaßt werden, besteht deshalb die Forderung der Statistiker nach gegliedertem Datenmaterial zu Recht. Bedauerlicherweise stellt die Amtliche Statistik derzeit der Kommunalstatistik jedoch weder die so wichtige Erkrankungshäufigkeit nach dem Alter und Familienstand der Erkrankten zur Verfügung, noch taucht der Wohnort der Patienten auf den Meldeformularen auf. Dies leitet über zu einigen methodischen Vorbemerkungen, die zum Verständnis und zur Interpretation der nachfolgend veröffentlichten Daten erforderlich sind.

Da die Erfassung der Erkrankten am Behandlungsort erfolgt, ohne daß ihre Verteilung nach dem Wohnort möglich wäre, sind die üblicherweise verwendeten Dichteziffern, die durch Bezug der gezählten Fälle auf die Wohnbevölkerung errechnet werden, nur mit Vorsicht zu interpretieren. Dies um so mehr, als sich auch die Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten ebenso wie die Fachärzte im allgemeinen bekanntlich in den Städten konzentrieren und auf dem sogenannten flachen Land praktisch nicht präsent sind. Dem dort wohnenden Erkrankten bleibt also keine andere Wahl, als zur Untersuchung und Behandlung in die Stadt zu reisen, wo er dann in die örtliche Statistik eingeht. Da dieses Faktum aber in allen Stadtregionen gleichermaßen gegeben sein dürfte, stört es den interkommunalen Vergleich bei ähnlich strukturiertem Umland nur unwesentlich. Freilich ist es nicht ganz unproblematisch, die Daten aus einer Stadt mit monozentralem Charakter mit Kommunen einer polyzentrischen Region zu vergleichen, wo sich das Potential der Erkrankten aus dem Umland auf mehrere Zentren verteilt. Hinter den zum Teil recht deutlich abweichenden Ergebnissen einiger Vergleichsstädte stehen ferner mit einiger Sicherheit komplexe Einflußfaktoren, die der Statistiker nur andeuten kann, weil das gegebene Material keine Nachweise zuläßt. Bedeutsam ist zunächst ohne Zweifel Umfang und Kontrolle bzw. Kontrollmöglichkeit der Prostitution. Dabei beeinflussen vor allen Dingen die spezifischen Ausprägungen des Gewerbes die Ansteckungsrisiken. Auch verschiedene administrative Maßnahmen sind direkt oder indirekt geeignet, Zahlen zu beeinflussen. Schließlich sei mit den Stichworten Mobilität, Fluktuation (auch von Prostituierten) sowie Internationalität angedeutet, in welcher Richtung Ursachenforschung betrieben werden kann.

Obleich das Alter der Patienten ohne Zweifel ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal wäre, ist es für die Kommunalstatistik nicht einheitlich zugänglich, so daß nachfolgend nur eine Differenzierung nach dem Geschlecht vorgenommen werden kann.

Im Rahmen der Vorbemerkungen muß auch auf die bei jeder Geschlechtskrankenstatistik vorhandene hohe Dunkelziffer hingewiesen werden. Diese wird einmal von den unvollständig eingehenden Meldungen der Ärzte beeinflusst, zum anderen muß aber auch gesehen werden, daß das Vorhandensein einer Geschlechtskrankheit den Betroffenen selbst häufig gar nicht bekannt ist. Dies gilt vor allem für die Gonorrhoe der Frau aber auch für die Syphilis. Es muß ferner erwähnt werden, daß die statistische Aussagekraft nicht nur durch die eben beschriebene Untererfassung

eingeschränkt wird. Sucht ein Patient mit der gleichen Erkrankung mehrere Ärzte zur Behandlung auf, kann es ohne weiteres zu Doppelzählungen und damit letztlich zu Übererfassung kommen. Dieser Fehler – er läßt sich nicht beheben, da ein Abgleich von Einzelfällen infolge der Restriktionen des Datenschutzes nicht möglich ist – dürfte allerdings am geringsten von den genannten Faktoren zur Verzerrung der Geschlechtskrankheitenstatistik führen.

### **Rückblick und rechtliche Grundlagen**

Zunächst wird in Kürze ein Überblick über die wichtigsten Stationen der bisherigen gesetzlichen und statistischen Handhabung bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gegeben. In Preußen wurde um die Jahrhundertwende ein erster Versuch zur statistischen Ermittlung von Neuerkrankungen unternommen. Es wurden die im Laufe eines Monats in Privatpraxen, Polikliniken und Krankenhäusern behandelten Geschlechtskranken gezählt, und es ergab sich eine durchschnittliche Häufigkeit von zehn Erkrankungen auf 10 000 erwachsene Personen. Schon damals sind teilweise erhebliche regionale Abweichungen der Ziffer festzustellen. So litten beispielsweise in Westfalen 6, in Berlin dagegen 91 von 10 000 der Bevölkerung an einer Infektion der Geschlechtsorgane. Ohne Verzerrung durch das Erfassungsprinzip fällt das Stadt-Land-Gefälle bei einer weiteren statistischen Erhebung ins Auge, die anlässlich einer truppenärztlichen Untersuchung von Rekruten in den Jahren 1903 bis 1905 erfolgte. Die Ziffer lag bei den Neueingezogenen aus Großstädten erheblich über der von Rekruten aus dem ländlichen Raum.

Vom 15. 11. bis 14. 12. 1919 wurde eine Reichszählung der Geschlechtskranken durchgeführt, bei der eine Durchschnittsziffer von 22 erkrankten auf 10 000 Einwohner ermittelt wurde. Schon damals errechnete sich für die Männer eine erheblich höhere Morbiditätsziffer als für die Frauen. Diese Erscheinung wird, allerdings mit graduellen Unterschieden je nach dem Alter, seither durchgehend beobachtet, und sie kommt auch in den hier veröffentlichten Zahlen zum Ausdruck. Eine erste Gesetzesinitiative zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erfolgte im Jahr 1917. Die Verabschiedung des Gesetzes kam jedoch wegen der Revolution nicht zustande. Verabschiedet wurde erstmals ein entsprechendes Gesetz am 18. Februar 1927. Es verpflichtete den Erkrankten, einen Arzt aufzusuchen, und bereits bei Krankheitsverdacht war die Anordnung eines Heilverfahrens oder ggf. die Einweisung in ein Krankenhaus möglich. Statistische Relevanz bestand allerdings nicht, da eine ärztliche Meldepflicht im Gesetz nicht vorgesehen war.

Nach dem zweiten Weltkrieg versuchten zunächst die Alliierten über die Kontrollratsdirektive Nr. 52 gegen die Geschlechtskrankheiten vorzugehen. Veranlaßt durch ihre rapide Ausbreitung nach dem Krieg wurden in der Folge auch von deutscher Seite zunehmend neue Gesetze erlassen, so in Berlin, Hamburg und Niedersachsen. Andere Länder beschritten teilweise den Weg der Ergänzung des Gesetzes von 1927. Am 23. Juli 1953 schließlich wurde vom Bundestag das Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten beschlossen. In § 6 einer ersten Durchführungsverordnung dieses Gesetzes vom 28. Dezember 1954 war eine Geschlechtskrankenstatistik vorgesehen. Danach hatten die Ärzte dem Gesundheitsamt vierteljährlich ein statistisches Zählblatt in doppelter Ausfertigung zu übersenden. Eine Ausfertigung war für das Statistische Landesamt bestimmt. Die Meldungen waren jedoch so unvollständig, daß zunächst von den Bundesländern, später auch vom Statistischen Bundesamt, eine Verarbeitung und Veröffentlichung der Zahlen erst gar nicht versucht wurde.

Nach § 10 Absatz 2 der Durchführungsverordnung traten die Bestimmungen über die Geschlechtskrankenstatistik drei Jahre nach dem Inkrafttreten der Verordnung automatisch außer Kraft. Von diesem Zeitpunkt an gab es erneut keine Grundlage für eine vernünftige Geschlechtskrankenstatistik. In München sowie in anderen großen Städten mußte man sich mit den Meldungen der kommunalen Geschlechtskrankenfürsorge begnügen. Die ermittelten Zahlen waren jedoch nicht annähernd geeignet, die Realität abzubilden. Zu diesem Zeitpunkt, da aus anderen europäischen Ländern von einer Zunahme der Syphilis berichtet wurde, war die mangelhafte Datenlage in der Bundesrepublik um so beklagenswerter. Die dringend erforderliche neue Grundlage für statistische und damit epidemiologische Untersuchungen brachte das Gesetz zur

Änderung des Gesetzes zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten vom 25. August 1969. U. a. legte es in § 11 a fest, daß über die ansteckungsfähigen Erkrankungen an Geschlechtskrankheiten eine Bundesstatistik durchgeführt wird. Weiterhin ist „jeder Fall einer ansteckungsfähigen Geschlechtserkrankung vom behandelnden oder sonst hinzugezogenen Arzt unverzüglich dem Gesundheitsamt zu melden, in dessen Bezirk der Arzt seine Tätigkeit ausübt“. Es werden vier verschiedene Geschlechtskrankheiten unterschieden: Lues (Syphilis), Gonorrhoe (Tripper), Ulcus molle (weicher Schanker) und venerische Lymphknotenentzündung. Bei Mehrfachinfektionen ist jede der betreffenden Krankheiten zu markieren.

Die nachfolgende Darstellung der Entwicklung der gemeldeten Neuerkrankungen von ansteckungsfähigen venerischen Krankheiten (abgeleitet von Venus) in München und anderen Großstädten der BRD beschränkt sich auf die Zahlenangaben zu Tripper und Syphilis, da die beiden anderen Erkrankungen zahlenmäßig so wenig ins Gewicht fallen, daß sie statistisch vernachlässigt werden können.

### **Rückgang der Neuerkrankungen in München**

Bevor sie im Vergleich mit anderen deutschen Städten dargestellt werden, sollen die Münchener Zahlen einer gesonderten Betrachtung unterzogen werden. Als Berichtszeitspanne wurden die Jahre 1974 mit 1983, also die vergangenen zehn Jahre, ausgewählt. Bei aller durch den problematischen Erhebungsweg gebotenen Zurückhaltung bei der Interpretation der Zeitreihe muß es doch als sehr erfreulich bezeichnet werden, daß die Zahl der gemeldeten Neuerkrankungen 1983 einen absoluten Tiefstand von 2019 erreichte. Zehn Jahre früher wurden mit 5385 noch mehr als zweieinhalbmals so viele Fälle gezählt. Wie besonders deutlich aus der grafischen Darstellung (s. Grafik 1) hervorgeht, kann nicht von einem kontinuierlichen Rückgang des Zahlenwerts gesprochen werden. Zweimal im Beobachtungszeitraum, nämlich 1977 und 1982, wurde der Trend nach Zunahmen im Vergleich zu den Vorjahren unterbrochen. Diese blieben jedoch geringfügig und stören die insgesamt zu sehende Abnahmetendenz bei den ansteckungsfähigen Geschlechtskrankheiten nicht. Bei der Geschlechterproportion zeigt sich, wie aufgrund früherer Untersuchungen nicht anders zu erwarten, ein deutliches Übergewicht der Männerseite (1983: 79 %). Über ein Fünftel der gemeldeten Fälle betraf 1983 weibliche Patienten. Es fällt jedoch auf, daß das Geschlechterverhältnis im Beobachtungszeitraum ziemlich deutlich variiert. Mit 23,9 % erreicht der Frauenanteil zu Beginn des Beobachtungszeitraums im Jahr 1974 sein Maximum, wogegen 1981 mit 15,9 % der Minimalwert anfällt. Eine Erklärung dieses Phänomens ist auf der Grundlage des zur Verfügung stehenden Datenmaterials nicht möglich. Daß das Geschlechterverhältnis deshalb so stark zur Männerseite neigt, weil Frauen mehrere Kontaktfälle infizieren, ist eine in der Literatur häufig vertretene Meinung. Dazu kommt allerdings, daß Mehrfacherkrankungen innerhalb eines Jahres bei Männern (z. B. an Tripper) durchaus nicht selten sind. Diese gehen dann als neue Fälle in die Geschlechtskrankenstatistik ein und tragen zu der beschriebenen Geschlechterproportion bei.

### **Tripper mit Abstand vor Syphilis**

Die am häufigsten gemeldete Geschlechtskrankheit ist in den vergangenen zehn Jahren mit Abstand der Tripper. 1974 trat er in München noch 4910 mal auf, zehn Jahre später wurde erfreulicherweise nur noch ein Drittel (1662) dieser Fallzahl von den Ärzten gemeldet. Bis 1981 sind dabei jährliche Abnahmeraten zu registrieren, bevor im Jahre 1982 die Kurve noch einmal – allerdings geringfügig – anstieg. Im vergangenen Jahr ist jedoch das absolute Minimum der Zahlenreihe erreicht. Bei der Gonorrhoe beträgt der Anteil der Männer im Durchschnitt des Dezenniums knapp 80 %. 1981 erreicht der Anteil der männlichen Tripperfälle mit 83,5 % das Maximum der Zeitreihe, er ging dann jedoch bis 1983 auf wenig über 78 von 100 zurück. Während die Tripperfälle bei den Männern im Beobachtungszeitraum fast durchgehend zurückgingen und im vergangenen Jahr mit 1301 ihren Tiefstand erreichen, fällt bei der Betrachtung der Zahlenreihe, die für die Frauen steht, auf, daß seit einem Minimum im Jahr 1981 (288) die Gonorrhoe wieder zunimmt

und 1983 mit 361 gemeldeten Neuerkrankungen zu Buche steht. Grafik 1 zeigt, daß die Entwicklung der Ziffer (Fälle je 10 000 der Bevölkerung) den Verlauf der absoluten Zahlen bestätigt. Auch bei der Syphilis der Frauen ist es in den letzten drei Jahren nicht mehr zu einer der Männerseite vergleichbaren günstigen Entwicklung der Situation gekommen. Die Fallzahlen stagnieren mit 52 in den Jahren 1981 und 1982 sowie 53 im vergangenen Jahr. Bei den Männern ist immerhin zwischen 1982 und 1983 mit einem Rückgang um fast 11 % noch eine deutliche Verbesserung eingetreten. Mit 301 Neuerkrankungen hat die Syphilis damit bei den Männern das bisherige Zahlenminimum aus dem Jahre 1975 (312) unterschritten. Die Grafik 1 zeigt aber deutlich, daß wir es nicht mit einem konstanten Rückgang zu tun haben. Der Wertegipfel liegt mit 607 vielmehr in der Mitte des Beobachtungszeitraums (1978). In den Jahren 1975 bis 1978 haben sich die Syphilisfälle der Männer nahezu verdoppelt. Seither flacht die Kurve wieder auf das Ausgangsniveau von 1975 ab.

Sieht man die Entwicklung der beiden am häufigsten auftretenden Geschlechtskrankheiten im Verhältnis zueinander, wird erkennbar, daß noch vor zehn Jahren zehnmal soviel Tripper- wie Syphilisfälle gemeldet wurden. 1983 dagegen wurde nur noch fünfmal soviel Tripper wie Syphilis registriert.

Der sich anschließende Vergleich Münchens mit neun anderen deutschen Städten im Hinblick auf die traditionellen ansteckungsfähigen venerischen Erkrankungen erfordert einige Vorbemerkungen. Es war bereits oben die Rede von den Schwierigkeiten, mit der sich eine einschlägige Statistik auseinanderzusetzen hat. Besonders zum Problem der mit Sicherheit enormen Dunkelziffern ist die Frage durchaus angebracht, ob eine städtevergleichende Betrachtung sinnvoll ist. Sie ist jedoch zu bejahen, weil viele Einflußgrößen, die die Qualität der Statistik bestimmen, in verschiedenen Städten in dieselbe Richtung wirken und somit den Vergleich nicht stören. Städte-spezifischen Faktoren wiederum kommt man nur dann auf die Spur, wenn zunächst der statistische Vergleich Anlaß für weitergehende Überlegungen gibt.

### Die gemeldeten Neuerkrankungen von ansteckungsfähigen Geschlechtskrankheiten in München von 1974 mit 1983

Tabelle 1

Jahr	Erkrankte insgesamt	davon		darunter an					
		männl.	weibl.	Syphilis			Tripper		
				zus.	männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.
1974 . . . . .	5 385	4 098	1 287	460	356	104	4 910	3 732	1 178
1975 . . . . .	4 052	3 128	924	396	312	84	3 647	2 809	838
1976 . . . . .	3 828	3 005	823	551	417	134	3 264	2 577	687
1977 . . . . .	3 842	3 015	827	706	562	144	3 105	2 431	674
1978 . . . . .	3 310	2 696	614	746	607	139	2 556	2 084	472
1979 . . . . .	3 059	2 416	643	641	495	146	2 405	1 915	490
1980 . . . . .	2 473	1 974	499	487	395	92	1 978	1 571	407
1981 . . . . .	2 145	1 805	340	391	339	52	1 750	1 462	288
1982 . . . . .	2 185	1 791	394	390	338	52	1 791	1 449	342
1983 . . . . .	2 019	1 605	414	354	301	53	1 662	1 301	361

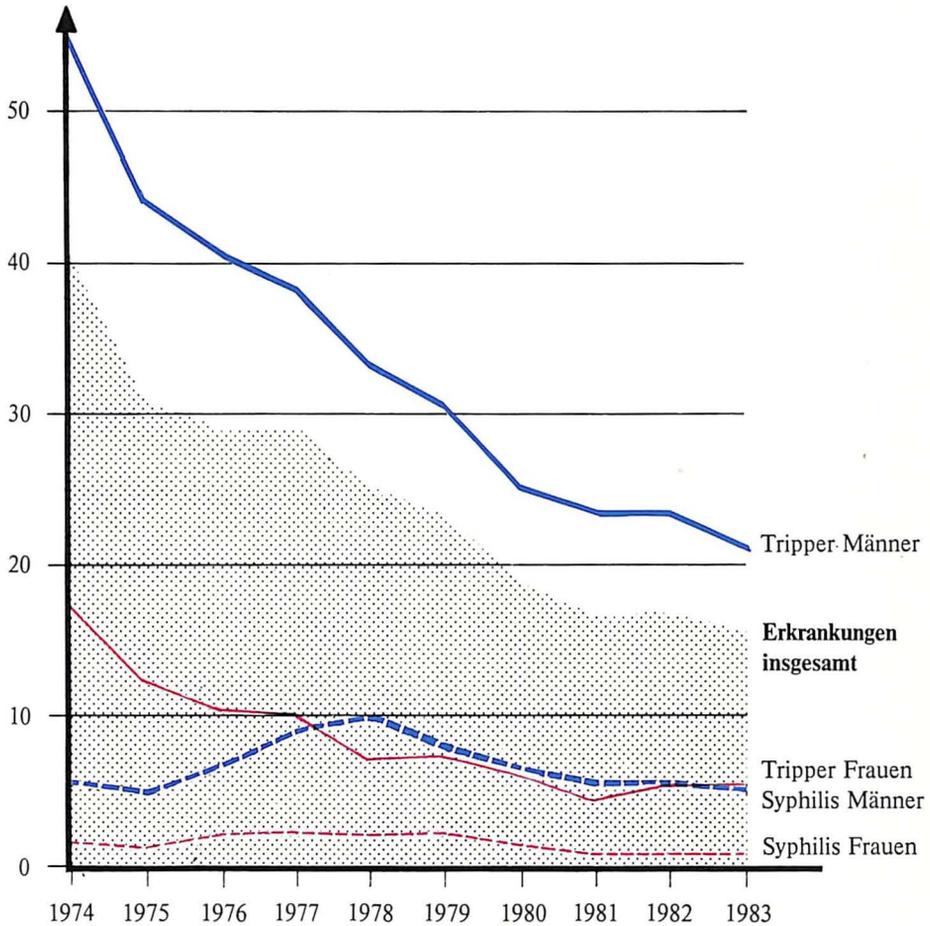
auf 10 000 der entsprechenden Bevölkerung

1974 . . . . .	40,6	63,5	18,9	3,5	5,5	1,5	37,0	54,9	17,3
1975 . . . . .	30,8	49,0	13,6	3,0	4,9	1,2	27,7	44,0	12,3
1976 . . . . .	29,2	47,4	12,1	4,2	6,6	2,0	24,9	40,6	10,1
1977 . . . . .	29,2	47,4	12,2	5,4	8,8	2,1	23,6	38,3	9,9
1978 . . . . .	25,4	43,0	9,1	5,7	9,7	2,1	19,6	33,2	7,0
1979 . . . . .	23,5	38,6	9,6	4,9	7,9	2,2	18,5	30,6	7,3
1980 . . . . .	19,0	31,4	7,4	3,8	6,3	1,4	15,2	25,0	6,1
1981 . . . . .	16,6	28,8	5,1	3,0	5,4	0,8	13,5	23,4	4,3
1982 . . . . .	17,0	28,8	5,9	3,0	5,4	0,8	13,9	23,3	5,1
1983 . . . . .	15,7	26,0	6,2	2,8	4,9	0,8	12,9	21,0	5,4

## Die gemeldeten Neuerkrankungen an ansteckungsfähigen Geschlechtskrankheiten in München von 1974 bis 1983

Abbildung 1

auf je 10 000 der entsprechenden Bevölkerung



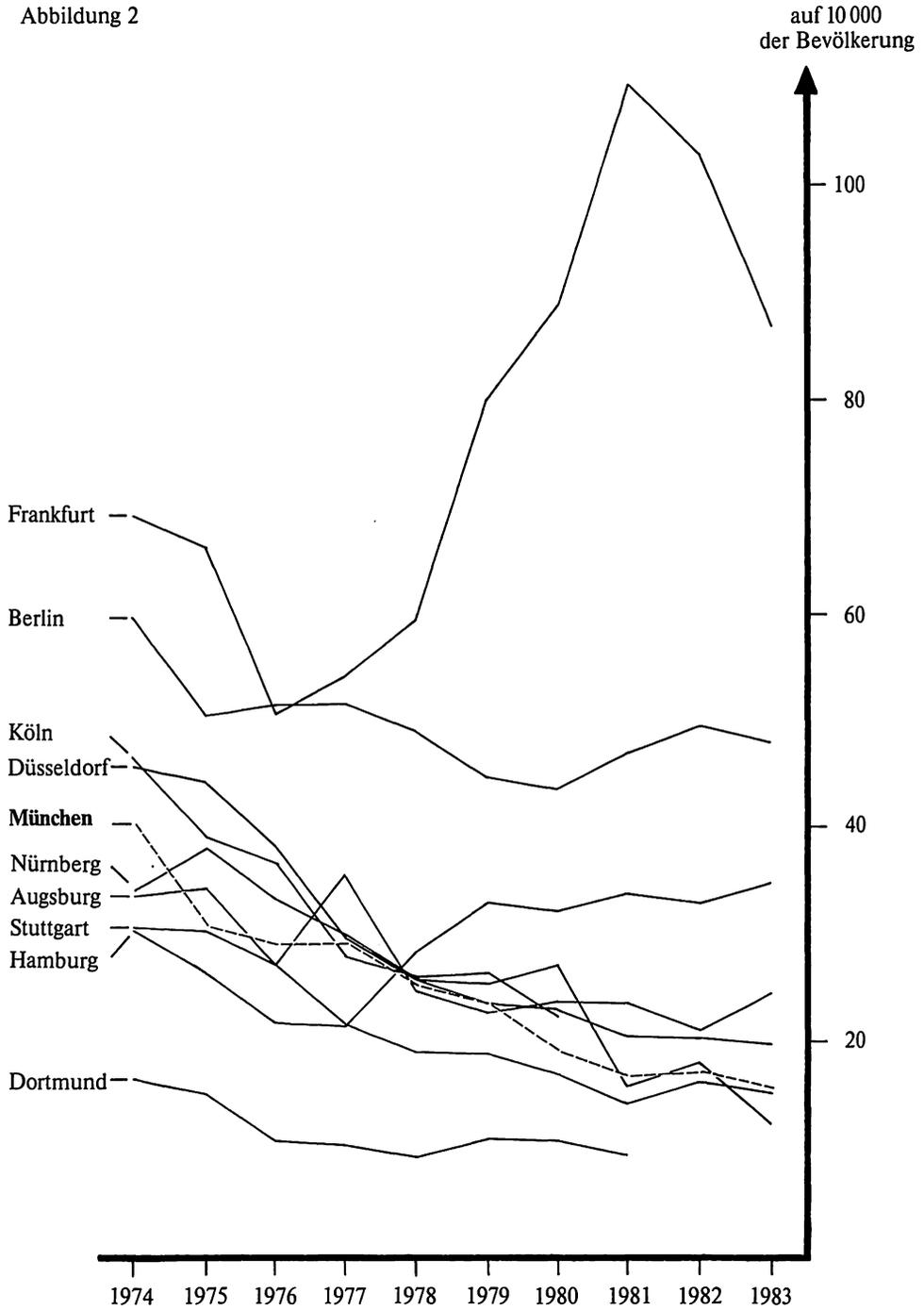
**Die gemeldeten Neuerkrankungen insgesamt an ansteckungsfähigen Geschlechtskrankheiten  
in ausgewählten deutschen Städten von 1974 mit 1983**

Tabelle 2

Stadt	1974		1975		1976		1977		1978		1979		1980		1981		1982		1983	
	abs.	auf 10 000 d.Bev.	abs.	auf 10 000 d.Bev.	abs.	auf 10 000 d.Bev.	abs.	auf 10 000 d.Bev.	abs.	auf 10 000 d.Bev.	abs.	auf 10 000 d.Bev.	abs.	auf 10 000 d.Bev.						
Berlin . . . .	12 091	59,4	10 088	50,3	10 151	51,6	10 010	51,7	9 347	48,8	8 514	44,7	8 251	43,6	8 891	47,0	9 269	49,6	8 938	48,0
Hamburg . . .	5 255	30,2	4 560	26,4	3 720	21,8	3 608	21,4	4 742	28,4	5 463	32,9	5 307	32,2	5 542	33,8	5 372	33,0	5 628	34,8
München . . .	5 385	40,6	4 052	30,8	3 828	29,2	3 842	29,2	3 310	25,4	3 059	23,5	2 473	19,0	2 145	16,6	2 185	17,0	2 019	15,7
Köln . . . . .	3 849	46,4	3 968	39,0	3 604	36,6	2 734	27,8	2 535	25,9	2 593	26,5	2 185	22,3						
Frankfurt/M. .	4 588	68,9	4 315	66,2	3 238	50,8	3 453	54,0	3 771	59,3	5 058	80,0	5 608	88,8	6 872	109,3	6 427	102,9	5 353	86,8
Dortmund . . .	1 038	16,5	941	15,0	664	10,7	630	10,3	560	9,2	667	10,9	647	10,6	565	9,3				
Düsseldorf . .	2 847	45,7	2 943	43,9	2 373	38,2	1 818	29,7	1 556	25,8	1 518	25,4	1 604	27,1	923	15,7	1 047	17,9	718	12,4
Stuttgart . . .	1 890	30,5	1 833	30,2	1 624	27,2	2 076	35,3	1 441	24,7	1 324	22,7	1 383	23,7	1 367	23,5	1 208	21,0	1 398	24,5
Nürnberg . . .	1 738	33,9	1 921	38,1	1 649	33,3	1 464	29,8	1 256	25,8	1 140	23,5	1 112	23,0	986	20,4	976	20,3	940	19,8
Augsburg . . .	860	33,6	867	34,4	675	27,2	528	21,5	465	19,0	461	18,8	415	16,8	348	14,0	407	16,4	373	15,2

**Die gemeldeten Neuerkrankungen an ansteckungsfähigen Geschlechtskrankheiten  
in ausgewählten deutschen Städten von 1974 mit 1983**

Abbildung 2



## Erfreuliche Münchener Zahlen im Städtevergleich

Tabelle 2 weist zunächst die gemeldeten Neuerkrankungen von ansteckungsfähigen Geschlechtskrankheiten in der Zeit von 1973 bis 1983 in westdeutschen Städten, und zwar nach der absoluten Zahl sowie der Quote auf 10 000 der Wohnbevölkerung nach. Es zeigt sich, daß Berlin, das die Tabelle entsprechend seiner Einwohnerzahl anführt, mit großem Abstand in allen Jahren die meisten venerischen Erkrankungen verzeichnet. In den vergangenen zehn Jahren waren es 95 550 Fälle. Es folgen Hamburg (49 197) sowie Frankfurt am Main (48 683), das allerdings die Alsterstadt in den Jahren 1980 mit 1982 an absoluten Fällen übertraf. Die bayerische Metropole belegt nach den Fallzahlen der vergangenen Dekade mit 32 298 den vierten Rang. Die Zeitreihen von Köln und Dortmund sind unvollständig, so daß diese Städte in der Rangordnung nicht erscheinen können. So vervollständigen Düsseldorf (17 347), Stuttgart (15 544), Nürnberg (13 182) sowie als Schlußlicht Augsburg (5 399) die Rangskala, die sich ergibt, wenn die Neuerkrankungen der zehn Jahre des Beobachtungszeitraums addiert werden. Mit kleinen Änderungen entspricht diese Reihung auch den aktuellen Gegebenheiten des vergangenen Jahres 1983: Stuttgart und Nürnberg sind um je einen Rang nach oben gestiegen, Düsseldorf findet sich zwei Plätze tiefer auf der vorletzten Position. Aufschlußreich ist die recht unterschiedliche Entwicklung der Zeitreihe in den vergangenen zehn Jahren. Nur die drei Städte München, Düsseldorf und Nürnberg weisen im Hinblick auf die absolute Zahl der Fälle den niedrigsten Wert im Jahr 1983 auf, d. h. nur bei diesen kann von einem ungebrochenen Abwärtstrend der Geschlechtserkrankungen gesprochen werden. Bei den drei Spitzenreitern Berlin, Hamburg und Frankfurt liegen die Minima in der Reihenfolge der genannten Städte in den Jahren 1980 (Berlin), 1977 (Hamburg) und 1976 (Frankfurt am Main). Während in Berlin und Frankfurt zwar in den auf den Tiefststand folgenden Jahren zum Teil erhebliche Zuwächse zu verzeichnen waren (besonders in Frankfurt), in der jüngsten Zeit sich die Kurve jedoch abzuflachen scheint, sind in der Hansestadt die meisten jährlichen Krankheitsfälle im letzten Jahr der Berichtszeit registriert worden.

Der Bezug der absoluten Fallzahlen auf 10 000 der jeweiligen Wohnbevölkerung erlaubt den Quervergleich zwischen Städten unterschiedlicher Größe und dient als Maß für die Intensität des Auftretens venerischer Erkrankungen. Der Städtevergleich ist auch so nicht ganz unproblematisch, weil Umfang und Struktur des jeweiligen Hinterlandes, aus dem bekanntlich zahlreiche Patienten stammen, sehr unterschiedlich sind. Berlin fällt diesbezüglich ohnehin als Sonderfall an. Dennoch gestattet die Meßziffer und ihre Entwicklung, wie sie auf der Grafik 2 festgehalten ist, einige zusätzliche Aussagen (s. a. Tab. 2). Zunächst kann abgelesen werden, daß Frankfurt am Main mit großem Abstand die höchsten Ziffern aufzuweisen hat. Auch der Kurvenverlauf ist völlig abweichend. So sind zwischen 1976 und 1981 zum Teil erhebliche Zuwachsraten ersichtlich, für die es in keiner anderen Stadt eine Entsprechung gibt. Im Jahr 1983 ist allerdings mit 86,8 eine Ziffer zu verzeichnen, die unter der des Jahres 1980 liegt. Die zweite Position bezüglich der Häufigkeitsziffer der venerischen Erkrankungen hielt mit 48,0 pro 10 000 der Wohnbevölkerung Berlin vor Hamburg mit 34,8. Die beiden Entwicklungskurven dieser Städte zeigen zumindest in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrzehnts keine bemerkenswerten Veränderungen. Hinter dem Linienbündel im unteren Teil der Grafik 2 stehen die Ziffern für die Städte Stuttgart, Nürnberg, München, Augsburg und Düsseldorf, die in dieser Reihenfolge die Ränge vier bis acht einnehmen. Es ist gut abzulesen, daß der Trend der Entwicklungslinien dieser Städte leicht abwärts gerichtet ist. Zur Komplettierung der Information sind auch die unvollständigen Zahlenreihen aus Köln und Dortmund grafisch abgetragen. Wie man sieht, hält Dortmund in den verfügbaren Jahren ein sehr niedriges Niveau der Häufigkeitsziffer.

Die Tabellen 3 und 4, die im Aufbau der Tabelle 2 entsprechen, beinhalten die Zahlen und Ziffern für die gemeldeten Trippererkrankungen (Tabelle 3) sowie für die Syphilisfälle (Tabelle 4). Aus Münchener Sicht bedeutsam erscheint die Tatsache, daß die Landeshauptstadt bei den Trippererkrankungen, bezogen auf 10 000 der Wohnbevölkerung, ein - allerdings sehr geringfügig -

### Die gemeldeten Neuerkrankungen an Tripper in ausgewählten deutschen Städten von 1974 mit 1983

Tabelle 3

Stadt	1974		1975		1976		1977		1978		1979		1980		1981		1982		1983	
	abs.	auf 10 000 d.Bev.	abs.	auf 10 000 d.Bev.	abs.	auf 10 000 d.Bev.	abs.	auf 10 000 d.Bev.	abs.	auf 10 000 d.Bev.	abs.	auf 10 000 d.Bev.	abs.	auf 10 000 d.Bev.	abs.	auf 10 000 d.Bev.	abs.	auf 10 000 d.Bev.	abs.	auf 10 000 d.Bev.
Berlin . . . . .	11 253	55,3	9 154	45,7	9 127	46,4	8 757	45,2	7 922	41,3	7 414	38,9	7 308	38,5	8 176	43,2	8 621	46,1	8 392	45,1
Hamburg . . . . .	4 718	27,1	4 039	23,4	3 214	18,8	3 056	18,1	4 054	24,3	4 698	28,3	4 567	27,7	4 874	29,7	4 720	29,0	4 752	29,4
München . . . . .	4 910	37,0	3 647	27,7	3 264	24,9	3 105	23,6	2 556	19,6	2 405	18,5	1 978	15,2	1 750	13,5	1 791	13,9	1 662	12,9
Köln . . . . .	3 556	42,9	3 574	35,1	3 142	31,9	2 312	23,5	2 169	22,1	2 255	23,0	1 940	19,8						
Frankfurt/M. . . . .	4 157	62,5	3 920	60,2	2 791	43,8	2 899	45,3	3 110	48,9	4 318	68,3	4 825	76,4	6 167	98,0	5 699	91,3	4 843	78,5
Dortmund . . . . .	952	15,1	850	13,6	544	8,8	488	7,9	408	6,7	515	8,5	526	8,6	472	7,8				
Düsseldorf . . . . .	2 652	42,5	2 755	41,1	2 127	34,3	1 546	25,3	1 290	21,4	1 309	21,9	1 361	23,0	777	13,2	933	15,9	613	10,6
Stuttgart . . . . .	1 706	27,6	1 600	26,4	1 344	22,5	1 773	30,2	1 221	20,9	1 112	19,1	1 218	20,9	1 211	20,8	1 074	18,6	1 289	22,6
Nürnberg . . . . .	1 633	31,9	1 758	34,9	1 429	28,8	1 235	25,2	1 151	23,6	1 012	20,8	999	20,6	902	18,7	917	19,0	880	18,6
Augsburg . . . . .	822	32,2	833	33,0	650	26,2	509	20,7	439	18,0	408	16,6	384	15,5	312	12,6	358	14,5	321	13,0

### Die gemeldeten Neuerkrankungen an Syphilis in ausgewählten deutschen Städten von 1974 mit 1983

Tabelle 4

Stadt	1974		1975		1976		1977		1978		1979		1980		1981		1982		1983	
	abs.	auf 10 000 d.Bev.	abs.	auf 10 000 d.Bev.	abs.	auf 10 000 d.Bev.	abs.	auf 10 000 d.Bev.	abs.	auf 10 000 d.Bev.	abs.	auf 10 000 d.Bev.	abs.	auf 10 000 d.Bev.	abs.	auf 10 000 d.Bev.	abs.	auf 10 000 d.Bev.	abs.	auf 10 000 d.Bev.
Berlin . . . . .	808	4,0	912	4,6	974	5,0	1 188	6,1	1 357	7,1	1 060	5,6	910	4,8	695	3,7	613	3,3	497	2,7
Hamburg . . . . .	464	2,7	466	2,7	433	2,5	522	3,1	631	3,8	709	4,3	650	4,0	533	3,3	593	3,6	781	4,8
München . . . . .	460	3,5	396	3,0	551	4,2	706	5,4	746	5,7	641	4,9	487	3,8	391	3,0	390	3,0	354	2,8
Köln . . . . .	293	3,5	394	3,9	461	4,7	421	4,3	364	3,7	334	3,4	245	2,5						
Frankfurt/M. . . . .	414	6,2	375	5,8	427	6,7	527	8,2	634	10,0	705	11,1	743	11,8	672	10,7	685	11,0	473	7,7
Dortmund . . . . .	86	1,4	89	1,4	120	1,9	142	2,3	152	2,5	151	2,5	119	2,0	91	1,5				
Düsseldorf . . . . .	193	3,1	187	2,8	246	4,0	271	4,4	266	4,4	209	3,5	241	4,1	139	2,4	112	1,9	103	1,8
Stuttgart . . . . .	166	2,7	217	3,6	266	4,5	290	4,9	214	3,7	201	3,5	155	2,7	150	2,6	128	2,2	105	1,8
Nürnberg . . . . .	105	2,0	163	3,2	220	4,4	229	4,7	105	2,2	128	2,6	113	2,3	84	1,7	59	1,2	52	1,1
Augsburg . . . . .	38	1,5	34	1,4	25	1,0	18	0,7	25	1,0	52	2,1	31	1,3	36	1,5	49	2,0	52	2,1

günstigeres Ergebnis (12,9) aufzuweisen hat als die Nachbarstadt Augsburg (13,0) und somit vor Düsseldorf erst auf Rang sieben der acht verglichenen Städte aufscheint. Anders bei der Syphilis, wo München im Jahr 1983 mit 2,8 Berlin (2,7) noch knapp übertrifft und nach Frankfurt (7,7) und Hamburg (4,8) die dritte Stelle im Städtevergleich belegt.

*Dipl.-Geogr. Elmar Huss*