

# Epidemiologisches Bulletin

Wöchentlicher Informationsdienst für Ärzte

Bericht der Fachgruppe Infektionsepidemiologie, AIDS-Zentrum des RKI

Notausgabe

Inhalt	Seite
Tollwut-Prophylaxe nach einem Wildtierbiß . . . . .	1
Meldepflichtige Infektionskrankheiten im Jahr 1995 (2 Tabellen, Stand: 4. Woche) . . . . .	2
Die epidemiologische Situation im Jahr 1994 - Teil 1 (Gastroenteritiden) . . . . .	4
Diphtherie-Sterbefall in Baden-Württemberg . . . . .	6
Influenza in Europa - aktuelle Situation . . . . .	7
Salmonella agona - Erkrankungen in Großbritannien . . . . .	7

## Behandlung von Tollwut-Expositionen

Aus einem Gesundheitsamt liegen uns Informationen zur Prophylaxe bei zwei schweren Tollwut-Expositionen vor, die eine breitere Kenntnisnahme sinnvoll erscheinen lassen.

Mitte April 1994 war ein Urlauberehepaar bei einem Spaziergang in einem erneut ausgewiesenen Tollwut-Endemiegebiet von einem äußerst aggressiven Fuchs angefallen und dabei verletzt worden; die Bisse durchdrangen sogar das Schuhwerk.

Bei der Frau trafen die Bisse den linken Unterschenkel beim Mann den rechten Fuß.

Versuche das Tier zu erwürgen schlugen fehl und erst einem zu Hilfe gerufenen Jäger, der ebenfalls sofort angegriffen wurde, gelang es, das Tier schließlich zu töten.

Wie auf Grund des aggressiven Verhaltens des Tieres bereits zu erwarten war, erwies sich der Fuchs bei den Laboruntersuchungen als tollwutpositiv.

**Bemerkung:** Nicht nur aggressives Verhalten deutet auf eine Tollwut hin; auch ungewöhnlich "zahmes" Verhalten von Wildtieren ist höchst verdächtig ("stille Wut").

Die erste ambulante Versorgung bestand in der Hautdesinfektion und einer "offenen Wundbehandlung" (keine Naht).

Zirka 6 Stunden nach der Exposition begann die aktive Immunisierung; allerdings ohne die Gabe von Hyperimmunglobulin, die in diesem Fall einer Verletzung durch ein Wildtier jedoch unbedingt notwendig gewesen wäre.

Zum Zeitpunkt an dem das Gesundheitsamt von dem Vorgang Kenntnis erhielt war es für die Immunoglobulingabe bereits zu spät. Mit den Ärzten vor Ort wurden die bei Tollwut-Expositionen notwendigen Maßnahmen bereits aktuell ausgewertet.

Ab 3. Tag wurde die aktive Immunisierung dann regelrecht weitergeführt (nach dem Impfschema: 0, 3, 7, 14, 28, 90. Tag).

Abgesehen von geringen lokalen Reizerscheinungen und leichten, flüchtigen Allgemeinsymptomen, jeweils ein bis zwei Tage nach der Impfung, war der weitere Verlauf unauffällig.

Da die übliche Inkubationszeit mittlerweile abgelaufen ist, kann man wohl davon ausgehen, daß es trotz dieser nicht optimalen Behandlung zu keiner Erkrankung mehr kommen wird.

Der glückliche Ausgang rechtfertigt jedoch keinesfalls das Unterlassen der Simultanbehandlung von Personen mit Schleimhautkontakt zu bzw. Verletzungen durch tollwutverdächtige bzw. tollwütige Tiere; insbesondere wenn es sich dabei um Wildkarnivoren handelt (siehe auch das BGA-Merkblatt Nr. 3; Ratschläge an Ärzte - Tollwut).

Berichte über meldepflichtige Infektionskrankheiten 4. Woche 1995

Land Regierungsbezirk	Tuberkulose		Enteritis infectiosa		Virushepatitis		Virushepatitis		Meningitis/Enzephalitis		virale Mening./Enzeph. 4.W. 1.-4.W. 1995-1994														
	akute TB Anmungsorgane 4.W. 1.-4.W. 1995-1994	4.W. 1.-4.W. 1995-1994	Salmonellose 4.W. 1.-4.W. 1995-1994	übrige Formen 4.W. 1.-4.W. 1995-1994	Hepatitis A 4.W. 1.-4.W. 1995-1994	Hepatitis B 4.W. 1.-4.W. 1995-1994	übrige Formen 4.W. 1.-4.W. 1995-1994	Meningokokken Mening. 4.W. 1.-4.W. 1995-1994	bakt. Mening., übrige 4.W. 1.-4.W. 1995-1994																
Baden-Württemberg	0	0	182	704	9	42	39	5	22	39	3	13	28	1	10	8	3	4	7	0	4	1			
Stuttgart	0	0	50	237	7	17	20	0	8	16	0	8	16	0	2	4	1	1	3	0	2	1			
Freiburg	0	0	32	145	30	118	63	0	5	6	0	0	0	0	4	0	0	0	1	0	2	0			
Karlsruhe	0	0	51	204	48	155	144	1	6	2	1	5	10	3	1	3	3	2	3	2	0	0			
Tübingen	0	0	28	118	19	85	86	1	14	11	3	3	7	1	4	1	2	0	0	0	0	0			
Bayern	0	0	154	618	127	407	411	36	63	40	6	32	41	7	8	10	14	15	1	14	15	0	2	1	
Oberbayern	0	0	48	173	64	184	188	6	15	18	0	7	23	4	14	5	1	8	5	0	0	0	1	0	
Niederbayern	0	0	17	78	60	7	30	37	0	2	1	8	0	0	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	
Oberpfalz	0	0	28	40	68	8	37	28	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	
Oberfranken	0	0	10	44	62	13	27	8	0	1	2	2	2	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0	1	
Mittelfranken	0	0	21	82	50	23	66	78	28	28	7	6	10	3	10	6	1	3	0	0	2	0	0	0	
Unterfranken	0	0	11	60	131	1	13	34	0	5	3	7	1	1	1	1	0	0	2	1	0	0	0	0	
Schwaben	0	0	20	141	100	10	60	27	1	4	10	0	3	0	2	0	0	0	0	0	3	0	1	0	
Berlin	0	0	59	251	202	27	115	78	16	90	68	4	29	31	5	19	4	2	2	1	0	4	2	0	1
Brandenburg	0	0	42	216	216	102	348	198	3	10	3	1	6	5	1	1	0	0	2	3	0	0	1	0	1
Bremen	* 0	13	*	0	38	*	0	28	*	0	2	*	0	6	*	0	5	*	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	0	0	33	150	118	37	174	136	5	25	38	12	27	36	10	18	10	0	0	1	1	4	1	0	0
Hessen	6	22	30	68	365	296	24	130	208	10	29	20	4	11	11	11	1	2	6	2	6	5	0	1	0
Darmstadt	6	17	19	42	187	181	0	53	164	8	26	13	6	26	20	3	4	7	1	2	5	2	4	3	0
Gießen	0	2	5	10	58	58	8	22	19	2	4	2	4	10	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Kassel	0	3	6	16	120	57	18	55	33	0	0	5	2	10	10	0	3	4	0	0	1	0	2	2	0
Mecklenbg.-Vorpommern	1	15	22	36	168	187	63	266	190	1	2	1	2	6	10	0	0	1	1	3	2	0	1	2	4
Niedersachsen	8	33	50	81	328	375	118	342	373	9	32	40	25	68	66	8	27	76	2	3	2	0	3	9	2
Braunschweig	6	13	16	25	100	70	30	83	81	1	10	14	5	30	10	0	2	4	0	0	0	1	2	4	3
Hannover	* 0	19	*	0	84	0	78	0	78	0	0	5	0	0	20	0	0	58	0	0	0	0	0	0	0
Lüneburg	1	7	10	16	64	61	32	102	75	1	8	11	3	10	18	6	14	6	1	1	0	0	0	0	0
Weser-Ems	2	13	5	51	162	160	54	157	141	7	14	10	17	28	20	2	11	8	1	2	1	0	2	2	0
Nordrhein-Westfalen	50	204	212	288	1145	846	362	1238	1082	43	178	105	42	127	89	25	68	41	2	6	14	4	18	14	2
Düsseldorf	21	79	69	81	314	335	83	307	214	17	61	37	13	47	28	8	29	10	0	8	1	3	6	1	4
Köln	8	45	37	77	313	179	53	181	181	15	59	27	7	22	18	7	17	10	2	0	0	2	5	4	1
Münster	8	29	24	42	200	138	64	231	188	4	28	9	8	14	9	2	6	6	0	1	3	0	3	0	0
Detmold	3	12	18	27	88	92	47	141	173	3	10	15	8	21	10	3	6	4	0	1	0	1	1	0	0
Arnsberg	10	38	64	61	220	202	125	378	345	4	22	17	5	23	23	4	11	11	0	2	2	0	6	3	0
Rheinland-Pfalz	14	34	42	87	353	284	88	284	220	3	13	19	9	20	30	7	18	8	1	4	8	1	3	4	0
Koblenz	5	12	9	28	116	89	43	134	69	0	6	6	3	4	6	1	3	2	0	0	2	0	1	0	3
Trier	5	6	6	15	73	28	10	27	37	1	1	0	2	3	1	0	5	3	0	0	1	0	0	0	0
Rheinhausen-Pfalz	4	16	27	43	164	147	33	133	114	2	7	13	4	13	23	6	10	3	1	4	5	1	2	4	0
Saarland	2	8	0	6	48	74	32	81	88	0	4	7	1	8	6	2	2	7	0	0	1	2	2	2	0
Sachsen	7	21	17	84	340	353	224	745	317	1	2	21	1	5	10	0	0	2	1	4	4	1	5	2	0
Chemnitz	3	15	7	40	138	158	50	187	122	1	1	2	1	4	1	0	0	0	0	0	2	0	3	1	0
Dresden	0	0	2	18	107	122	74	208	120	0	0	13	0	1	3	0	0	0	1	2	2	1	2	2	0
Leipzig	4	6	8	35	85	73	100	360	75	0	1	6	0	0	6	0	0	2	0	2	0	0	0	0	1
Sachsen-Anhalt	3	36	28	102	274	223	118	338	264	2	6	3	1	6	5	0	1	1	1	5	6	0	3	4	0
Schleswig-Holstein	8	11	0	38	113	105	29	98	87	2	14	26	1	8	13	0	3	2	0	2	4	0	1	4	0
Thüringen	3	5	6	28	184	257	121	405	159	2	8	3	0	3	2	0	0	0	0	2	2	0	3	1	0
Gesamt	103	389	420	1289	5265	5073	1822	6459	4225	141	518	434	122	413	419	72	212	211	14	53	73	15	71	73	5

## Übrige meldepflichtige Infektionskrankheiten 4. Woche 1995

	4. Wo. 1995	1.- 4. Wo. 1995	1.- 4. Wo. 1994	1.-52. Wo. 1994
Botulismus	0	2	0	13
Brucellose	2	2	2	27
Cholera	0	0	0	7
Diphtherie	0	1	0	6
Fleckfieber	0	0	0	1
Gasbrand	0	8	8	141
Gelbfieber	0	0	0	0
hämmorrh. Fieber	0	0	0	1
Lepra	0	0	0	5
Leptospirose Weil	0	0	4	17
Leptospirose, sonstige	0	0	2	11
Malaria	12	83	42	814
Meningitis, übrige Formen	7	26	21	1524
Milzbrand	0	0	0	1
Ornithose	3	17	11	135
Paratyphus	0	2	2	114
Pest	0	0	0	0
Poliomyelitis	0	0	0	1
Q-Fieber	2	3	5	64
Rotz	0	0	0	0
Rückfallfieber	0	0	0	1
Shigellose	32	108	86	2298
Tetanus	0	0	3	17
Tollwut	0	0	0	0
Trachom	0	1	0	4
Trichinose	1	1	0	0
Tularämie	0	0	1	5
Typhus	2	8	9	174
angeborene				
- Listeriose	0	3	1	21
- Lues	0	0	0	7
- Rötelnembryopathie	0	0	0	0
- Toxoplasmose	0	1	3	24
- Zytomegalie	3	4	2	17
Gonorrhoe	16	115	172	
Syphilis	6	17	37	

## Bemerkungen zu den Tabellen auf Seite 2 und 3

Die Berichte über meldepflichtige Infektionskrankheiten tragen dem Bedürfnis nach aktueller Information Rechnung. Bei dem gegenwärtig unterschiedlichen Stand des Berichtswesens in den einzelnen Bundesländern sind jedoch fehlende (z.B. Tuberkulose) bzw. differierende Daten (z.B. Abweichungen der kumulierten Daten des Vorjahres von den veröffentlichten Daten des Statistischen Bundesamtes) nicht vermeidbar.

Ein Sternchen in den Spalten für die laufende Woche zeigt an, daß für das jeweilige Land bzw. für den Regierungsbezirk noch keine aktuelle Wochenmeldung eingegangen ist.

Dies führt zu einer unvollständigen und mit dem Vorjahr nur bedingt vergleichbaren Kumulativzahl sowie zu einer Beeinträchtigung der Daten auf der(n) übergeordneten Berichtsebene(n).

Von allen Ländern vollständig und rechtzeitig übermittelte Berichte stellen die Voraussetzung für eine Verbesserung des aktuellen Informationssystems dar.

Besonders problematisch ist zur Zeit die aktuelle Datenlage bei der Tuberkulose und den Geschlechtskrankheiten Gonorrhoe und Syphilis. Bei diesen Krankheiten sind die ausgewiesenen Kumulativwerte für das Vorjahr völlig unvergleichbar mit den später an die Statistischen Landesämter für den gleichen Zeitraum gemeldeten Erkrankungszahlen. Wir weisen deshalb in der Tabelle auf Seite 3 (letzte Spalte) keine Vorjahressummen für Gonorrhoe und Syphilis aus.

## Die Situation bei ausgewählten Infektionskrankheiten in Deutschland im Jahr 1994

### Teil 1 - Gastroenteritiden und fäkal-oral übertragbare zyklische Infektionskrankheiten

(siehe auch die zugehörigen Tabellen im Heft 3 des Bulletins)

Während im ersten Halbjahr des Jahres 1994 die Zahl der gemeldeten Salmonellosen deutlich niedriger war als im Vorjahr (-23%), hat der saisonale Gipfel im dritten Quartal in einigen, insbesondere neuen Bundesländern, die Werte des Vorjahres eindeutig überschritten, so daß die Zahl der im 3. Quartal gemeldeten Fälle um 6% über dem Vergleichsquartal des Jahres 1993 lag und sich für das Jahr insgesamt dadurch nur noch ein Rückgang um ca. 6% ergab (Abb.1).

In den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen ergaben sich sogar Anstiege gegenüber dem Vorjahr zwischen 4 und 8%. Es ist deshalb noch nicht sicher, ob der bis 1992 langjährig steigende Trend sein Ende gefunden hat.

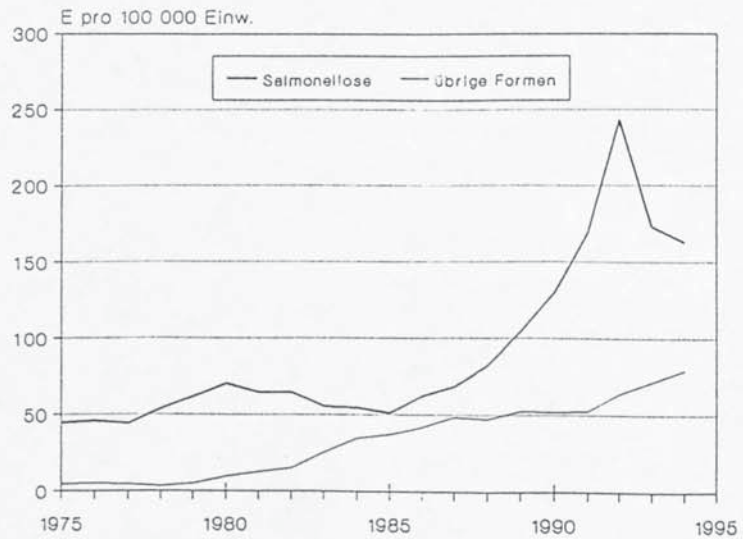


Abb.1: Enteritis infectiosa  
Salmonellosen und übrige Formen

Die höchste Inzidenzrate zeigt mit 327 E pro 100 000 Einw. erneut Mecklenburg-Vorpommern, gefolgt von Brandenburg (239) und Thüringen (223). Die niedrigste Inzidenzrate ergab sich mit 90 E pro 100 000 Einw. erneut in Bremen.

Die erhebliche Morbiditätszunahme im 3. Quartal war zumindestens im östlichen Teil Deutschlands wesentlich durch einen Anstieg der Infektionen mit *S. enteritidis* bedingt. Gegenüber dem 1. Quartal 1994 verfünffachte sich in den neuen Bundesländern und Berlin die Zahl der Erkrankungen durch diesen Serovar (von 2.626 auf 13.152 Fälle, Abb.2).

Der Serovar *S. enteritidis* erreichte 1994 in den neuen Bundesländern und Berlin einen Anteil von 65% an allen Infektionen, gefolgt von *S. typhimurium* mit einem Anteil von 21%.

Abgesehen von den Serovaren *S. infantis*, *S. virchow* und *S. hadar*, die einen Anteil von jeweils etwa 1% erreichten, waren alle übrigen Serovare 1994 weitgehend unbedeutend.

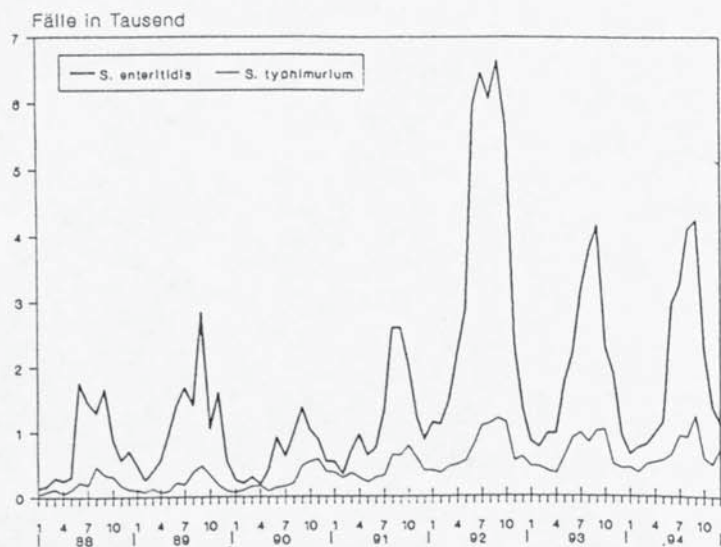


Abb.2: Salmonellosen - die wichtigsten Serovare  
Zahl der Infektionen (E + A)  
in den neuen Bundesländern

Im Saarland, von wo uns die Salmonellosen ebenfalls nach Serovaren differenziert gemeldet werden, lag der Anteil des Serovars *S. enteritidis* 1994 bei 80% und der des Serovars *S. typhimurium* bei 9%. Auch im Saarland war die Morbiditätszunahme im 3. Quartal ganz überwiegend durch den Serovar *S. enteritidis* bedingt.

Im Reg.-Bez. Gießen des Landes Hessen, aus dem die Serovar-Verteilung bei uns ebenfalls vorliegt, lag der Anteil von *S. enteritidis* bei 70% und der von *S. typhimurium* bei 14%.

Bei den übrigen Formen der Enteritis infectiosa hat sich der langfristig leicht steigende Trend weiter fortgesetzt (siehe Abb.1).

Es gab 1994 kein Bundesland, in dem sich die Meldungen gegenüber dem Vorjahr nicht erhöht haben. Die größten Zunahmen zeigten sich im Saarland (+46%), in Hessen (+41%) und im Bundesland Brandenburg (+38%). In den neuen Bundesländern liegen die gemeldeten Erkrankungsdaten generell auf etwas höherem Niveau. Mit einer Inzidenzrate von 169 pro 100 000 Einw. liegt Mecklenburg-Vorpommern bereits das 3. Jahr hintereinander an der Spitze aller Bundesländer.

Der steigende Trend ist wahrscheinlich nicht die Folge einer tatsächlichen Morbiditätszunahme. Da diese Meldekategorie fast ausschließlich ätiologisch geklärte Erkrankungsfälle enthält, ist die Zunahme der Fälle eher ein Hinweis auf eine verbesserte Diagnostik bei den Gastroenteritiden. Andererseits erschwert jedoch die Neigung der Ärzte, nur bereits ätiologisch geklärte Fälle zu melden, die rechtzeitigen Ermittlungen durch die Gesundheitsämter.

In den neuen Bundesländern und in Berlin waren 1994 Rotaviren (mit 45% Anteil), Campylobacter (26%), Yersinia (13%), E. coli (6%) und Adenovirus (5%) die wichtigsten bei diesen Erkrankungen erfaßten Erreger (Abb.3).

Im 3. Quartal 1994 zeigte sich sowohl in den neuen Bundesländern als auch im Saarland eine erhebliche Zunahme der im Zusammenhang mit einer Enteritis erfaßten Adenovirus-Infektionen. Der plötzliche Anstieg ist nicht mit dem erfassungsbedingt ohnehin leicht steigenden Trend erklärbar. Möglicherweise war also die Zirkulation bestimmter Adenoviren in diesem Herbst tatsächlich besonders intensiv.

Der Anteil der Colienteritis wird wahrscheinlich erheblich unterschätzt, da die Meldungen, soweit sie spezifiziert sind, ganz überwiegend nur säuglingspathogene E. coli (EPEC) umfassen. Der Anteil des wichtigsten Vertreters der enteroinvasiven E. coli (EIEC) O 124 lag z.B. in den NBL nur bei knapp 4%. Enterotoxische E. coli (ETEC), die als Erreger z.B. der Reisediarrhoe eine erhebliche Bedeutung haben, werden dagegen routinemäßig überhaupt nicht erfaßt.

Das gleiche gilt auch für die Verotoxin produzierenden E. coli (VTEC bzw. EHEC), die als Erreger der enterohämorrhagischen Colitis und des hämolytisch-urämischen Syndroms (HUS) zunehmende

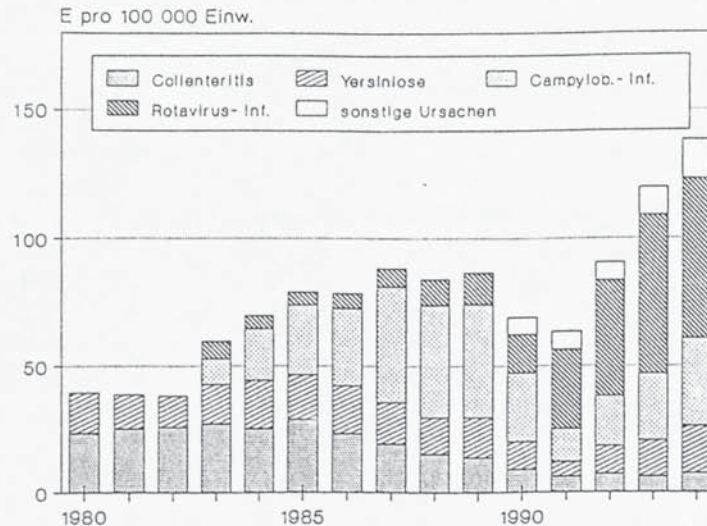


Abb.3: Enteritis infectiosa - übrige Formen in den neuen Bundesländern

Aufmerksamkeit erlangen. Aus 2 der neuen Bundesländer wurden 1994 insgesamt nur 6 Erkrankungen durch O 157 gemeldet - O 157:H7 ist der wichtigste Vertreter dieser Gruppe. Die Diagnostik der EHEC ist demgemäß zur Zeit noch völlig unzureichend.

Obwohl bei den Shigellosen die Inzidenzrate im 3. Quartal, dem üblichen saisonalen Gipfel, um 30% über dem Vorjahresniveau lag und auch die Jahressumme 1994 gegenüber dem Vorjahr um 17% zugenommen hat, ist die Situation weiterhin als unauffällig einzustufen. Der saisonale Gipfel im 3. Quartal eines jeden Jahres ist eine Folge der Zunahme von Importfällen im Zusammenhang mit den Sommerferien.

Im 3. Quartal meldeten die Länder Sachsen, Thüringen und Baden-Württemberg besonders hohe Erkrankungsdaten.

Auf Grund einer größeren E-Ruhr-Häufung im Juni (s. Bulletin Heft 9), ist die Inzidenzrate mit 8 pro 100 000 Einw. dagegen in Mecklenburg-Vorpommern am höchsten (Anstieg auf mehr als das 4fache), gefolgt von Sachsen mit 6 sowie Baden-Württemberg mit 5 pro 100 000 Einwohner.

In Bayern, wo 1992 und auch noch 1993 die Morbidität den zweithöchsten Wert aller Bundesländer aufwies, ist die Erkrankungshäufigkeit dagegen weiter (um 25%) zurückgegangen. Bayern liegt 1994 nur noch auf Rang 8.

Rückgänge gegenüber dem Jahr 1993 um mehr als 10% ergaben sich außerdem in den Ländern Bremen (-33%), Sachsen-Anhalt (-35%) und Schleswig-Holstein (-25%).

Bei der Mehrzahl der Shigellosen handelt es sich um Infektionen mit *Sh. sonnei*.

In den neuen Bundesländern und Berlin lag der Anteil der Erkrankungen durch *Sh. flexneri* bei nur 14%.

Bei den Erkrankungen an Typhus und Paratyphus zeigte sich in den vergangenen Jahrzehnten stets ein fallender Trend.

Das gegenwärtig erreichte Morbiditätsniveau ist als sehr günstig einzuschätzen. Ein Anstieg um 25%, wie er sich 1994 beim Paratyphus zeigt, sollte deshalb nicht überbewertet werden.

Bei der Mehrzahl der gemeldeten Erkrankungen handelt es sich um einzelne Importfälle bei eingereisten Ausländern bzw. nach Auslandsaufenthalten.

Bessere Kenntnisse unserer Urlaubsreisenden über die in einzelnen Ländern bestehenden Infektionsrisiken und die möglichen Schutzimpfungen sowie über die in einigen Ländern notwendigen Vorsichtsmaßnahmen beim Verzehr von Lebensmitteln und Getränken könnten sicherlich einen wesentlichen Beitrag zur Verhinderung dieser und anderer Erkrankungen leisten. Eine wichtige Rolle bei der Wissensvermittlung könnten dabei die Reiseveranstalter sowie die Hausärzte der Reisenden spielen.

### Ein Sterbefall an Diphtherie in Baden-Württemberg

In der Kinderklinik der Universität Freiburg verstarb Anfang Februar ein 3 1/2-jähriges Kind infolge eines Herz-Kreislaufversagens auf Grund einer massiven Myokarditis.

Das Kind, das bis zum 10.1. den Kindergarten (s.u.) besucht hatte, war am 12.1. mit Kopfschmerzen und Fieber erkrankt. Es wurde am 14.1. einem Heilpraktiker vorgestellt, der homöopathisch behandelte. Ab 15.1. kam es dann zu sich verstärkenden Halsschmerzen.

Am 20.1. wurde es wegen einer deutlichen Verschlechterung seines Zustandes (massive Atemnot mit Stridor) im Kreiskrankenhaus Titisee-Neustadt vorgestellt und von dort sofort in die Kinderklinik der Universität Freiburg überwiesen.

Der Lokalbefund zeigte nur eine Rachenrötung (keine Beläge, keine Membran), so daß zunächst eine Epiglottitis diagnostiziert wurde. Am 21.1. mußte das Kind wegen der bestehenden Atemnot tracheotomiert und intubiert werden.

Nach Antibiotika-Therapie sowie Antitoxin-Gabe und nachfolgender Besserung des Zustandes wurde am 31.1. vorsichtig mit der Extubation begonnen.

Am 3.2. kam es jedoch innerhalb weniger Stunden zu einer drastischen Verschlechterung des Zustandes und nachfolgend am 4.2. zum exitus letalis infolge Herzversagens auf Grund einer massiven Myokarditis.

Nach Vorliegen des mikrobiologischen Befundes am 28.1. (Nachweis der Toxinbildung bei dem bereits zuvor angezüchteten Stamm) wurden durch die Klinik noch am gleichen Tag Rachenabstriche bei 40 Kontaktpersonen durchgeführt und eine Erythromycin-Prophylaxe eingeleitet.

Am 1.2. erfolgten durch das Gesundheitsamt bei 38

weitgehend identischen Personen nochmals Nasen- und Rachenabstriche (z.T. nur Rachenabstriche). Alle untersuchten Rachenabstriche erwiesen sich als negativ; darunter 12 weitere, welche von niedergelassenen Ärzten vorgenommen worden waren.

Von den am 1.2. kontrollierten 19 Kindern (zumeist solchen aus dem Kindergarten) waren 7 primär nicht geimpft, darunter auch die beiden Geschwister des verstorbenen Kindes (die Eltern sind erklärte Impfgegner).

Bei 3 der Kinder war jedoch auf Grund der Ereignisse zwischenzeitlich mit der Schutzimpfung begonnen worden. Bei 4 Kindern verweigerten die Eltern allerdings weiterhin sowohl die Schutzimpfung als auch die Antibiotika-Prophylaxe.

Die untersuchten 17 Erwachsenen waren dagegen alle gegen Diphtherie geimpft. Von ihnen hatten 4 an der Erythromycin-Prophylaxe teilgenommen; von den 19 Kindern jedoch nur 6.

Die Infektionsursache für das Kind ist unbekannt.

Es besuchte einen privaten Kindergarten in welchem Impfgegner und Anhänger einer alternativen Medizin scheinbar einen erheblichen Einfluß haben.

Ein vorausgegangener Erkrankungsfall im Kindergarten ist nicht bekannt.

Auch Auslandsreisen sind in der Familie und bei den unmittelbaren Kontaktpersonen des verstorbenen Kindes nicht vorausgegangen.

Als mögliche Infektionsursache galt zunächst der Kontakt zu einem mit den Eltern befreundeten Ehepaar, das Anfang Januar von einer Reise nach Bali zurückgekehrt war - der Import von toxischen Stämmen aus Bali ist bekannt. Die Rachenabstriche bei dieser Familie waren jedoch ebenfalls negativ. Auch gab es bei ihnen anamnestic keine Hinweise auf schlecht heilende Wunden, in denen sich der Erreger über längere Zeit hätte halten können.

Die Abstriche bei einer Russin, die sich "au pair" in einer Familie aufhält, deren Kind den gleichen Kindergarten besucht, waren ebenfalls negativ. Die Frau war allerdings vor mehr als einem halben Jahr letztmalig in Rußland und hatte zwischenzeitlich von dort auch keine Besuche erhalten.

Der primär in Freiburg angezüchtete Stamm ist mittlerweile auch im NRZ im RKI untersucht und als *C. diphtheriae*, *Typ mitis* bestätigt worden. Im Elek-Test erwies sich der Stamm als Toxinpositiv. Der Tierversuch steht noch aus.

### Influenza in Europa (nach WER Nr.6/95)

**Portugal (3.2.):** Die Zahl der über ein Sentinel erfaßten grippeähnlichen Erkrankungen nahm bis Mitte Januar laufend zu. Gleichzeitig stieg die Zahl der Influenza B-Isolate bei sporadischen Erkrankungsfällen. Ausbrüche wurden aktuell nicht erfaßt.

**Spanien (3.2.):** In Kastilien und León hat sich seit Mitte Januar Influenza A ausgebreitet. Es kam zu verschiedenen Ausbrüchen in der Bevölkerung; bei einigen wurde eine gleichzeitige Zirkulation von Influenza A und B nachgewiesen. In Madrid und Umgebung hat die Influenza epidemisches Niveau erreicht. Viele Influenza A-Fälle, vor allem bei 25-44jährigen, wurden durch die Anzucht bestätigt.

**Rußland und GUS-Staaten (3.2.):** Das etablierte Sentinel, das 39 Städte der ehemaligen UdSSR umfaßt, zeigte ab Mitte Januar in 2 Städten (Minsk und Chabarowsk) eine Zunahme grippeähnlicher Erkrankungen.

Ende Januar erreichte die Morbidität in Chabarowsk epidemisches Niveau; ein Influenza B-Stamm wurde von einem 11jährigen Jungen isoliert. Auch in Ulan-Ude stieg die Morbidität auf epidemisches Niveau. In Moskau wurden von 2 Erwachsenen Influenza A (H3N2)-Stämme isoliert.

Die Zahl der im Zusammenhang mit dem Ausbruch im Bereich Chemnitz (s. Heft 3) isolierten **Influenza B**-Stämme hat sich auf 18 erhöht; hauptsächlich sind Kinder betroffen.

Auch bei einem 67jährigen Mann aus Berlin, der am 1.2. im Klinikum Rudolf Virchow hospitalisiert worden war, gelang im Influenza-Zentrum im RKI die Anzucht eines **Influenza B**-Virus.

### Erkrankungen durch *S. agona* nach Verzehr eines "Snacks" aus Israel

Die Europäische Kommission hat am 14.2. im Rahmen des EU-Sofort-Informationssystems mitgeteilt, daß in Großbritannien 26 Personen durch *S. agona* erkrankt sind. Der gleiche Erreger sei auch in Proben des aus Israel stammenden Lebensmittels "Peanut butter snack - BAMBA Snack" mit dem Mindesthaltbarkeitsdatum Ende April 1995 nachgewiesen worden.

Bei dem Hersteller handelt es sich um die:

Osem Group of Companies  
Head Office  
61 Jaborinsky St  
Petach-Tikva  
Israel

(P.O.B. 1578 Tel-Aviv 61015)

Laut Mitteilung des Herstellers sei die betreffende Charge nicht nur nach Großbritannien und von dort nach Irland, sondern auch nach Frankreich und Belgien geliefert worden.

#### Bemerkung:

Entsprechend weiteren uns aus Großbritannien vorliegenden Informationen traten die Erkrankungen im Zeitraum Dezember 1994 bis Februar 1995 in England und Wales auf; vorzugsweise bei unter 10jährigen jüdischen Kindern.

Eine daraufhin eingeleitete Fall-Kontroll-Studie erbrachte den Hinweis auf einen speziellen Snack als vermutliche Infektionsursache. Gezielte mikrobiologische Untersuchungen führten dann zum Nachweis des Erregers in Proben einer bestimmten Charge des "Bamba Snacks".