

# Epidemiologisches Bulletin

Wöchentlicher Informationsdienst für Ärzte

Bericht der Fachgruppe Infektionsepidemiologie, AIDS-Zentrum des RKI

Notausgabe

Inhalt	Seite
Zum 100. Todestag von Louis Pasteur .....	1
Trichinellose wieder häufiger .....	1
Botulismus-Gruppenerkrankung .....	2
Campylobacterinfektionen nach Rohmilchverzehr .....	2
Kasuistik: Tularämie .....	2
Berichte aus dem Ausland zu aktuellen Ausbrüchen .....	3
AIDS: Durchbruch für Kombinationstherapie .....	4
Bewertung von <i>Vibrio cholerae</i> -non O1-Befunden .....	5
Meldepflichtige Infektionskrankheiten im Jahr 1995 (2 Tabellen, Stand: 38. Woche) .....	6

## Zum 100. Todestag von Louis Pasteur

Ein Jubiläum beansprucht Aufmerksamkeit: Vor 100 Jahren, am 28. September 1895 starb Louis Pasteur, Begründer der medizinischen Bakteriologie, Wegbereiter der Impfungen und der Hygiene, im Alter von 72 Jahren in Paris. Über die Chemie fand er zur Mikrobiologie, einem damals absoluten Neuland. Charakteristisch für ihn war, daß er – wie Robert Koch – brennende Probleme der Praxis als Gegenstand seiner Forschung wählte und sich dann persönlich um die Praxisanwendung der Arbeitsergebnisse aus dem Labor bemühte.

Es wird deutlich, daß sich die von ihm vertretenen wissenschaftlichen Strategien langfristig als fruchtbar erwiesen haben. Sein Engagement und seine Leistungen sind auch aus heutiger Sicht hoch zu achten. Die Eröffnung eines eigenen Institutes auf seinem Arbeitsgebiet im Jahre 1888 - des heutigen Institut Pasteur - gilt als der Beginn der institutionalisierten biomedizinischen Forschung. Aus diesem Institut gingen 8 Nobelpreisträger hervor. Die UNESCO erklärte das Jahr 1995 zum Pasteur-Jahr.

## Trichinellose wieder häufiger

Erkrankungen an Trichinellose (Trichiniasis, Trichinose) – ausgelöst durch die mit erregerhaltigem Fleisch aufgenommenen Larven der zu den Intestinalnematoden gehörenden *Trichinella spiralis* – kamen in Deutschland in den letzten Jahren extrem selten zur Meldung, in den Jahren 1991 - 1994 beispielsweise 0 - 3 Fälle/Jahr. Nähere Angaben zu diesen Fällen liegen nicht vor. In diesem Jahr wurden seit Jahresbeginn dagegen bereits 8 Erkrankungsfälle durch Meldung erfaßt (2 im I. Quartal, 6 im III. Quartal). Die Meldungen stammen in je einem Fall aus Thüringen (Jena) und Rheinland-Pfalz (Worms) und in 6 Fällen aus Nordrhein-Westfalen, mit 2 Fällen aus Köln, 2 Fällen aus Lippe (Vater und Sohn), 2 Fällen aus Unna (Ehepaar). Eine Bestätigung der klinischen Diagnose ist bisher nur in 3 Fällen bekannt (2 mal serologisch, 1 mal histopathologisch). Belastbare Angaben zur An-

steckungsquelle fehlen vorläufig in allen Fällen.

Wir möchten mit dieser Mitteilung auf die aktuelle Entwicklung aufmerksam machen. Es sollte versucht werden, die Quellen dieser gefährlichen Infestation durch detaillierte Befragungen und Ermittlungen aufzuklären. Vor allem sollten gemeinsame Ursachen erkannt werden. Eine Übertragung erfolgt bei uns fast ausschließlich über Schweinefleisch. Fleisch, das im Rahmen der Zubereitung (oder Konservierung) ausreichend erhitzt ("durchgegart") wurde, scheidet als Ansteckungsquelle aus. (Das gilt für Trichinellen ebenso wie für andere Krankheitserreger.) Fleisch, das der gesetzlichen Fleischschau unterlegen hat, gilt als ungefährlich. Allerdings gibt es Hinweise auf Lücken, z.B. bei importiertem Fleisch. Als riskant anzusehen, weil vielfach nicht untersucht, sind Fleisch von Wildschweinen,

Schweinefleisch aus Hausschlachtungen oder "Privatimporte" aus anderen Ländern. Ferner wäre Fleischverzehr im Ausland zu berücksichtigen. Das Robert Koch-Institut versucht gegenwärtig, zu den bisher gemeldeten und eventuellen weiteren Fällen von Trichinellose genauere Angaben bei den

zuständigen Gesundheitsämtern zu erfragen. Besonders wichtig sind konkrete Angaben zum Beginn der Erkrankung, zur Sicherung der Diagnose und zur Anamnese des Fleischverzehrs (maximale Inkubationszeit: 45 Tage). Die zuständigen Landesbehörden werden um Unterstützung dieses Anliegens gebeten.

### Botulismus-Gruppenerkrankung

Aus **Berlin** wurde eine Botulismus-Häufung mit insgesamt **5 Erkrankungsfällen** gemeldet. Betroffen sind 5 von 16 Teilnehmern einer Familienfeier am 09.09.95, bei der diverse Lebensmittel (u.a. Kartoffelsalat, Kaviar, Grillwürste und Bouletten) verzehrt wurden, die am Tag zuvor in einem Großmarkt südlich Berlins gekauft worden waren. Vier Personen erkrankten am 12.09. zunächst unspezifisch, mußten dann aber bereits am 13.09. in ein Krankenhaus eingewiesen und wegen ihres schlechten Zustandes auf einer Intensivtherapiestation behandelt werden. Am 19.09. wurde schließlich noch eine weitere erkrankte Person in ein Krankenhaus eingewiesen. Mittlerweile sind die Erkrankten wieder gesund. Bei allen 5 Erkrankten gelang durch den Tierversuch der Toxin-Nachweis im Serum, so daß die klinischen Diagnosen mikrobiologisch bestätigt sind.

Nach den vorliegenden epidemiologischen Untersuchungsergebnissen sind die **Grillwürstchen** besonders zu verdächtigen. Für die 5 Personen, die später erkrankten, waren Würstchen in einem zweiten Arbeitsgang gesondert gegrillt worden. Am Tag darauf wurde ein weiterer Personenkreis mit den gleichen

Lebensmitteln, außer den Grillwürstchen, beköstigt. Von diesen Gästen erkrankte niemand.

Am 14.09. meldete die Klinik den Botulismus-Verdacht an das Gesundheitsamt des Bezirkes und die zuständige Veterinäraufsichtsbehörde wurde eingeschaltet. Bei den Lebensmittelresten, die bei der Familie noch vorgefundenen wurden, gelang kein Toxinnachweis. Allerdings standen von den besonders verdächtigen Grillwürsten keine Reste mehr zur Verfügung. Über die Untersuchung von Verfolgspuren im Handel liegen keine Informationen vor.

Weitere Erkrankungsfälle sind in Berlin und seinem Umfeld nicht bekannt geworden. Daher kann angenommen werden, daß das verursachende Lebensmittel entweder nur zu einem kleinen Teil kontaminiert war und nur in sehr geringer Menge verkauft wurde oder daß der Toxingehalt erst nach dem Verkauf durch ungünstige Lagerbedingungen eine kritische Menge erreicht hat. Die relativ geringe Zahl von Erkrankten unter den Gästen spricht für eine nicht gleichmäßige Verteilung des Toxins - für Botulismus-Ausbrüche eine typische Beobachtung.

### Campylobacterinfektionen nach Rohmilchgenuß

Ab 31.08.95 erkrankten 24 Personen aus einem Heilpädagogischen Kindergarten im Niederschlesischen Oberlausitzkreis (Sachsen), die am 30.08. in einem Milchviehstall Rohmilch getrunken hatten, an durch Campylobacter hervorgerufenen gastro-enterokolitischen Erscheinungen. Nachträglich konnte der Erreger in Milchproben nicht nachgewiesen werden.

Unpasteurisierte Milch ist als Vehikel für die Übertragung von Campylobacter (und anderen Krankheitserregern) bekannt. Rohmilch, die unmittelbar vom Erzeuger ("ab Hof") abgegeben wird, sollte deshalb - dem vorgeschriebenen Hinweis entsprechend - vor dem Verzehr abgekocht werden.

### Kasuistik: Tularämie

Bei einem 13jährigen Jungen aus dem Landkreis Uecker-Randow in Mecklenburg-Vorpommern wurde eine Tularämie-Erkrankung serologisch bestätigt (Langzeitagglutination). Das Kind war am 18.08.95 akut mit Leibschmerzen, hohem Fieber und einer Lymphknotenschwellung in der linken Leistenbeuge erkrankt und zur stationären Behandlung eingewiesen worden. Nach anfänglicher Besserung erfolgte zunächst die Entlassung, die sich verstärkende Symptomatik erforderte jedoch nach 3 Tagen - am 25.08. - eine erneute Aufnahme. Jetzt wurde der

entzündete Lymphknoten unter antibiotischer Abschirmung operativ entfernt. Die Entlassung erfolgte am 13.09.95. Im Rahmen der mehrfach durchgeführten serologischen Untersuchungen wurde ein Anstieg der agglutinierenden Antikörper gegen Francisella tularensis von 1:640 auf 1:1280 nachgewiesen. Als mögliche Eintrittspforte des Erregers wurden Schürfwunden an den Beinen verdächtigt. Tierkontakte in der Umgebung gelten als wahrscheinlich. - In diesem Gebiet war bereits 1988 ein Junge nach Kaninchenkontakt an einer gesicherten Tularämie erkrankt.

## Berichte aus dem Ausland zu aktuellen Ausbrüchen

### Beulenpest in Madagaskar

Wir berichteten im vorigen Heft über einen Ausbruch von Beulenpest in der Hafenstadt Mahajanga im Nordwesten Madagaskars. Die WHO teilte dazu mit, daß im Rahmen dieses Ausbruchs bisher 277 Erkrankungsfälle (davon 23 durch das Pasteur-Institut bestätigt) gemeldet worden sind (11 Erkrankungen endeten tödlich). Die ersten Fälle traten im März, die Mehrzahl von Juli bis September auf. Die örtlichen Gesundheitsbehörden gehen davon aus, daß die Situation unter Kontrolle ist. Das Gesundheitssystem in Madagaskar gilt als eines der funktionstüchtigsten in Afrika südlich der Sahara. In Madagaskar gibt es einige Gebiete, in denen Pesterkrankungen – besonders in der Regenzeit – seit längerem endemisch auftreten. In Mahajanga war Pest zuletzt im Jahre 1991 beobachtet worden. (Quelle: WHO WER 39/1995, WHO Telex 06.10.95, ProMED 04.10.95.)

### Meningokokken-Meningitis in Moçambique

Mitte Juli brach im Nordosten Moçambiques (Provinz Nampula) eine Meningokokken-Meningitis-Epidemie mit 850 Erkrankungsfällen aus und griff auf das benachbarte Niassa über. Bis Ende September umfaßt der Ausbruch insgesamt 1.416 Erkrankungen, von denen 118 (8,3 %) tödlich endeten. Mehr als 80 % der Fälle betrafen die Provinzhauptstadt Nampula. Die WHO unterstützte das Hilfesuchen des Gesundheitsministeriums, lieferte Chloramphenicol, Rifampicin, Meningokokken-A+C-Vakzine und leistete Hilfe beim Organisieren von Impfungen für gefährdete Personengruppen. Die Epidemie ist im Rückgang. (Quelle: WHO WER 38-40/1995, Telex 06.10.95.)

### Cholera in Mexiko

Seit Mai 1995 hat sich in Mexiko erneut eine ausgedehnte Choleraepidemie entwickelt, die nach den Meldungen an die WHO bisher insgesamt 8.189 Erkrankungen (darunter 70 Sterbefälle) umfaßt und sich noch weiter fortsetzt. Betroffen sind 24 von 31 Bundesstaaten und die Hauptstadt Mexiko-Stadt. Im Jahr 1994 waren aus Mexiko insgesamt 4.059 Choleraerkrankungen gemeldet geworden, 1993 waren es 11.091. (Quelle: WHO WER, 39-40/1995.)

### Durch Nagetiere vermittelte Infektionen in Bosnien

Die Health Monitoring Unit der WHO in Zagreb berichtet, daß sich in Bosnien kriegsbedingt Nagetiere stark vermehrt haben, die als Reservoir von Krankheitserregern Bedeutung besitzen. Dadurch treten jetzt einige durch Nagetiere vermittelte Infektionskrankheiten (rodentborne diseases) dort vermehrt in Erscheinung. In den dort stationierten Truppen und in der Zivilbevölkerung wurden im Laufe dieses Jahres bisher rund 500 Leptospiroseerkrankungen, 250 Fälle von Hantavirus-Infektionen in Form eines hämorrhagischen Fiebers mit renalem Syndrom (HFRS) und über 150 Tularämie-Erkrankungen beobachtet. Die Ausbreitung der Leptospirose erfolgt durch den Urin infizierter Tiere, meist über Wasser, der Hanta-Viren über Aerosole aus Exkrementen infizierter Nager und der Tularämie-Erreger über direkten Kontakt zu infizierten Tieren bzw. über kontaminierte Nahrung oder Wasser. Behandelnde Ärzte werden aufgefordert, an die Möglichkeit dieser Infektionen im Falle unklarer Erkrankungen im Zusammenhang mit einem Aufenthalt im früheren Jugoslawien, besonders in Bosnien, zu denken. (Quelle: CDR Weekly, London, 40/1995, 06.10.95.)

### Venezolanische Equine Enzephalitis (VEE) in Venezuela / Kolumbien

Das VEE-Virus (aus der Familie der Toga-Viren) ist Erreger einer ernsten Virusinfektion bei Pferden in Mittel- und Südamerika und kann durch Mückenarten verschiedener Gattungen (*Culex*, *Aedes* u.a.) auf den Menschen übertragen werden. Epidemien waren in den 50er bis 70er Jahren häufig, sind aber durch regelmäßige Immunisierung der Pferde selten geworden. Epidemien beim Menschen treten zwei Wochen nach Epizootien bei Pferden auf. Es erkranken nur 10 - 20 % der Infizierten. Die Erscheinungen (plötzliches Fieber, Kopf- und Muskelschmerzen, Übelkeit und Erbrechen) verlaufen meist mild. Tödliche Verläufe haben eine Häufigkeit von unter einem Prozent.

Die gegenwärtige Epidemie in den aneinander grenzenden Gebieten Venezuelas und Kolumbiens ist die schwerste seit den 70er Jahren. Sie wurde ermöglicht durch einen Rückgang der Pferdeimmunsierung (beispielsweise gab es im kolumbianischen Zentrum der Epidemie ca. 70.000 nicht-immunisierte Pferde) und der Mückenbekämpfungsmaßnahmen sowie eine ungewöhnlich ausgedehnte Regenzeit, die zu einer extremen Mückenvermehrung führte. Der Genotyp des isolierten VEE-Virus entspricht dem

Erreger bisheriger Epidemien in diesem Raum. Die ersten Erkrankungsfälle beim Menschen im Rahmen des aktuellen Ausbruches traten im April im Nordwesten Venezuelas (Provinz Zulia) auf. Seit Anfang September entwickelte sich in diesem Umfeld sowie in Kolumbien (Halbinsel La Guajira und Umgebung) eine ausgedehnte VEE-Epidemie. Bis zum 23.09.95 ist aus der Provinz Zulia über 9.956 Erkrankungen (davon 54 durch Labordiagnostik bestätigt) und aus Kolumbien über mehr als 13.000 geschätzte Erkrankungsfälle berichtet worden. Die von den beiden Staaten unter Mitwirkung der Pan American Health Organization eingeleiteten Gegenmaßnahmen (Epidemiologische Beobachtung, Immunisierung der Pferde, Vektorkontrolle, Aufklärung der Bevölkerung) haben bereits zu einem raschen Rückgang der Inzidenz geführt. (Quellen: WHO WER 40/1995; CDC MMWR 39/1995, 06.10.95; ProMED Vol. 95, 145/146/152, 19.09.-05.10.95.)

### Sindbis-Virus-Infektionen in Finnland

Infektionen durch das Sindbis-Virus (Arbovirus aus der Familie der Toga-Viren) sind seit den 80er Jahren in Nordeuropa (Schweden; Finnland, gesamtes Gebiet außer Lappland; angrenzende Gebiete Rußlands) bekannt und mehrfach gehäuft aufgetreten. Zuvor war das Virus in Ägypten und Südafrika, später auch in Südostasien und Australien beobachtet worden. Folge der Infektion sind Erkrankungen mit Fieber, Kopf- und Muskelschmerzen, Arthritis, Hautausschlag, zum Teil auch mit Übelkeit oder einer Rachenentzündung. Das Krankheitsbild wird in Finnland als **Pogosta-Krankheit** bzw. in Finnland und Rußland als **Karelisches Fieber**, in Schweden als **Ockelbo-Krankheit** bezeichnet. Virusreservoir sind Vögel, die Übertragung auf den Menschen erfolgt durch Moskitos (Culex und andere). Die Infektionen treten im August und September auf, die ersten Nachtfröste führen zum Verschwinden der Moskitos und unterbinden damit die Übertragung. In Finnland werden in den epidemiefreien Jahren 1 - 30 Fälle / Jahr beobachtet. Alle 7 Jahre (1974, 1981,

1988 und jetzt 1995) kam es bisher zu Epidemien mit Hunderten oder Tausenden Erkrankungsfällen. Für diese Periodizität gibt es vorerst keine Erklärung.

In diesem Jahr wurden bis jetzt mehr als 500 Erkrankungen serologisch bestätigt (Nachweis von IgM-Antikörpern mit einem Enzym-Immuno-Assay). Allerdings ist das nur ein kleiner Teil der tatsächlich abgelaufenen Erkrankungen, die auf einige Tausend geschätzt werden. (Nach einem Beitrag von O. Vapalahti, Department of Virology, Haartman Institute, University of Helsinki, Finland, in: ProMED Vol. 95, 146, 21.09.95.)

### Legionellose bei Reisen in die Türkei

Im Rahmen des Europäischen Überwachungsprogramms für reise-assoziierte Legionellosen ermittelte die Zentrale im Communicable Disease Surveillance Centre in London 9 Erkrankungsfälle, die die Gemeinsamkeit des Aufenthaltes in einem Hotel in **Kusadasi** an der westtürkischen Küste aufwiesen. Einer der Erkrankten hatte nur das türkische Bad in diesem Hotel besucht. Der Aufenthalt lag in dem Zeitraum von Ende Mai bis Mitte September. Es handelte sich um Reisende aus England, Wales und Schottland sowie aus den Niederlanden und Neuseeland. Die Diagnosen wurden in zwei Fällen durch Serokonversion bzw. Erregerisolierung aus einem Bioplat gesichert, in den übrigen Fällen wurden Antikörper in hohen Einzeltitern gefunden oder spezifisches Antigen nachgewiesen. Die Maßnahmen konzentrierten sich auf eine Information der türkischen Gesundheitsbehörden, der britischen Reiseveranstalter mit Klienten in diesem Hotel und der Kooperationspartner des Überwachungsprogramms. In dem Hotel wird inzwischen durch Chlorierung und höhere Temperaturen in der Wasservorratshaltung weiteren Infektionen vorgebeugt. (Quellen: CDR Weekly, London, 37/1995, 15.09.95 sowie 40/1995, 06.10.95.)

### AIDS: Durchbruch für Kombinationstherapie

Die – vorläufigen – Ergebnisse der europäisch-australischen **Delta-Studie**, die Ende September während einer europäischen **AIDS-Konferenz in Kopenhagen** präsentiert wurden, bedeuten den Durchbruch für das Konzept der antiretroviralen Kombinationstherapie und werden weitreichende Konsequenzen für die Behandlung und für zukünftige Therapiefor-schung nach sich ziehen. An der seit 1992 laufenden Studie hatten sich Behandlungszentren aus mehreren europäischen Ländern beteiligt (u.a. auch aus Deutschland, hauptsächlich jedoch aus Frankreich

und Großbritannien).

Die Delta-Studie ist eine zweigeteilte Studie. In der **Delta1-Studie** wurde bei **nicht-vorbehandelten Patienten** eine **AZT-Monotherapie** mit den Kombinationen **AZT+ddI** und **AZT+ddC** verglichen (2.131 auswertbare Teilnehmer). In der **Delta 2-Studie** wurde dieser Vergleich bei **AZT-vorbehandelten Patienten** vorgenommen (1.083 Teilnehmer). Nach einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von ca. 2 Jahren wurde die Studie jetzt vorzeitig abgebrochen, da eine Zwischenanalyse Mitte des Jahres

gezeigt hatte, daß die Kombinationstherapie zumindest bei nicht-vorbehandelten HIV-Infizierten zu einem deutlich günstigeren Infektionsverlauf führt als die Monotherapie.

Im Monotherapiearm der Delta1-Studie waren bis zu dem Stichtag 31.05.95 16,5% der Teilnehmer verstorben, im AZT+ddI-Arm 9,6% und im AZT+ddC-Arm 11,6%. Krankheitsprogression zu AIDS oder Tod wurde bei 28,4% der Teilnehmer im AZT-Monotherapiearm, 17,6% der Teilnehmer im AZT+ddI-Arm und 23,3% im AZT+ddC-Arm registriert. In der nur halb so großen Delta2-Studie wurden dagegen keine auffälligen Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen beobachtet. 39% der Teilnehmer im Monotherapiearm, 38% im AZT+ddI-Arm und 39% im AZT+ddC-Arm erkrankten im Beobachtungszeitraum an AIDS oder verstarben. Die Ergebnisse der Delta-Studie werden durch vergleichbare Befunde der der praktisch zeitgleich durchgeführten amerikanischen ACTG175-Studie (knapp 2.500 Teilnehmer) gestützt.

Wichtigste Konsequenz aus den Studienergebnissen ist, daß der Beginn einer antiretroviralen Therapie in Form einer Kombinationsbehandlung mit mindestens zwei Substanzen erfolgen sollte. Das Ausmaß der Lebenszeitverlängerung durch diese Änderung der

Behandlungsstrategie läßt sich aus diesen Studien noch nicht genau ablesen. Retrospektive Analysen von Infektionsverläufen unter Mono- und Kombinationstherapie deuten jedoch darauf hin, daß durch die Kombinationstherapie im Vergleich zur Monotherapie ein Zeitrahmen von bis zu 1-1½ Jahren gewonnen werden könnte.

Weniger klar sind die Behandlungsoptionen für bereits längere Zeit mit AZT vorbehandelte Patienten (die Teilnehmer in der Delta2-Studie waren mindestens 3 Monate vorbehandelt, knapp 2/3 bereits länger als 1 Jahr). Ein Hinzufügen von ddI oder ddC scheint unter diesen Umständen keinen großen Effekt mehr zu haben. Keinen Rückschluß erlauben die neuen Studienergebnisse auf den optimalen Zeitpunkt des Behandlungsbeginns (in der Delta1-Studie lag die T-Helferzellzahl bei Studienbeginn bei durchschnittlich 210 Zellen/µl, in der ACTG175-Studie bei 350/µl). Die Entscheidung über einen früheren oder späteren Beginn einer Therapie dürfte wesentlich von den Erwartungen an die neuen, in Entwicklung und Prüfung befindlichen Substanzen beeinflusst werden.

Eine ausführlichere Darstellung und Diskussion der Ergebnisse und Konsequenzen dieser Studien wird in der nächsten Ausgabe der InfFo (4/95) des RKI erfolgen, die voraussichtlich Ende November / Anfang Dezember erscheinen wird.

### Mitteilung für die Gesundheitsämter: Bewertung von *Vibrio cholerae*-non O1-Befunden

Aus gegebenem Anlaß geben wir folgenden Hinweis. Der Nachweis von *Vibrio cholerae non O1* bei Personen, die an Durchfall erkrankt oder klinisch gesund sind, **begründet nicht die Diagnose einer Cholera** im Sinne des § 3 Absatz 1 des BSeuchG oder die eines Ausscheiders von Choleravibriolen im Sinne des § 3, Absatz 4. Dieser Befund entkräftet jedoch nicht einen bestimmten Verdacht, der durch eine weitere Untersuchung zu klären wäre. Es bestehen dann zwei Möglichkeiten:

1. Die weitere Untersuchung ergibt, daß es sich **nicht** um den non O1-Stamm *Vibrio cholerae O139* handelt. In diesem Fall besteht weder eine Meldepflicht nach § 4, noch gelten Verhütungs- bzw. Absonderungsmaßnahmen entsprechend den §§ 10 oder 17 des BSeuchG.

2. Die weitere Untersuchung ergibt, daß es sich um den non O1-Stamm *Vibrio cholerae O139* handelt, der zu den "echten" Cholera-Erregern zählt. Für Personen, die mit einem solchen Stamm infiziert sind, gelten die gleichen Festlegungen wie für Per-

sonen, die durch *Vibrio cholerae O1*-Stämme - die primären Cholera-Erreger - infiziert sind (Meldepflicht, Absonderung, ggf. Hospitalisierung, Tätigkeitsbeschränkungen).

(*Vibrio cholerae O139* ist allerdings gegenwärtig nur bei aus Asien eingereisten Personen zu erwarten, da er bisher nur in diesem Gebiet endemisch vorkommt - siehe auch Epidemiologisches Bulletin 10/1995 -).

Wird durch die Meldung eines Arztes oder eines Labors der Nachweis eines non O1-Stammes von *Vibrio cholerae* bekannt, ist deshalb durch gezielte Nachfrage im Labor zu ermitteln, ob der Stamm auch auf die Zugehörigkeit zur Serogruppe O139 getestet und diese Serogruppe ausgeschlossen wurde. Falls notwendig, ist die Einsendung des Isolates an ein geeignetes Labor zur näheren Charakterisierung zu veranlassen. Erst nach Vorliegen aller Informationen kann die endgültige Entscheidung über die Erfassung als Cholera und die ggf. notwendigen Maßnahmen bzw. ihre Aufhebung getroffen werden.

Berichte über meldepflichtige Infektionskrankheiten 38. Woche 1995

Land Regierungsbezirk	Tuberkulose akute TB Atmungsorgane		Enteritis infectiosa		Virushepatitis		Virushepatitis		Meningitis/Enzephalitis		virale Mening./Enzeph.																
	38W. 1.-38W. 1995	1.-38W. 1994	Salmonellose	38W. 1.-38W. 1995	38W. 1.-38W. 1994	38W. 1.-38W. 1995	38W. 1.-38W. 1994	38W. 1.-38W. 1995	38W. 1.-38W. 1994	38W. 1.-38W. 1995	38W. 1.-38W. 1994	38W. 1.-38W. 1995															
Baden-Württemberg	0	0	374	9220	13087	158	5096	4613	14	283	374	4	179	365	2	56	62	0	65	88	4	138	137				
Stuttgart	0	0	178	3301	4763	49	1424	1228	7	81	160	3	129	167	1	14	18	0	30	32	0	71	49				
Freiburg	0	0	63	1789	2755	41	1083	869	3	51	60	0	46	62	0	10	15	0	7	18	3	32	40				
Karlsruhe	0	0	84	2693	3108	43	1718	1436	3	88	87	2	85	111	0	59	136	1	24	18	0	24	22				
Tübingen	0	0	48	1537	2460	26	861	890	1	62	67	1	45	56	2	18	42	0	8	10	0	11	26				
Bayern	0	0	558	11832	14587	161	5362	4747	22	365	286	24	593	368	14	471	232	0	63	66	3	102	128	4	72	145	
Oberbayern	0	0	198	3628	4620	63	2621	2047	10	128	133	7	245	183	9	223	85	0	28	28	2	30	36	0	8	18	
Niederbayern	0	0	58	1445	2141	23	468	417	2	31	17	3	70	19	3	62	8	0	3	6	0	12	6	0	2	10	
Oberpfalz	0	0	53	866	1279	15	377	391	1	26	6	4	49	10	0	22	7	0	6	4	0	5	10	1	8	7	
Oberfranken	0	0	53	744	1168	4	244	154	1	26	14	0	41	20	0	31	13	0	5	10	0	20	24	0	20	19	
Mittelfranken	0	0	56	1184	1155	15	699	777	3	67	40	5	73	62	0	73	72	0	7	3	0	12	12	1	7	6	
Unterfranken	0	0	42	1184	1834	19	381	382	3	43	24	1	52	32	0	27	14	0	6	4	0	6	9	0	3	10	
Schwaben	0	0	98	2701	2470	22	672	579	2	34	61	4	63	42	2	43	33	0	7	8	1	17	31	0	0	12	74
Berlin	0	419	453	154	2543	2740	18	800	781	20	561	325	0	237	214	3	112	56	0	20	20	0	20	25	1	12	10
Brandenburg	0	188	215	163	4034	4508	82	2984	2564	4	90	53	2	54	49	0	13	8	0	17	23	1	28	31	0	18	42
Bremen	0	61	82	0	443	429	0	328	351	0	18	16	0	37	44	0	41	41	0	6	6	0	9	4	0	1	0
Hamburg	1	67	0	84	2012	1873	19	1311	1481	14	213	245	4	204	309	3	181	312	0	10	13	0	10	8	0	7	8
Hessen	6	275	267	281	6687	6352	53	2073	1764	22	381	248	10	378	345	3	146	153	0	36	44	1	68	56	0	22	40
Darmstadt	4	190	193	166	3202	3666	29	1095	968	15	269	172	6	226	233	3	75	79	0	27	22	1	44	34	0	10	23
Gießen	2	30	33	40	1080	1184	6	247	265	7	86	33	3	77	43	0	30	31	0	4	7	0	12	13	0	7	13
Kassel	0	55	41	75	1406	1502	19	731	533	0	37	43	1	73	69	0	40	43	0	4	15	0	12	8	0	5	4
Mecklenbg.-Vorpommern	3	141	170	164	3553	4643	61	2892	2410	1	38	20	0	35	35	0	8	8	0	26	26	1	21	22	1	20	58
Niedersachsen	5	508	487	133	6570	7613	55	4415	4219	7	309	289	12	693	471	6	381	326	0	32	50	2	69	78	0	30	62
Braunschweig	0	118	117	0	1532	1588	0	655	732	0	59	83	0	112	108	0	51	54	0	8	7	0	21	21	0	16	46
Hannover	0	173	190	0	1379	1813	0	832	889	0	89	72	0	182	141	0	136	118	0	4	14	0	8	20	0	2	6
Lüneburg	0	78	74	54	1105	1126	23	1036	968	4	49	40	5	130	86	3	88	50	0	9	13	0	11	17	0	4	3
Weser-Ems	5	144	116	79	2654	2987	32	1782	1629	3	112	104	7	259	138	2	118	104	0	11	16	2	28	20	0	8	8
Nordrhein-Westfalen	28	1723	1952	454	14534	15897	321	12889	10998	47	1418	1020	36	1368	926	24	895	523	0	109	91	4	156	184	4	104	278
Düsseldorf	14	652	688	174	4228	4529	131	3483	2892	11	524	330	14	473	314	15	342	187	0	23	32	1	32	40	1	32	46
Köln	0	347	413	0	3517	3427	0	2116	1691	0	320	267	0	230	186	0	197	127	0	23	13	0	29	35	0	14	27
Münster	7	228	234	83	2408	2778	65	2202	1882	13	211	121	6	118	90	1	47	36	0	14	16	2	26	22	0	4	18
Detmold	2	157	181	73	1386	1691	48	1654	1306	4	75	145	5	246	126	4	122	64	0	19	6	0	20	32	0	11	64
Arensberg	5	339	436	114	2894	3572	77	3534	3127	19	288	167	11	292	210	4	277	109	0	30	24	1	48	55	3	43	134
Rheinland-Pfalz	9	337	315	266	4895	5096	57	2873	2492	11	135	112	5	235	189	2	173	145	0	20	36	3	41	80	1	23	126
Koblenz	2	111	87	105	1870	1833	17	1024	781	4	59	26	2	68	67	0	52	18	0	10	12	2	27	48	1	17	90
Trier	1	54	39	25	878	639	11	528	441	2	19	6	1	26	14	1	26	18	0	0	9	0	1	2	0	1	1
Rheinhausen-Pfalz	6	172	179	126	2247	2624	29	1323	1270	5	67	80	2	141	118	1	86	109	0	10	15	1	13	42	0	5	35
Saarland	4	88	102	42	1154	1408	18	989	872	5	43	35	1	48	69	0	21	72	0	4	13	0	16	19	0	13	9
Sachsen	4	168	171	438	5785	7234	196	7826	4346	1	73	82	1	67	77	0	16	26	0	27	31	1	48	31	1	52	86
Chemnitz	4	95	73	104	2256	2689	40	2399	1366	0	30	20	0	34	23	0	7	7	0	7	10	0	21	8	1	7	36
Dresden	0	8	24	270	2142	2640	126	3247	1818	0	21	43	0	24	27	0	4	4	0	12	12	0	18	15	0	30	24
Leipzig	0	65	74	64	1388	2005	30	2260	1162	1	22	18	0	8	27	0	5	14	0	8	8	1	8	8	0	15	25
Sachsen-Anhalt	13	287	284	138	4088	4634	73	3405	3294	4	63	51	0	40	48	0	16	17	3	31	37	2	22	34	0	21	39
Schleswig-Holstein	2	189	0	117	2087	2696	43	1588	1282	8	107	103	2	118	95	2	88	50	0	17	18	0	10	20	0	10	15
Thüringen	0	115	89	138	3103	4381	50	3055	2346	2	75	61	1	34	44	0	8	4	0	18	14	0	15	11	1	14	19
Gesamt	75	4548	4597	3494	81661	87168	1367	57894	48530	182	4173	3330	104	4434	3679	60	2847	2337	6	481	550	18	700	830	17	557	1075

## Übrige meldepflichtige Infektionskrankheiten 38. Woche 1995

	38. Wo. 1995	1.-38. Wo. 1995	1.-38. Wo. 1994	1.-52. Wo. 1994
Botulismus	0	5	11	13
Brucellose	0	24	21	27
Cholera	0	1	1	7
Diphtherie	0	3	6	6
Fleckfieber	0	2	1	1
Gasbrand	2	100	100	138
Gelbfieber	0	0	0	0
hämorrh. Fieber	0	0	0	1
Lepra	0	2	4	5
Leptospirose Weil	1	15	11	17
Leptospirose, sonstige	1	10	6	11
Malaria	18	714	605	814
Meningitis, übrige Formen	8	407	1263	1525
Milzbrand	0	0	1	1
Ornithose	1	143	93	136
Paratyphus	5	71	76	114
Pest	0	0	0	0
Poliomyelitis	0	0	0	1
Q-Fieber	2	36	59	64
Rotz	0	0	0	0
Rückfallfieber	0	0	1	1
Shigellose	85	1238	1593	2298
Tetanus	1	8	11	17
Tollwut	0	0	0	0
Trachom	0	9	3	4
Trichinose	2	7	0	0
Tularämie	1	1	4	5
Typhus	3	99	129	174
angeborene				
- Listeriose	0	27	17	22
- Lues	0	2	5	7
- Rötelnembryopathie	0	0	1	1
- Toxoplasmose	0	18	13	24
- Zytomegalie	0	12	10	17
Gonorrhoe	4	1211	1028	
Syphilis	8	314	270	

## Bemerkungen zu den Tabellen auf Seite 6 und 7

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 7 (letzte Spalte) keine Vorjahressummen für Gonorrhoe und Syphilis aus.