

Epidemiologisches Bulletin



**Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten**

14/96

Zur Prophylaxe der Meningokokken-Meningitis

Unterschiedliche Strategien je nach epidemischer Situation

Nicht zuletzt im Zusammenhang mit der Epidemie in Afrika gewinnen die Möglichkeiten der Prophylaxe der Meningokokken-Meningitis an aktuellem Interesse. Im Fall des Auftretens von sporadischen oder epidemisch gehäuften Meningokokken-Meningitiden stehen zwei bewährte Verfahren, die Chemoprophylaxe (mit Rifampicin) und die Impfpfropylaxe zur Verfügung. Ihr Einsatz wird von der epidemischen Situation bestimmt:

Chemoprophylaxe: Der Einsatz der Chemoprophylaxe ist effektiv in der Umgebung sporadisch auftretender Erkrankungsfälle oder kleinerer, räumlich eng begrenzter Ausbrüche, d.h. in einer Situation, wie sie z.B. in der Regel in den europäischen Ländern besteht. Die Chemoprophylaxe verhütet durch die Sanierung bereits infizierter, aber noch gesunder Personen weitere Erkrankungsfälle (**individuelle Indikation**) und verhindert durch die Sanierung von unbekanntem Meningokokkenträgern, die in der Umgebung Erkrankter vermehrt zu erwarten sind, gleichzeitig weitere Infektionen (**epidemiologische Indikation**).

Eine Chemoprophylaxe sollte ohne Zeitverzug bei den unmittelbaren Kontaktpersonen eines Erkrankten eingeleitet werden (d.h. bei Personen mit einem Face-to-face-Kontakt zum Erkrankten, wie z.B. Familienangehörigen, Intimpartnern, Kindern der gleichen Gruppe in Kindertagesstätten oder Heimen). Nicht indiziert ist die Chemoprophylaxe bei Personen ohne diesen engen körperlichen Kontakt. Die Erfassung der Kontaktpersonen in der Familie und die Einleitung der Chemoprophylaxe für diesen Kreis erfolgt in der Regel durch den erstbehandelnden Arzt. Die Meldung einer Meningokokken-Meningitis bzw. eines Waterhouse-Friderichsen-Syndroms an das Gesundheitsamt muß umgehend und sollte – über die Festlegung im BseuchG hinaus – möglichst schon im Falle eines Verdachtes per Telefon erfolgen. Die Meldung ermöglicht die rasche Erfassung und prophylaktische Behandlung von Kontaktpersonen außerhalb der Familie durch das Gesundheitsamt.

Zur Chemoprophylaxe wird als Mittel der Wahl Rifampicin angesehen. Dosierung: 20 mg/kg KG/Tag, verteilt auf 2 Dosen, maximal 600 mg/Dosis, für 2 Tage; bei Säuglingen im 1. Trimenon kann die Einzeldosis auf 5 mg/kg KG reduziert werden (*Quelle: Infektionen bei Kindern und Jugendlichen, DGPI-Handbuch 1995, Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, München 1995*).

Diese Woche:

**Prophylaxe der
Meningokokken-
Meningitis**

**Fallbericht:
Meningokokkensepsis**

**Meningokokkenstämme
in Europa 1994**

**Fallbericht:
Diphtherie-Laborinfektion**

9. April 1996

ROBERT KOCH
RKI INSTITUT

Die Chemoprophylaxe verliert ihre Bedeutung als allgemein anzuwendende prophylaktische Maßnahme im Rahmen einer sich anbahnenden oder bereits ausgeprägten Epidemie. Man kann davon ausgehen, daß die Verbreitung der Meningokokkenstämme in der von der Epidemie betroffenen Bevölkerung dann einen so hohen Grad erreicht hat, daß die individuelle Infektionswahrscheinlichkeit durch die nur kurzzeitig wirkende Chemoprophylaxe nur unwesentlich beeinflusst wird, weil Reinfektionen unmittelbar folgen. Gegen einen umfassenderen Einsatz der Chemoprophylaxe in einer epidemischen Situation spricht auch, daß mit Resistenzproblemen sowie mit einer größeren Zahl von toxischen Nebenwirkungen zu rechnen wäre. Der Einsatz der Chemoprophylaxe in begründeten Einzelfällen ist natürlich möglich.

Schutzimpfung in Epidemien: Im Falle von Epidemien durch Meningokokken der Serogruppen, gegen die Impfstoffe verfügbar sind (Serogruppen A, C sowie Serogruppen A, C, W 135, Y), sind Massenimpfungen zur Eindämmung der weiteren Ausbreitung der Epidemie erforderlich. Das betrifft vor allem Ausbrüche, wie sie in vielen Entwicklungsländern, ganz besonders im Meningitisgürtel Afrikas (Sahelzone vom Sudan bis zum Senegal) und in Südamerika (Brasilien, La-Plata-Staaten), aber auch in einigen asiatischen Ländern (gegenwärtig besonders in der Mongolei) periodisch auftreten. Aber auch in Europa kommen gelegentlich Ausbrüche vor, die durch Stämme der Serogruppen A oder C verursacht werden und bei denen eine Impfprophylaxe in Betracht gezogen werden kann.

Fallbericht: Meningokokkensepsis

Klinischer Notfall / Differentialdiagnostik kann Probleme bereiten

Eine 21jährige Studentin kam kurz vor Weihnachten mit Augenrötung und Zeichen eines grippalen Infektes nach Hause. Nach einer zunächst zunehmenden Besserung traten am 28.12.95 plötzlich starke Kopfschmerzen, Fieber um 39°C, Erbrechen und Durchfall auf. Nach einem Kollaps in der Arztpraxis wurde sie – bereits ohne Bewußtsein – sofort in ein Krankenhaus eingewiesen. Es zeigten sich kleinfleckige disseminierte Effloreszenzen. Liquorbefund: Zellzahl 45/mm³, Liquorlactat 6,2 mmol/l, sonst unauffällig. Abends kam es zum Schock, es wurde intubiert. Unter der weiteren Behandlung – hochdosiert Katecholamine, Plasmainfusionen, Penicillin, Gentamicin, Acidoseausgleich, Cortison – nahmen die hämorrhagischen Hauteffloreszenzen zu, traten Lidödeme, Lungenödem, Perikard- und Pleuraerguß auf und kam es zum Nierenversagen. Bei nicht mehr meßbarem Blutdruck wurden Reanimationsmaßnahmen eingeleitet, die leider erfolglos blieben (30.12.95).

Zur Klärung der Ursache wurden mehrere Blutkulturen, Bronchiallavage, Trachealsekret, Liquor und Blutproben im Zentrallabor des Krankenhauses sowie in weiteren Speziallaboratorien untersucht. Wegen der ablaufenden Influenzaepidemie wurde zunächst an eine Influenza (A oder B) gedacht. Die behandelnden Ärzte zogen ferner eine Leptospirose und eine Hantavirus-Infektion in Erwägung.

Die Schutzimpfungen mit einer Polysaccharid-Vakzine bewirken, daß rasch eine zuverlässige Immunität entsteht, die zwar nur zeitlich begrenzt ist (bis zu 3 Jahren), aber im Rahmen einer entstehenden Epidemie höchst effektiv wirkt. Massenimpfungen sollten sofort durchgeführt werden, wenn die Surveillance Belege dafür liefert, daß eine endemische in eine epidemische Situation übergeht. In diesem Falle sind Impfungen innerhalb des epidemischen Herdes, aber auch in angrenzenden Gebieten mit einer geringeren Zahl von Erkrankungsfällen, unabhängig von der Inzidenz begründet. Optimal wäre dann die Impfung der gesamten Bevölkerung. Ist das nicht realisierbar, müssen besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen wie Kinder und Jugendliche sowie die Bevölkerung in städtischen Ballungsräumen vordringlich geimpft werden.

Schutzimpfung von Reisenden: Reisenden in ein Gebiet mit einer aktuellen Epidemie (durch Erreger der Serogruppe A oder C) wird die vorherige Impfung empfohlen. Bei Reisen in Gebiete mit einem hyperendemischen Auftreten von Meningokokken-Meningitis (A oder C) besteht eine Impfempfehlung bei längerem Aufenthalt oder bei voraussichtlichen engen Kontakten zur einheimischen Bevölkerung (z.B. durch die Tätigkeit, die Unterkunft oder die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel). Eine Beratung durch in der Reisemedizin erfahrene Ärzte ist sinnvoll. Zum Einsatz der Impfung gegen Meningokokken-Meningitis zum Schutz von Auslandsreisenden siehe auch *Epidemiologisches Bulletin* 11/96.

Diese Erreger konnten ausgeschlossen werden. Schließlich gelang der Nachweis gramnegativer Meningokokken in einem Grampräparat aus einer 4 Tage bebrüteten und zuvor als negativ beurteilten Blutkultur, so daß sich der Verdacht auf *Neisseria meningitidis* erhärtete. Die Bestätigung erfolgte durch den direkten Antigennachweis über Latexagglutination und nachfolgend auch durch die Subkultur aus der Blutkulturflasche. Im Blutkuchen einer der Proben war der PCR-Nachweis für *Neisseria meningitidis* positiv. Die anderen Proben lieferten ein negatives Ergebnis. Der isolierte Stamm wurde am Hygieneinstitut der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg typisiert: *N. meningitidis* Serogruppe B, Serotyp 15, Serosubtyp P 1.7; damit handelt es sich um einen in Deutschland vorkommenden und im vergangenen Jahr mehrfach typisierten Stamm. – Zur Vorgeschichte ist lediglich bekannt, daß die Studentin am Studienort in einem Wohnheim wohnte und dort Kontakt mit afrikanischen Studenten hatte; Mitte Dezember hatte sie sich eine Woche in London aufgehalten. – Diese foudroyant verlaufene akute Meningokokkensepsis mit Kreislaufkollaps und Nierenversagen zeigt, daß es immer wieder Meningokokkeninfektionen gibt, die auch intensivmedizinisch nicht zu beeinflussen sind.

Quelle: Laborstatistik März 1996 des Medizinisch-Diagnostischen Gemeinschaftslabors Prof. Dr. med. Gisela Enders und Kollegen.

Meningokokkenstämme in Europa 1994

Die Situation bei den Erkrankungen durch Meningokokken war 1994 in Europa unverändert (mittlere Inzidenz 1,3 pro 100.000 Einw., mittlere Gesamtleblichkeit 7,6%, Letalität der Meningokokkensepsis 9,6%). Die Isolate von *Neisseria meningitidis* gehörten überwiegend zur **Serogruppe B**. In der Tschechischen Republik gab es weiterhin kleinere Ausbrüche durch Stämme der Gruppe C:2a, im Raum

Moskau durch Stämme der Gruppe A. Etwa die Hälfte der Stämme wies eine Sulfonamidresistenz auf, aber weniger als 10% waren resistent gegen Penizillin.

Quelle: WHO Kopenhagen, CD News, Nr. 11, März 1996 (auf der Basis eines Berichts v. M. Conolly u. N. Noah (London) "Surveillance of Bacterial Meningitis in Europe 1994")

Fallbericht: Diphtherie-Laborinfektion

Infektionsprävention in Laboratorien bleibt wichtig

Mitte März wurde eine 41jährige Frau, die am Tage zuvor wegen Halsschmerzen einen Heilpraktiker aufgesucht hatte, mit einer sich entwickelnden und schwer verlaufenden klassischen Rachendiphtherie als Notfall in die HNO-Klinik einer Universität aufgenommen und sofort tracheotomiert. Auf Grund von EKG-Veränderungen erfolgte zur intensivmedizinischen Überwachung die Verlegung in die Medizinische Klinik. Eine Penicillin-Therapie wurde intravenös eingeleitet und 10 Tage lang fortgesetzt. Gleichzeitig erhielt die Patientin Diphtherie-Antitoxin (3 Tage). Ein vor der Therapie gewonnener Rachenabstrich erbrachte den Nachweis von *Corynebacterium diphtheriae*. Die Erkrankung besteht bisher noch fort; eine akute Myokarditis bildet sich nur langsam zurück.

Die Patientin war mit weiteren medizinisch-technischen Assistentinnen Teilnehmerin einer Weiterbildung zur Fachassistentin Mikrobiologie und hatte in diesem Rahmen drei Tage vor dem Beginn der Erkrankung an einem bakteriologischen Kurs teilgenommen, in dem zu Demonstrationszwecken u.a. mit dem stark toxinbildenden Kontrollstamm *C. diphtheriae* NCTC 10648 gearbeitet wurde. Die Infektion wurde erst durch das Auftreten der Krankheitserscheinungen festgestellt. Wie sich die berufserfahrene MTA infiziert haben könnte, ist unklar. Der von der Patientin isolierte Stamm zeigt die gleichen Merkmale wie der Stamm, mit dem gearbeitet wurde. Es käme eine unterlassene oder nicht sachgemäß durchgeführte Händedesinfektion in Betracht, eventuell lag eine unbemerkte Außenkontamination der Petrischale vor.

Nach Angaben der Patientin und ihrer Angehörigen wurde sie in der Kindheit gegen Diphtherie geimpft. Ein entsprechender Nachweis konnte allerdings bisher nicht erbracht werden. Vor einem Jahr hatte sie anlässlich einer außereuropäischen Auslandsreise eine Diphtherie-Impfung erhalten, die vom impfenden Arzt als Auffrischimpfung eingeordnet wurde. Verwendet wurde Td-Adsorbat-Impfstoff für Erwachsene, der einen reduzierten Diphtherietoxoid-Anteil enthält. Eine derartige Impfung schützt nur auf der Basis einer vollständigen Grundimmunisierung. Zur endgültigen Beurteilung der Frage des Impfschutzes im vorliegenden Fall wären verlässliche, dokumentierte Angaben zur Impfanamnese notwendig.

Eine weitere Kursteilnehmerin suchte nach den ersten Anzeichen einer Halsentzündung eine Ärztin für Allgemeinmedizin auf. Nach dem Hinweis auf die Möglichkeit einer Diphtherie erfolgte trotz eines untypischen Bildes eine Behandlung mit Erythromycin und eine Antitoxingabe. Die Untersuchung eines Rachenabstriches ergab einen für eine Plaut-Vincent-Angina typischen Befund. Der weitere Verlauf war blande. Bei den übrigen Teilnehmerinnen traten keine Krankheitszeichen auf. Soweit möglich wurden bei ihnen nachträglich Rachenabstriche durchgeführt, die alle einen negativen Befund hatten.

Wir möchten uns bei den beteiligten Kollegen sehr für die uns zur Verfügung gestellten Informationen und die besondere Unterstützung bei der Vorbereitung des Beitrages bedanken

Die Bedeutung, die der Diphtherie gegenwärtig aus arbeitsmedizinischer Sicht zuerkannt wird, ergibt sich überwiegend aus dem Risiko im Zusammenhang mit beruflichen Auslandsaufenthalten. Diphtherie-Laborinfektionen sind heute nicht mehr bekannt, vor allem auch deshalb, weil die Diphtheriediagnostik auf Grund der günstigen epidemischen Situation z.Z. kaum noch ausgeübt wird. Die hier beschriebene Laborinfektion soll – ganz allgemein und unabhängig von dem aktuellen Ereignis – zum Anlaß genommen werden, auf die grundsätzlich bestehende Infektionsgefährdung in mikrobiologischen Laboratorien hinzuweisen.

Die Impfeempfehlung der Ständigen Impfkommission am RKI (STIKO) strebt für Erwachsene einen aktuellen Impfschutz an, der durch die Grundimmunisierung (3 Impfungen) und – bei dokumentierter Grundimmunisierung – durch Auffrischimpfungen in 10jährigem Abstand erreicht wird. Dieser allgemeinen Empfehlung sollte im Fall einer Tätigkeit an bakteriologischen Arbeitsplätzen erst recht gefolgt werden. Mit toxinbildenden *C. diphtheriae*-Stämmen muß im Rahmen der bakteriologischen Routinediagnostik immer gerechnet werden. – Wichtige Regelungen zur Infektionsprävention finden sich in der Unfallverhütungsvorschrift Gesundheitsdienst (VBG 103), z.B. zur Unterweisung (§ 2), Immunisierung (§ 4), Händedesinfektion (§ 6), Schutzkleidung (§ 7). – An dieser Stelle sei noch auf die EG-Richtlinie 90/679/EWG »Biologische Arbeitsstoffe« hingewiesen, an deren Umsetzung in deutsches Recht noch gearbeitet wird.

Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten

Stand: 11. Woche (11.3. – 17.3.1996)

Land Regierungsbezirk	Enteritis infectiosa						Virushepatitis								
	Salmonellose			übrige Formen			Hepatitis A			Hepatitis B			übrige Formen		
	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.	11.	1.–11.	1.–11.
	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	
Gesamt	1148	11221	13467	2742	18493	18732	79	1118	1329	116	1276	1255	105	1017	746
Baden-Württemberg	92	1028	1496	158	1104	1289	11	102	101	11	82	74	10	82	50
Stuttgart	33	371	545	32	286	385	2	46	41	3	28	34	4	32	24
Freiburg	19	235	278	42	225	283	8	22	8	2	21	15		9	4
Karlsruhe	29	252	422	65	407	421	1	22	25	4	22	20	5	27	18
Tübingen	11	170	251	19	186	200		12	27	2	11	5	1	14	4
Bayern	152	1429	1739	275	1780	1538	16	102	112	25	242	125	23	245	117
Oberbayern	30	407	511	144	870	758	8	48	39	10	99	40	9	101	60
Niederbayern	10	103	199	23	149	99	2	8	4	2	26	18	3	56	2
Oberpfalz	13	154	127	14	165	114		5	2	2	18	6		15	5
Oberfranken	49	237	101	14	91	93		5	11	1	16	13	1	12	7
Mittelfranken	14	157	192	23	227	235	2	12	39	4	22	22	4	24	28
Unterfranken	18	143	157	40	125	88	1	6	11	4	23	15	1	10	10
Schwaben	18	228	452	17	153	151	3	18	6	2	38	11	5	27	5
Berlin	39	336	550	57	332	370	11	134	244	8	73	74	1	35	40
Brandenburg	63	488	529	253	1637	988	1	13	31	1	9	15	1	3	2
Bremen	9	77	95	8	97	95	1	5	7	1	9	12	1	17	9
Hamburg	32	296	353	74	574	492	4	104	57	4	45	61	2	41	50
Hessen	68	887	898	89	673	547	8	128	76	9	122	135	6	63	37
Darmstadt	62	596	504	39	330	295	4	63	61	6	76	86	3	26	21
Gießen	4	127	153	13	89	76		41	11		25	26	2	19	8
Kassel	2	164	241	37	254	176	4	24	4	3	21	23	1	18	8
Mecklenburg-Vorp.	61	406	433	122	756	1022		8	12		6	14			6
Niedersachsen	74	890	1175	190	1409	1422	4	66	103	14	164	229	6	107	111
Braunschweig	14	163	272	41	209	270	2	24	30	6	50	49	2	21	16
Hannover *		170	224 *		204	269 *		14	28 *		41	61 *		27	31
Lüneburg	25	209	210	58	402	373	2	13	12	1	21	35	1	25	36
Weser-Ems	35	348	469	91	594	510		15	33	7	52	84	3	34	28
Nordrhein-Westfalen	241	2205	2779	445	3682	4081	20	304	473	30	376	363	40	298	224
Düsseldorf	89	695	788	124	1053	1018	6	110	168	11	127	120	14	95	73
Köln	57	530	683	63	599	687	8	88	138	11	99	50	18	101	44
Münster	30	321	522	63	549	601	3	37	61	2	45	44	1	8	14
Detmold	22	179	221	31	362	430		14	30	2	38	88	1	30	30
Arnsberg	43	480	565	164	1119	1345	3	55	76	4	67	61	6	64	63
Rheinland-Pfalz	60	742	940	125	879	930		36	34	6	65	57	7	59	58
Koblenz	28	275	319	40	257	386		7	19	1	18	21	1	17	15
Trier	9	122	196	30	208	125		1	4		7	8	2	10	10
Rheinl.-Pf.	23	345	425	55	414	419		28	11	5	40	28	4	32	33
Saarland	15	123	136	33	270	267	1	13	14		8	15		1	10
Sachsen	116	990	832	462	2620	2713		45	9	4	20	14	3	11	5
Chemnitz	42	397	357	170	1085	749		26	4		6	10	1	4	3
Dresden	34	327	260	150	906	795		14	3	1	7	3	1	2	2
Leipzig	40	266	215	142	629	1169		5	2	3	7	1	1	5	
Sachsen-Anhalt	51	586	720	249	1171	1370	1	11	18		13	16	2	6	2
Schleswig-Holstein	34	303	291	93	485	350		24	23	3	36	40	2	40	24
Thüringen	41	435	501	109	1024	1258	1	23	15		6	11	1	9	1

Stand: 11. Woche (11.3. – 17.3.1996)

Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten


Meningitis/Enzephalitis											Shigellose			Land Regierungsbezirk		
Meningokokken-M.			andere bakterielle M.			Virus-Meningoenzeph.			übrige Formen			11.	1.-11.		1.-11.	
11.	1.-11.	1.-11.	11.	1.-11.	1.-11.	11.	1.-11.	1.-11.	11.	1.-11.	1.-11.					11.
1996	1995		1996	1995		1996	1995		1996	1995		1996	1995			
17	218	143	22	233	198	10	64	82	2	49	61	17	183	269	Gesamt	
	20	19	2	15	17			2	7			1	27	48	Baden-Württemberg	
	6	5	1	5	6			1	3				9	7	Stuttgart	
	4	7		1	2								8	12	Freiburg	
	4	4		4	8					1	2		6	10	Karlsruhe	
	6	3	1	5	1			1	1			1	4	19	Tübingen	
	13	19	2	27	32	1	8	9		8	10	7	59	53	Bayern	
	5	9		7	11			2	2		3	1	5	35	37	Oberbayern
		2		1	1						1			2	4	Niederbayern
		1		4	1							1	2	1	1	Oberpfalz
	3	3		1	5	1	2	2			1	1		1	1	Oberfranken
	1	3	1	5	7							5		4	4	Mittelfranken
	1			4	2			2				1	1	5		Unterfranken
	3	1	1	5	5			2	4		2	2	1	10	7	Schwaben
2	10	3	1	29	8			2	3		4	7		5	20	Berlin
1	9	5	5	8	5	2	3	5						2	14	Brandenburg
	4	3		3	5			1			3			1	1	Bremen
1	2	1		4	6									7	10	Hamburg
1	12	9		9	18			1	2		3	8	2	10	16	Hessen
1	9	8		4	9				2		3	4	1	9	15	Darmstadt
	1			4	5								3	1	1	Gießen
	2	1		1	4			1							1	Kassel
	7	8		5	2			6	2				2	6	3	Mecklenburg-Vorp.
2	15	9		22	16			2	8		6	8	1	4	11	Niedersachsen
	5	2		7	3			1	6		1	2			3	Braunschweig
*	2	1	*	3	3	*				*	2	1	*	1	2	Hannover
1	2	2		6	4							2	1	2	1	Lüneburg
1	6	4		6	6			1	2		3	3		1	5	Weser-Ems
5	58	30	5	54	47	2	16	17		9	12		14	16		Nordrhein-Westfalen
3	15	5	3	15	11			2	8		2	1		3	4	Düsseldorf
1	12	8		13	10	2	5	3		1				8	5	Köln
	9	6	1	5	5						1	1				Münster
	8	4		8	5			1	2					1	3	Detmold
1	14	7	1	13	16			8	4		5	10		2	4	Arnsberg
	5	8	1	6	11			1	9			10		15	14	Rheinland-Pfalz
	2	2	1	3	7			1	7					2	8	Koblenz
														2	1	Trier
	3	6		3	4				2			2		11	5	Rheinl.-Pf.
1	2	1	1	5	6				2		1	1	1	2	1	Saarland
1	26	8	3	19	12	4	16	8		1				17	51	Sachsen
	6	1		5	8	3	5	2						2	15	Chemnitz
1	17	4	2	11	3			6	4		1			7	25	Dresden
	3	3	1	3	1	1	5	2						8	11	Leipzig
1	16	7		8	6	1	4	6					3	7	3	Sachsen-Anhalt
1	8	8	1	12	1						4	2		1	4	Schleswig-Holstein
1	11	5	1	7	6			2	3					6	4	Thüringen

Wochenstatistik – andere meldepflichtige Infektionskrankheiten

Stand: 11. Woche (11.3. – 17.3.1996)

Krankheit	11. Woche	1.– 11. Woche	1.– 11. Woche	1.– 52. Woche
	1996	1996	1995	1995
Botulismus		8	3	12
Brucellose		2	8	36
Cholera				1
Diphtherie			2	4
Fleckfieber				3
Gasbrand	1	16	24	134
Gelbfieber				
Hämorrh. Fieber		1		
Lepra				2
Leptospirose, M. Weil		1	2	26
Leptospirose, sonstige	1	1	2	20
Malaria	17	195	237	947
Milzbrand				
Ornithose	8	43	59	180
Paratyphus		5	11	96
Pest				
Poliomyelitis			1	4
Q-Fieber		5	9	45
Rotz				
Rückfallfieber				
Tetanus	1	1	1	12
Tollwut				
Trachom		2	2	9
Trichinose		1	1	11
Tularämie	1	1		2
Typhus	2	17	27	162
angeborene				
Listeriose	2	8	7	40
Lues		1	1	4
Rötelnembryopathie				2
Toxoplasmose		9	7	23
Zytomegalie		3	6	13

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* gewährleistet 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 – und dient damit der Optimierung der Prävention.

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). Es kann im *Jahresabonnement* in Verbindung mit der vierteljährlich erscheinenden Zeitschrift *Infektionsepidemiologische Forschung (InfFo)* für einen Unkostenbeitrag von DM 96,00 per Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit DM 8,00 je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Das *Epidemiologische Bulletin* kann außerdem über die Fax-Abbruffunktion (Polling) unter der Nummer 030 / 45 47 – 22 65 abgerufen werden.

Vertrieb und Abonentenservice
Vertriebs- und Versand GmbH
Düsterhauptstr. 17
13469 Berlin
Abo-Tel.: 030 / 403 53 55

Druck
Paul Fieck KG, Berlin

Nachdruck
mit Quellenangabe gestattet