

Epidemiologisches *Bulletin*



**Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten**

25/96

WHO-Beratung zur Bekämpfung von Diphtherie und Poliomyelitis in den Nachfolgestaaten der UdSSR

In der Zeit vom 3.–5 Juni 1996 fand – angeregt durch das Robert Koch-Institut und finanziert durch das Bundesministerium für Gesundheit – in Berlin eine Beratung der WHO zur Bekämpfung von Diphtherie und Poliomyelitis in den Nachfolgestaaten der UdSSR statt. An dieser Beratung nahmen Infektionskliniker und Epidemiologen sowie Vertreter der Organisationen, die durch Hilfsangebote und Spenden die laufenden Bekämpfungsprogramme fördern, teil. Vertreten waren Armenien, Aserbaidschan, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgistan, Lettland, Litauen, Moldawien, Rußland, Tadschikistan, Turkmenistan, die Ukraine, Usbekistan und Weißrußland.

Gegenstand des ersten Teils der Beratung war die Evaluierung des Konzepts zur Verhütung und Bekämpfung der Diphtherie in Osteuropa, das 1995 auf einer ersten vom RKI im Auftrag der WHO ausgerichteten Beratung verabschiedet worden war. Die Schwerpunkte dieses Programms sind:

- Impfkampagnen zur Immunisierung der gesamten Bevölkerung,
- eine frühzeitige Diagnose und fachgerechte Behandlung aller Erkrankungen,
- das unverzügliche Erfassen und vorbeugende Behandeln der Kontaktpersonen.

Eine ausgedehnte Diphtherieepidemie ist seit 1990 zuerst in Rußland und der Ukraine, dann in allen anderen Ländern der ehemaligen UdSSR aufgetreten. Im Jahr 1995 traten über 50.000 Erkrankungen und mehr als 1.500 Todesfälle auf. Mit Unterstützung der internationalen Gebergemeinschaft, die bisher für dieses Programm mehr als 20 Mio. Dollar bereitgestellt hat, wurden 1995 Massimpfkampagnen durchgeführt. In der Beratung wurde über die bisherigen Erfolge bei der Bekämpfung der Diphtherie berichtet. Ein deutlicher Rückgang der Zahl der Erkrankungen ist in den baltischen Republiken, Moldawien und Aserbaidschan zu verzeichnen. Dagegen ist trotz aller Bemühungen die Zahl der Erkrankungen in der Ukraine und in Zentralasien gegenwärtig noch weiter angestiegen.

Ausgehend von der Epidemie in Osteuropa ist es zu Einschleppungen der Diphtherie in Finnland, Norwegen, Deutschland, Polen und der Mongolei gekommen. Das unterstreicht die Bedeutung eines aktuellen Impfschutzes, vor allem auch für Erwachsene, in Deutschland.

Diese Woche:

**Bekämpfung von
Diphtherie und
Poliomyelitis
in den UdSSR-
Nachfolgestaaten**

**Salmonella-enteritidis-
Gruppenerkrankung**

**Leistungsangebot des NRZ
für Hepatitis-C-Viren**

**Fledermaus-Tollwut
in England**

**Tuberkulose-
Schutzimpfung
bei beruflicher
Exposition?**

25. Juni 1996

ROBERT KOCH
RKI INSTITUT

Der zweite Teil des Treffens galt dem in der Region zu leistenden Beitrag zur Ausrottung der **Poliomyelitis**. Dabei ergeben sich zwei Schwerpunkte:

- die Durchführung von Massenimpfkampagnen für alle Kinder im Vorschulalter und
- der Aufbau eines laborgestützten Überwachungssystems für Polioverdachtsfälle.

In den Jahren 1995 und 1996 wurden in sieben Nachfolgestaaten der UdSSR – Rußland, Turkmenistan, Aserbaidschan, Armenien, Kasachstan, der Ukraine und Usbekistan – im Rahmen der von der WHO koordinierten internationalen Kampagne »MECACAR« (= **M**editerranean region, **C**aucasus, **C**entral Asian Republics) mehr als 95% aller Kinder im Vorschulalter geimpft. Ziel dieser Kampagne ist die Ausrottung

der Poliomyelitis in der Mittelmeerregion, dem Kaukasus und den zentralasiatischen Republiken. Während 1995 aus den an der Beratung beteiligten Ländern noch 171 Polioerkrankungen gemeldet worden waren, ist 1996 bisher kein einziger Erkrankungsfall registriert worden. Auch in den Jahren 1996 und 1997 sollen in den MECACAR-Ländern jeweils rund 60 Millionen Kinder mit dem oralen Polioimpfstoff geimpft werden. In den meisten europäischen Ländern arbeiten heute nationale Referenzzentren zur Überwachung der Poliomyelitis. Um das Ziel der WHO zu erfüllen und in allen Ländern der Region bis zum Jahr 2000 die Ausrottung der Poliomyelitis zu bestätigen, ist es erforderlich, den Nachfolgestaaten der ehemaligen UdSSR weitere technische und finanzielle Unterstützung beim Aufbau eigener Referenzzentren zu geben.

Gruppenerkrankung durch *Salmonella enteritidis*

Im Rahmen eines »Jagdessens«, an dem 65 Personen teilgenommen hatten, wurde als Dessert eine mit rohem Eischnee verfeinerte Moccacreme gereicht. Am nächsten Tag erkrankten 20 Personen an einer fieberhaften Gastroenteritis. Im Stuhl wurde *S. enteritidis* nachgewiesen. Bei Kontrolluntersuchungen erhöhte sich die Zahl der infizierten Personen auf 37. Ein Teil der isolierten Stämme wurde im NRZ für Salmonellen und andere Enteritiserreger (RKI, Bereich Wernigerode) feintypisiert. Sie wurden dem **Lysotyp 8/7** (Lysotypie-System nach Ward / Lysotypie-System nach Laszlo) zugeordnet. Dieser in den USA gegenwärtig dominierende und mit Nutzgeflügel assoziierte Lysotyp ist in Deutschland bisher relativ selten beobachtet worden, er hat einen Anteil von 5 bis 7% an den typisierten Stämmen des Serovars enteritidis (in Deutschland dominiert der Lysotyp 4/6).

Eine Rückstellprobe der als Ansteckungsquelle verdächtigten Moccacreme stand nicht mehr zur Verfügung. In

einer Restmenge von 8 Eiern konnte der Erreger nicht nachgewiesen werden.

Für die Angaben zu dieser Gruppenerkrankung danken wir dem Gesundheitsamt des Landkreises Northeim und dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt Hannover.

Der Kurzbericht über diese im Mai abgelaufene Gruppenerkrankung verdeutlicht die auch nach der *Verordnung über die hygienischen Anforderungen an das Behandeln und Inverkehrbringen von Hühnereiern und rohehaltigen Lebensmitteln* (Hühnereiverordnung) aus dem Jahre 1994 weiterhin bestehende Problematik, daß in Gaststätten und Gemeinschaftseinrichtungen unter bestimmten Bedingungen rohe Eier in Speisen, die danach nicht mehr erhitzt werden, verwendet werden dürfen. Die in der Verordnung festgelegten Bedingungen für die Verwendung roher Eier wurden nach dem vorliegenden Bericht eingehalten, konnten aber eine Vermehrung im kontaminierten Lebensmittel offensichtlich nicht verhindern.

Leistungsangebot des Nationalen Referenzzentrums für Hepatitis-C-Viren

Das NRZ für Hepatitis-C-Viren bietet seinen Partnern – behandelnden Ärzten, Laboratorien, Gesundheitsbehörden – folgende Leistungen an:

- Beratung zu Fragen der Diagnostik, Epidemiologie und der Infektionsprävention der HCV-Infektionen,
- Übernahme spezieller diagnostischer Aufgaben (z.B. im Rahmen der Bestimmung von Infektionsquellen durch Sequenzvergleiche der Isolate bei Hämodialyse- oder Hämophiliepatienten, Drogenabhängigen, Mutter-Kind-Übertragungen),
- nähere Charakterisierung von HCV-Isolaten, die mit den z.Z. üblichen Methoden der HCV-Genotypisierung nicht eingeordnet werden können oder die keine übliche Immunantwort zeigen,

- Beratung der Laboratorien zur Auswahl und zum Einsatz diagnostischer Methoden, Bereitstellung von Standards für die Qualitätssicherung (z.B. für die qualitative und quantitative Bestimmung von HCV-RNA),
- Abgabe von Referenzvirusstämmen (Typen und Subtypen, die in Europa prävalent sind) zur Evaluierung von Typisierungsmethoden auf serologischer oder molekularbiologischer Basis.

Bei speziellen diagnostischen Anforderungen wird eine vorherige Absprache mit dem Labor erbeten. – Das NRZ ist wie folgt zu erreichen:

*Universitätsklinikum Essen, Institut für Virologie
– NRZ für Hepatitis-C-Viren –
Robert-Koch-Haus
45122 Essen
Tel.: 0201 / 723-3550, Fax: 0201 / 723-5929*

Fledermaus-Tollwut in England

In Newhaven an der Südküste Englands hatten um den 30. Mai vier Personen Kontakt zu einer insektenfressenden Fledermaus, bei der die Diagnose ›Tollwut‹ gesichert wurde, nachdem sie getötet und untersucht worden war. Drei der exponierten Personen erhielten unmittelbar eine kombinierte Tollwutimmunisierung, bei der vierten war noch der Urlaubsort zu ermitteln. – Großbritannien ist seit langem frei von Tollwut. Es handelt sich vermutlich um einen isolierten Import. Das für die Überwachung der Tollwut-situation bei Tieren zuständige *Central Veterinary Laboratory* des britischen Ministeriums für Landwirtschaft, Fischerei und Ernährung (MAFF) untersuchte seit 1987 neben den anderen potentiellen Virusträgern auch 1.800 Fledermäuse auf Tollwutvirus, ohne einen Nachweis zu führen. Es wird nachträglich versucht, die wahrscheinliche Herkunft des tollwut-positiven Tieres zu ermitteln.

Quelle: *CDR Weekly, London, 24/1996, 14.06.96*

Kommentar zur Situation in Europa: In Europa kommen – ebenso wie in den USA und Kanada – nur insektenfressende Fledermäuse vor. Sie sind ein zusätzliches Tollwut-Virusreservoir. Von 1987 bis 1995 gab es in Europa 142 Virusnachweise bei Fledermäusen. Diese Befunde stammten fast ausschließlich aus den Niederlanden, Dänemark und Deutschland. Im Jahr 1995 betrug der Anteil der Befunde bei Fledermäusen 0,7% aller Nachweise bei Tieren (1994: 0,9%). Gegenwärtig handelt es sich eher um Einzelfälle. (Diese Zahlenangaben über den Tollwutnachweis bei Fledermäusen beruhen auf Berichten der Bundesforschungsanstalt für Viruskrankheiten der Tiere in Tübingen.) Hauptvirusträger unter den Fledermäusen ist in Europa die Breitflügel-Fledermaus (*Eptesicus serotinus*), die auch in Deutschland, vor allem im Flachland, häufig vorkommt.

Die isolierten Tollwut-Virusvarianten entsprechen fast ausschließlich dem sog. *Europäischen Fledermaus-Virus* (*European Bat Virus*, EBV), das für Menschen pathogen ist. Eine Übertragung auf Menschen kann durch direkte, in der Regel mit oft nur sehr kleinen Verletzungen verbundene Kontakte erfolgen. In den letzten 30 Jahren wurden in Europa drei durch Fledermäuse übertragene Tollwut-erkrankungen beim Menschen bekannt, eine in Finnland, zwei in Rußland. Die Zahl der Expositionen ist bedeutend höher.

Tollwutexpositionen des Menschen durch Fledermäuse traten in Deutschland nur in seltenen Einzelfällen auf. Die Durchseuchung der einheimischen Fledermauspopulation mit dem EBV ist sehr gering, und direkte Kontakte zwischen Menschen und Fledermäusen sind naturgemäß selten. Die Möglichkeit der Tollwutübertragung durch Fledermäuse muß aber auch in Deutschland als potentielle Gefahr beachtet werden. Fledermäuse, vor allem kranke oder verletzte, dürfen keinesfalls mit bloßen Händen angefaßt werden. Bei Verletzungen durch Fledermäuse, auch geringfügigster Art, ist umgehend ein Arzt zu konsultieren. Eine Indikation zur Tollwutimmunisierung besteht bei flüchtigen oder tollwutpositiven Tieren. Als Sofortmaßnahme sollen Wunden sofort gründlich mit Seife gereinigt und mit Wasser gespült werden. Im Zusammenhang mit der Verletzung eines Menschen oder nach direkten Kontakten zu Menschen sichergestellte Fledermäuse sind einer Untersuchung zuzuführen. Auskünfte erteilen der zuständige Amtstierarzt bzw. das Veterinäruntersuchungsamt. Verletzungen von Menschen durch tollwutkranke oder tollwutverdächtige Tiere sowie die Berührung solcher Tiere sind nach dem Bundes-Seuchengesetz meldepflichtig.

Vorbeugende Tuberkulose-Schutzimpfung bei beruflicher Exposition?

Anläßlich einer **Anfrage an das RKI** zur Tuberkulose-Schutzimpfung von Pflegekräften auf Infektionsstationen war festzustellen, daß es in der Ärzteschaft dazu gegenwärtig noch unterschiedliche Auffassungen gibt. Daher soll die Antwort, die im Einvernehmen mit dem Sekretariat der Ständigen Impfkommission (STIKO) am RKI gegeben wird, an dieser Stelle erfolgen:

Von der STIKO wird eine Impfung gegen Tuberkulose nur für Säuglinge und Kinder empfohlen, die ein erhöhtes Ansteckungsrisiko tragen. Mit der Impfung wird nicht vor der Infektion geschützt. Es liegen Veröffentlichungen vor, in denen herausgearbeitet wird, daß die verfügbare BCG-Impfung vor Meningitis tuberculosa und anderen generalisierten Formen der Tuberkulose schützt, andere Publikationen stellen auch dies in Frage. Bei Erwachsenen bringt die Impfung nach heutiger Auffassung keinen sicheren Nutzen. Das gilt auch für das medizinische Personal. Beim Abwägen der Risiken ist auch die folgende Empfehlung des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose von Bedeutung: ›Durch die Impfung geht eines der wichtigsten und hilfreichsten diagnostischen Verfahren verloren, nämlich der Einsatz der Tuberkulintestung. Die Impfung wirkt damit auch einer frühzeitigen Therapie eher entgegen.‹ (*Pneumologie* 47, 1993: 563–565).

Bei beruflicher Exposition sollte die Ansteckungsgefahr durch Maßnahmen der Hygiene und der Infektionsprävention abgeschirmt werden. Dazu erfolgt der Hinweis auf die entsprechenden Abschnitte der Anlage 5.1 ›Anforderungen der Hygiene an die Infektionsprävention bei übertragbaren Krankheiten‹ der Richtlinie *Krankenhaus-hygiene und Infektionsprävention*, herausgegeben vom Robert Koch-Institut, Loseblattsammlung, erschienen im Gustav Fischer Verlag Stuttgart / Jena 1994. Beim Auftreten von Erkrankungsfällen gelten die bewährten Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung der Tuberkulose in der Anwendung des Bundes-Seuchengesetzes.

Besonders Anfänger in medizinischen Berufen sollten sorgfältig auf die verschiedenen Möglichkeiten einer Ansteckung, die Verhaltensweisen und hygienischen Schutzmaßnahmen zur Vermeidung einer Ansteckung sowie auf die Notwendigkeit der Beobachtung der eigenen Gesundheit hingewiesen werden. Die Infektionsprävention sollte im Rahmen der Ausbildung der Pflegeberufe weiterhin besonders ernst genommen werden und durch einen eigenen Lerninhalt repräsentiert sein. Die Tuberkulose ist noch immer eine der wichtigsten berufsbedingten Infektionskrankheiten.

Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten

22. Woche (27.5. -2.6.1996)

Land	Enteritis infectiosa						Virushepatitis									
	Salmonellose			übrige Formen			Hepatitis A			Hepatitis B			übrige Formen			
	22.	1.-22.	1.-22.	22.	1.-22.	1.-22.	22.	1.-22.	1.-22.	22.	1.-22.	1.-22.	22.	1.-22.	1.-22.	
Regierungsbezirk	1996		1995		1996		1995		1996		1995		1996		1995	
Gesamt	1769	25487	29484	1467	43117	35958	46	1802	2310	80	2418	2417	58	1992	1565	
Baden-Württemberg	185	2419	3203	110	2610	2689	7	160	161	7	171	171	4	152	100	
Stuttgart	65	879	1141	22	751	820	5	67	56	4	71	80	1	61	40	
Freiburg	24	484	590	27	493	568		33	21	1	30	22	2	20	13	
Karlsruhe	65	665	925	45	1006	916	1	42	50	1	43	50	1	53	37	
Tübingen	31	391	547	16	360	385	1	18	34	1	27	19		18	10	
Bayern	258	3120	3834	189	4018	2939	11	172	179	19	465	274	15	474	248	
Oberbayern	83	896	1133	102	2120	1429		78	67	5	199	111	4	195	124	
Niederbayern	26	291	429	19	315	198		12	9	1	53	38	5	104	16	
Oberpfalz	15	356	298	10	293	206	1	7	8	1	30	13	1	27	9	
Oberfranken	16	374	248	17	226	174	5	20	17	3	32	22	1	28	16	
Mittelfranken	35	345	401	10	441	452	4	21	49	1	43	35	1	52	46	
Unterfranken	32	352	377	11	257	201		10	17	2	41	26		18	19	
Schwaben	51	506	948	20	366	279	1	24	12	6	67	29	3	50	18	
Berlin	37	702	958	28	743	554	2	218	405	2	117	135	1	62	69	
Brandenburg	156	1300	1317	72	3529	1792		29	61	8	29	26		5	6	
Bremen	14	165	193	15	220	159		10	14		19	26	1	28	27	
Hamburg	69	662	765	45	1088	880	2	148	111	6	91	131	6	84	107	
Hessen	124	1755	2096	57	1472	1117	5	207	158	5	207	226	1	113	79	
Darmstadt	79	1124	1119	31	707	574	5	116	123	1	124	140		42	47	
Gießen	33	281	367	11	225	142		52	19	3	45	40		40	11	
Kassel	12	350	610	15	540	401		39	16	1	38	46	1	31	21	
Mecklenburg-Vorp.	58	1068	1101	65	2047	1925		14	13	1	16	26		1	8	
Niedersachsen	121	2207	2631	98	3220	2833	5	135	174	4	324	378	4	215	214	
Braunschweig	35	458	627	15	455	477	5	43	40	1	82	69	1	35	27	
Hannover *		400	532 *		497	549 *		42	44 *		115	102 *		71	68	
Lüneburg	22	427	465	40	890	637		23	27	1	38	69	2	55	59	
Weser-Ems	64	922	1007	43	1378	1170		27	63	2	89	138	1	54	60	
Nordrhein-Westfalen	178	4658	5960	250	7725	7630	6	464	825	19	701	726	15	605	514	
Düsseldorf	64	1443	1711	82	2245	1999	1	157	332	6	233	249	12	192	186	
Köln *		1064	1497 *		1248	1308 *		122	203 *		160	111 *		205	77	
Münster	29	718	1021	57	1178	1140	2	62	109	6	83	76	1	18	30	
Detmold	24	446	533	38	811	892		28	42	3	80	148	1	60	73	
Arnsberg	61	987	1198	73	2243	2291	3	95	139	4	145	142	1	130	148	
Rheinland-Pfalz	124	1600	1916	66	1910	1839	2	57	67	6	119	120	7	125	103	
Koblenz	44	561	718	19	594	686		14	36	2	33	35	2	32	23	
Trier	10	238	356	9	389	334	1	3	11	2	13	15		20	15	
Rheinl.-Pf.	70	801	842	38	927	819	1	40	20	2	73	70	5	73	65	
Saarland	22	295	285	28	659	573		21	16	1	19	28		6	16	
Sachsen	162	2370	1792	259	6964	5650		54	21	1	32	33	1	13	10	
Chemnitz	57	853	704	88	2865	1600		26	10		10	18		4	4	
Dresden	58	886	603	88	2214	2376		22	6		11	13	1	3	3	
Leipzig	47	631	485	83	1885	1674		6	5	1	11	2		6	3	
Sachsen-Anhalt	131	1384	1595	69	3261	2492	2	26	28		25	25		11	8	
Schleswig-Holstein	49	714	692	40	1112	723	1	47	44		63	73	3	63	52	
Thüringen	81	1068	1146	76	2539	2163	3	40	33	1	20	19		35	4	

22. Woche (27.5. -2.6.1996)

Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten

Meningitis/Enzephalitis												Shigellose			Land
Meningokokken-M.			andere bakterielle M.			Virus-Meningoenzeph.			übrige Formen			22.	1.-22.	1.-22.	
22.	1.-22.	1.-22.	22.	1.-22.	1.-22.	22.	1.-22.	1.-22.	22.	1.-22.	1.-22.				
1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	Regierungsbezirk			
12	375	323	9	424	391	3	134	166	3	94	125	15	368	557	Gesamt
1	42	37	1	27	33	1	15	28		13	6	1	56	101	Baden-Württemberg
	10	10		7	16		5	11		6	4		18	16	Stuttgart
	9	8		3	2		3	9		5	1		19	23	Freiburg
1	13	13	1	9	13		3	4		2		1	9	14	Karlsruhe
	10	6		8	2	1	4	4			1		10	48	Tübingen
3	35	42		47	60		15	14	2	15	19	8	118	116	Bayern
	12	20		14	20		4	3		3	2	6	72	76	Oberbayern
	2	2		1	4		2	1		1			11	8	Niederbayern
	1	2		6	3			1		1	2		2	1	Oberpfalz
	3	5		2	14		2	3	1	2	3		1		Oberfranken
	3	6		8	11			1	1	2	7		13	14	Mittelfranken
1	5	4		6	2		2			1	2		6		Unterfranken
2	9	3		10	6		5	5		5	3	2	13	17	Schwaben
	24	16	1	39	15		2	5		9	17		19	59	Berlin
	14	11		15	16		10	7		1	4		5	18	Brandenburg
	6	4	1	4	7		1			3			1	3	Bremen
	5	9		8	6			1		1	2		11	23	Hamburg
	22	20	1	20	36		2	8		7	8	4	20	36	Hessen
	16	16	1	11	20			4		6	4	3	17	33	Darmstadt
	2	2		8	10		1	3			3	1	3	1	Gießen
	4	2		1	6		1	1		1	1			2	Kassel
	10	14	1	14	15		8	4					7	5	Mecklenburg-Vorp.
	24	23		41	33	1	7	14		15	18		12	21	Niedersachsen
	6	4		10	9		3	7		3	2		2	8	Braunschweig
*	6	3	*	9	4	*		1	*	7	7	*	4	4	Hannover
	4	8		11	6		1	1		1	3		2	1	Lüneburg
	8	8		11	14	1	3	5		4	6		4	8	Weser-Ems
2	86	66	1	99	81		29	36		19	27		37	42	Nordrhein-Westfalen
2	28	17	1	19	22		5	14		7	3		3	6	Düsseldorf
*	19	14	*	30	19	*	6	6	*	1	1	*	13	18	Köln
	12	11		11	6		2			2	3		2	2	Münster
	9	10		13	8		1	5					15	8	Detmold
	18	14		26	26		15	11		9	20		4	8	Arnsberg
1	11	17		18	22		4	15	1	2	14		17	33	Rheinland-Pfalz
1	5	7		12	14		3	12	1	1	10		3	14	Koblenz
	1						1	1		1	1		2	1	Trier
	5	10		6	8			2			3		12	18	Rheinl.-Pf.
	4	2		6	10		2	5		2	4		5	2	Saarland
4	39	17	2	33	28	1	29	12		1	1	1	33	74	Sachsen
3	10	5		10	14		9	3				1	8	25	Chemnitz
1	23	8		15	10		9	6		1	1		13	33	Dresden
	6	4	2	8	4	1	11	3					12	16	Leipzig
	23	20		15	14		5	11					11	6	Sachsen-Anhalt
1	14	12	1	20	5		2	2	6	5			2	6	Schleswig-Holstein
	16	13		18	10		3	4				1	14	12	Thüringen

Wochenstatistik – andere meldepflichtige Infektionskrankheiten

22. Woche (27.5. – 2.6.1996)

Krankheit	22. Woche 1996	1.– 22. Woche 1996	1.– 22. Woche 1995	1.– 52. Woche 1995
Botulismus		11	3	12
Brucellose	1	8	11	36
Cholera			1	1
Diphtherie	1	2	2	4
Fleckfieber			1	3
Gasbrand	2	45	60	134
Gelbfieber				
Hämorrh. Fieber		1		
Lepra		3	1	2
Leptospirose, M. Weil		1	2	26
Leptospirose, sonstige		2	5	20
Malaria	21	418	392	947
Milzbrand				
Ornithose	3	72	90	180
Paratyphus	1	15	38	96
Pest				
Poliomyelitis		1	2	4
Q-Fieber	3	24	22	45
Rotz				
Rückfallfieber				
Tetanus	1	5	3	12
Tollwut		1		
Trachom		2	6	9
Trichinose		1	2	11
Tularämie		1		2
Typhus	1	41	57	162
angeborene				
Listeriose		12	13	40
Lues		1	1	4
Rötelnembryopathie				2
Toxoplasmose	2	13	12	23
Zytomegalie		7	9	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. Auswertungen zum CJK-Fallregister erfolgen aus aktuellem Anlaß, spätestens jedoch halbjährlich. – 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
Reichpietschauer 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 Abonnentenservice
Vertriebs- und Versand GmbH
Düsterhauptstr. 17
13469 Berlin
Abo-Tel.: 030 / 403 53 55

Druck
Paul Fieck KG, Berlin