

Epidemiologisches Bulletin



**Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten**

26/96

Zur Weltgesundheitsversammlung 1996

Anlässlich der 49. Weltgesundheitsversammlung (WHA) Ende Mai in Genf wurde von der WHO der Weltgesundheitsbericht vorgestellt. Darin wurden die übertragbaren Krankheiten in den Mittelpunkt gestellt, die mit etwa 17 Mio. Todesopfern jährlich weltweit gegenwärtig die führende Ursache für vorzeitigen Tod sind. Nahezu die Hälfte der gegenwärtig lebenden Menschen sind von endemisch auftretenden, gefährlichen Infektionskrankheiten bedroht. Die WHO schlug drei Prioritäten für das gemeinsame internationale Handeln in den nächsten 5 Jahren vor:

1. komplettes Eliminieren und Eradizieren der Infektionskrankheiten, bei denen dies theoretisch und praktisch möglich ist; das sind hauptsächlich Poliomyelitis, Drakunkulose, Lepra, Masern, Chagas-Krankheit und Onchoserkrankung (Flußblindheit),
2. aktives Bekämpfen altbekannter und noch immer oder wieder neu verbreiteter Seuchen wie der Tuberkulose oder der Malaria (beide Krankheiten sind mit zunehmenden Resistenzproblemen belastet),
3. Sofortmaßnahmen und längerfristige Bekämpfungsprogramme gegen neu in Erscheinung tretende, z.T. mit erheblichen Gefahren belastete Infektionskrankheiten.

Die Bedeutung der Malaria und ihrer Bekämpfung wurde besonders herausgearbeitet (zur Malariasituation s.a. *Epidemiologisches Bulletin* 15/96). Bezüglich der Bekämpfung der HIV/AIDS-Pandemie wurde bekräftigt, daß das in diesem Jahr neu etablierte *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)* besonders in den Entwicklungsländern zunehmend wirksam geworden ist.

Zu den Erfolgen, auf die die WHO mit Recht stolz sein kann, gehören die Ausrottung der Pocken (die 49. WHA empfahl, die letzten noch aufbewahrten Pockenvirusstämme 1999 zu vernichten) und die Fortschritte in Richtung auf die Eliminierung der Poliomyelitis, der Masern, des neonatalen Tetanus und der Chagas-Krankheit (südamerikan. Trypanosomiasis). So konnte z.B. im September 1994 der amerikanische Kontinent als »frei von Poliowildvirus« erklärt werden (s.a. *Epidemiologisches Bulletin* 1/96).

In seiner Abschlußrede wies der Vorsitzende Dr. A. J. Mazza aus Argentinien vor den 1.200 Delegierten aus 190 Ländern darauf hin, daß sich die WHO dringend auf Veränderungen in der Welt einstellen und die Prioritäten und Ziele ihrer Arbeit neu bestimmen müsse. Dabei sollten die Weltwirtschaftslage, die limitierten Haushaltsmittel und der technische Fortschritt besonders berücksichtigt werden. Gerade der Finanzbericht des Generaldirektors der WHO offenbarte die Schwierigkeiten der Haushaltsführung bei steigenden Rückständen in der Zahlung der Mitgliedsbeiträge. Wegen solcher Zahlungsrückstände erhielten z.B. eine Reihe von Staaten kein Stimmrecht auf der Versammlung.

Diese Woche:

**Weltgesundheits-
versammlung 1996**

**Meningokokken-
Infektionen 1995**

**Westafrikanische
Trypanosomiasis**

**HIV-Tests
bei Ausländern
in Rußland:
Sachstand**

2. Juli 1996

ROBERT KOCH
RKI
INSTITUT

Meningokokken als Krankheitserreger in Deutschland 1995

Nationales Referenzzentrum legt Jahresbericht vor

Zum Vorkommen der Meningokokken-Meningitis in Deutschland 1995 war auf der Basis der Meldungen an das RKI schon im *Epidemiologischen Bulletin* berichtet worden (Jahresstatistik s. Heft 5/1996, Kommentar zur Jahresstatistik s. Heft 8/1996). Im Jahr 1995 sind insgesamt 655 Erkrankungsfälle (Stand v. 26.06.96) gemeldet worden (darunter nach bisheriger Meldung 43 tödliche Verläufe). Die Zahl der gemeldeten Erkrankungen entspricht einer Inzidenzrate von 0,8 pro 100.000 Einw., einem Anteil von 42% an den gemeldeten bakteriellen Meningitiden und einem Anteil von 23% an allen gemeldeten Meningitiden/Enzephalitiden. In Deutschland bestand damit weiterhin eine vergleichsweise günstige epidemische Situation. Nach den dem RKI vorliegenden Daten errechnet sich eine Letalität der durch Meldung erfaßten Meningokokken-erkrankungen von rund 7% (43/655), dabei ist erfahrungsgemäß von einer Unterschätzung auszugehen. Nach der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes, die für 1995 noch nicht vorliegt, ergab sich für 1994 ein Wert von rund 11% (77/705).

Mit dem jetzt vorliegenden Jahresbericht des Nationalen Referenzzentrums für Meningokokken (NRZM) an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg sind weitere Daten zur Interpretation der Situation bei den durch Meningokokken ausgelösten Erkrankungen verfügbar:

Zum Material: Dem NRZM standen 1995 insgesamt 285 aus 86 verschiedenen mikrobiologischen Laboratorien eingeseordnete und rekultivierbare Stämme von *Neisseria meningitidis* zur Verfügung. Von diesen wurden 206 Stämme bei systemischen Erkrankungen (Meningitis, Sepsis, Waterhouse-Friderichsen-Syndrom) isoliert (138 Stämme aus Liquor, 78 aus Blutkulturen). Von den Isolaten bei systemischen Infektionen wurden 95 (46%) von Patienten mit einer Meningitis gewonnen. Bei 48 (23%) der Patienten trat eine Sepsis auf und 63 (31%) hatten sowohl eine Meningitis als auch eine Sepsis entwickelt. Unter den an einer Sepsis Erkrankten waren 34 Fälle eines Waterhouse-Friderichsen-Syndroms. Von nichtsystemischen Erkrankungen (z.B. Sinusitis, Konjunktivitis) sowie von Keimträgern stammten 78 Stämme, bei einem Stamm war die Herkunft unbekannt.

Die Einsendungen an das NRZM bestätigen, daß die altersspezifische Inzidenz der Meningokokken-erkrankungen bei Säuglingen und Kleinkindern am höchsten ist, denn 41% aller Isolate von systemischen Erkrankungen stammten von Kindern bis zum 5. Lebensjahr. Die Kinder im ersten Lebensjahr tragen – wie auch aus diesen Daten hervorgeht – ein besonders hohes Erkrankungsrisiko.

Die Zahl der Isolate von systemischen Meningokokken-erkrankungen, die im Nationalen Referenzzentrum untersucht und charakterisiert werden konnten, erreichte eine Größenordnung von nur 31% der gemeldeten Meningokokken-

Meningitiden. Der Anteil hat sich gegenüber den Vorjahren zwar erhöht, jedoch wäre im Interesse der epidemiologischen Überwachung eine stärkere Einbeziehung des NRZM sehr wünschenswert.

Die vollständige **Antigenformel** eines Meningokokken-Stammes hat 3 Glieder und besteht aus der durch die Antigene der Polysaccharidkapsel bestimmten **Serogruppe** (in Deutschland gegenwärtig 5 von 12 Gruppen prävalent) sowie dem durch die äußeren Membranproteine bestimmten **Serotyp** (derzeit 7 bekannt) und dem **Serosubtyp** (derzeit 13 bekannt). Allerdings können viele Stämme nur Serogruppen, nicht aber Serotypen oder Serosubtypen zugeordnet werden. Durch den Einsatz molekularbiologischer Methoden kann bei Stämmen mit identischen Antigenformeln die klonale Identität bestimmter Isolate wahrscheinlich gemacht bzw. ausgeschlossen werden. Damit können z.B. die Einheitlichkeit der Erreger innerhalb eines Ausbruches oder der Zusammenhang verschiedener kleinerer örtlicher Ausbrüche bzw. verschiedener sporadischer Fälle bestätigt werden.

Typisierungsergebnisse: Gegenwärtig zeigen die bei den endemisch auftretenden systemischen Meningokokken-erkrankungen isolierten Stämme eine ausgeprägte Heterogenität. Die Isolate von 206 Erkrankungsfällen waren 68 verschiedenen Antigenformeln zuzuordnen. Wie in den Vorjahren gehörten die Isolate aus Liquor oder Blut fast ausschließlich den »klassischen« **Serogruppen B (83%) und C (13%)** an. Stämme der Serogruppe B traten am häufigsten als Serotyp 15 und Serosubtyp P1.7,16 in Erscheinung (rund 20% der systemischen Erkrankungen). Sie waren über ganz Deutschland verteilt. Im ersten Lebensjahr war der Anteil der Meningokokken der Serogruppe B größer als in anderen Altersgruppen. Stämme der Serogruppe B sind in Europa insgesamt vorherrschend. Stämme der Serogruppe C gehörten besonders häufig zu den Serotypen 2a und 2b. (C:2a-Stämme hatten in den vergangenen Jahren kleinere Ausbrüche in der Tschechischen Republik verursacht.) Auch die 34 Isolate bei einem Waterhouse-Friderichsen-Syndrom erwiesen sich als recht uneinheitlich, die Verteilung der 20 verschiedenen Antigenformeln entsprach der Verteilung bei den Blut- und Liquorisolaten insgesamt (häufigste Antigenformel B:15:P1.7,16). Die ebenfalls zu den klassischen Gruppen gehörende Serogruppe A, aus der insbesondere im sog. »Meningitisgürtel« Afrikas wichtige Epidemieerreger stammen, wurde nur in einem Falle beobachtet. (In Europa sind lediglich kleinere Erkrankungsherde im Raum Moskau durch Stämme dieser Gruppe bekannt geworden.)

Ergebnisse der Resistenztestungen: Weiterhin sind die Erreger gegenüber den gebräuchlichen Antibiotika in der Regel voll sensibel, obwohl sich im Laufe der Jahrzehnte eine Verschiebung zu einer höheren Minimalen Hemmkonzentration

(MHK) ergeben hat. Keines der Isolate war resistent gegen **Penicillin G**. Nur 5–6% der Isolate von systemischen Meningokokkenerkrankungen waren in vitro mäßig sensibel gegenüber Penicillin G (dieser Untersuchung liegen die DIN-Grenzwerte für Benzylpenicillin zugrunde). Obwohl ein internationaler Vergleich wegen fehlender Standardisierung nur eingeschränkt möglich ist, kann die gegenwärtige Situation in Deutschland damit als vergleichsweise günstig beurteilt werden. Eine gute In-vitro-Empfindlichkeit fand sich auch gegenüber **Cefotaxim** und **Ciprofloxacin**. Im Jahr 1995 erhielt das NRZM erstmalig 4 Isolate, die gegenüber Rifampicin resistent waren. Das ist nicht ungewöhnlich und liegt bei 206 Isolaten im Bereich des zu Erwartenden. Eines dieser Isolate stammt von einer Sekundärerkrankung, die nach Chemoprophylaxe mit Rifampicin aufgetreten war. Das Isolat des Indexfalles war gegenüber Rifampicin empfindlich.

Seltene Einschleppung: Westafrikanische Trypanosomiasis

Ein 35-jähriger Einwanderer aus Zaire war nach längeren uncharakteristischen Beschwerden und einer Behandlung in mehreren Krankenhäusern mit einer ungeklärten Lymphozytose und Wesensveränderungen in eine Tropenlinik aufgenommen worden. Bei der Lumbalpunktion wurde der Erreger der westafrikanischen Schlafkrankheit – der Hämoflagellat *Trypanosoma brucei gambiense* – im Liquor nachgewiesen. Nachträglich war es auch möglich, in Knochenmarkspräparaten, die einige Monate zuvor in einer anderen Klinik angefertigt worden waren, ebenfalls Trypanosomen zu diagnostizieren. Der Nachweis im Blut gelang in diesem späteren Stadium der Infektion nicht mehr. Der Erregernachweis und der durch die Herkunft des Patienten bestimmte wahrscheinliche Infektionsort sicherten diese in Deutschland sehr seltene Diagnose. Der letzte Fall einer westafrikanischen Trypanosomiasis war in dieser Fachklinik vor 25 Jahren, damals noch mit Germanin® behandelt worden. Der derzeitige Patient befindet sich seit Juni 1991 in Deutschland. Es ist bekannt, daß das zweite, das meningoencephale Stadium dieser ohne Behandlung tödlich endenden Erkrankung sich mitunter erst nach mehreren Jahren entwickelt. Die Behandlung erfolgte mit Eflornithin parenteral über 14 Tage.

Wir danken Herrn Dr. H. Kretschmer und Herrn Dr. G. Kusch, Tropenklinik Paul-Lechler-Krankenhaus Tübingen, für die näheren Angaben zu diesem Erkrankungsfall.

Kommentar zu diesem Erkrankungsfall: Die westafrikanische Schlafkrankheit tritt in Flußniederungen Westafrikas örtlich endemisch und in kleineren Ausbrüchen auf. Die Ausbreitung der Krankheit ist an das Erregerreservoir (Wildtiere), die Vermittlung durch Zwischenwirte (Haustiere) und ganz besonders an das Vorkommen des Vektors für *Trypanosoma gambiense*, die blutsaugende Tsetse-Fliege (*Glossina palpalis*) gebunden. Diese lebt nur in Wassernähe. Die Prävention umfaßt die Aufklärung in den Endemiegebieten, den Schutz vor Fliegenstichen und die Bekämpfung der Glossinen.

Hinweise für Stammeinsendungen: Das NRZM stellte fest, daß 39 eingesandte Meningokokkenstämme beim Eingang nicht mehr subkultivierbar waren. Daher hier der Hinweis darauf, daß sich für den Versand dieser Stämme am besten eintägige Kulturen auf Blut- oder Kochblutagar als Schrägagar oder nutritive Transportmedien (z.B. Typ Transgrow) eignen. Die Sendung sollte nicht länger als zwei Tage unterwegs sein und daher nicht vor Wochenenden oder Feiertagen abgesandt werden. Ein spezieller Begleitschein des NRZM sieht die Angabe notwendiger klinischer und epidemiologischer Daten in gut auswertbarer Form vor und sollte daher verwendet werden.

Quelle: Jahresbericht 1995 des Nationalen Referenzzentrums für Meningokokken am Hygiene-Institut der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, erarbeitet von Frau Dr. I. Ehrhard und Prof. Dr. H.-G. Sonntag

Touristen sind nach den vorliegenden Erfahrungen kaum gefährdet, am ehesten bei einer sehr naturnahen Lebensweise in Endemiegebieten (z.B. bei der Jagd). In Ausnahmefällen ist eine Chemoprophylaxe für die Dauer der voraussichtlichen Exposition möglich.

Für behandelnde Ärzte ist es von Bedeutung, bei einer entsprechenden Anamnese, unklarem Fieber und Lymphknotenschwellungen (febril-glanduläres Stadium der Infektion) auch an diese Krankheit zu denken. Nach dem Aufenthalt in Endemiegebieten sollten Blutspenden – wie nach dem Aufenthalt in Malariaendemiegebieten – für 12 Monate nicht erfolgen.

Nachtrag zum Thema »HIV-Tests bei Ausländern in Rußland«

(s. Epidemiologisches Bulletin 23/96: 158)

Nach Informationen, die der Deutschen Botschaft in Moskau vorliegen, werden Ausländer, die sich länger als 3 Monate in der Russischen Föderation aufhalten wollen, nunmehr tatsächlich in Kürze ein Zertifikat über den Ausschluß einer HIV-Infektion vorlegen müssen.

Wie jetzt bekannt wurde, ist der Inhalt des vorgesehenen Zertifikates, das in russischer und englischer Sprache ausgestellt und drei Monate gültig sein soll, in der Verfügung Nr. 1158 vom 25. November 1995 der Regierung der Russischen Föderation festgelegt. Danach soll das Zertifikat folgende Angaben enthalten: die Personalien, die Nummer des PASSES oder Paßersatzdokumentes, das Land des ständigen Aufenthaltes, die beabsichtigte Dauer des Aufenthaltes in der Russischen Föderation, das Ergebnis des HIV-Tests, Art und Chargennummer des Tests, die untersuchende Einrichtung, die Unterschrift des untersuchenden Arztes. – Weitere Einzelheiten sind gegenwärtig nicht bekannt.

Quelle: Information AA / BMG

Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten

23. Woche (3.6. – 9.6.1996)

Land Regierungsbezirk	Enteritis infectiosa						Virushepatitis								
	Salmonellose			übrige Formen			Hepatitis A			Hepatitis B			übrige Formen		
	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.	23.	1.–23.	1.–23.
	1996		1995	1996		1995	1996		1995	1996		1995	1996		1995
Gesamt	1927	27508	31574	1447	44621	37290	51	1858	2404	81	2506	2507	78	2076	1635
Baden-Württemberg	187	2606	3433	118	2728	2793	2	162	167	4	175	175	7	159	105
Stuttgart	81	960	1210	36	787	847		67	58	1	72	80	2	63	43
Freiburg	27	511	633	16	509	590	1	34	22	1	31	23	3	23	14
Karlsruhe	50	715	1003	41	1047	956	1	43	53	1	44	52	1	54	38
Tübingen	29	420	587	25	385	400		18	34	1	28	20	1	19	10
Bayern	186	3306	4096	140	4158	3064	4	176	190	15	480	287	18	492	257
Oberbayern	60	956	1201	56	2176	1475	3	81	73	6	205	116	9	204	126
Niederbayern	24	315	455	17	332	212		12	10	3	56	38	4	108	17
Oberpfalz	20	376	318	12	305	216		7	9		30	13	1	28	10
Oberfranken	10	384	257	8	234	177	1	21	17	2	34	24		28	16
Mittelfranken	19	364	434	13	454	477		21	50	3	46	36	1	53	46
Unterfranken	16	368	396	9	266	208		10	18		41	28	2	20	21
Schwaben	37	543	1035	25	391	299		24	13	1	68	32	1	51	21
Berlin	86	788	1025	42	785	568	5	223	427	2	119	139		62	74
Brandenburg	105	1405	1403	65	3562	1876	1	30	61		29	29		5	7
Bremen	3	168	212	12	232	178		10	14		19	27		28	30
Hamburg	118	780	814	35	1123	905	4	152	118	2	93	132	3	87	109
Hessen	127	1882	2262	55	1527	1165	13	220	167	16	223	230	4	117	90
Darmstadt	75	1199	1217	29	736	599	11	127	128	13	137	143	2	44	50
Gießen	29	310	397	5	230	146	1	53	21	2	47	41	1	41	13
Kassel	23	373	648	21	561	420	1	40	18	1	39	46	1	32	27
Mecklenburg-Vorp.	104	1172	1224	82	2129	1973	1	15	14		16	27		1	8
Niedersachsen	150	2357	2771	87	3307	2952		135	180	8	332	400	15	230	225
Braunschweig	44	502	660	14	469	487		43	40	3	85	71	3	38	31
Hannover *		400	553 *		497	568 *		42	45 *		115	107 *		71	70
Lüneburg	41	468	487	30	920	675		23	27	3	41	70	10	65	61
Weser-Ems	65	987	1071	43	1421	1222		27	68	2	91	152	2	56	63
Nordrhein-Westfalen	251	5001	6335	319	8115	7961	14	483	842	25	733	749	25	636	532
Düsseldorf	80	1523	1813	97	2342	2105	3	160	339	7	240	256	8	200	191
Köln	65	1221	1599	55	1374	1362	4	131	204	3	170	116	8	219	80
Münster	26	744	1079	63	1241	1198	3	65	114	3	86	76	3	21	31
Detmold	30	476	556	38	849	922	1	29	42	6	86	151	2	62	75
Arnsberg	50	1037	1288	66	2309	2374	3	98	143	6	151	150	4	134	155
Rheinland-Pfalz	109	1709	2041	55	1965	1911	3	60	74	4	123	123	6	131	105
Koblenz	51	612	779	15	609	709	3	17	39	1	34	36	2	34	24
Trier	12	250	376	6	395	348		3	12		13	16	1	21	16
Rheinl.-Pf.	46	847	886	34	961	854		40	23	3	76	71	3	76	65
Saarland	42	337	351	32	691	599		21	16		19	29		6	17
Sachsen	180	2552	1926	203	7195	5786	2	56	24	3	35	37		13	10
Chemnitz	61	912	756	81	2971	1663	1	27	11	1	11	19		4	4
Dresden	64	950	656	74	2291	2416	1	23	7	1	12	15		3	3
Leipzig	55	690	514	48	1933	1707		6	6	1	12	3		6	3
Sachsen-Anhalt	133	1517	1708	75	3326	2547	2	28	28	1	26	27		11	9
Schleswig-Holstein	56	770	755	52	1164	778		47	47	1	64	75		63	53
Thüringen	90	1158	1218	75	2614	2234		40	35		20	21		35	4

23. Woche (3.6. -9.6.1996)

Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten

Meningitis/Enzephalitis											Shigellose			Land Regierungsbezirk	
Meningokokken-M.			andere bakterielle M.			Virus-Meningoenzeph.			übrige Formen						
23.	1.-23.	1.-23.	23.	1.-23.	1.-23.	23.	1.-23.	1.-23.	23.	1.-23.	1.-23.	23.	1.-23.		1.-23.
1996	1995	1995	1996	1995	1995	1996	1995	1995	1996	1995	1995	1996	1995		1995
10	386	337	15	442	410	4	138	174	3	97	130	20	389	586	Gesamt
2	44	37		27	35	1	16	29		13	6	5	61	105	Baden-Württemberg
1	11	10		7	17	1	6	11		6	4		18	17	Stuttgart
1	10	8		3	3		3	9		5	1		19	23	Freiburg
	13	13		9	13		3	4		2		2	11	15	Karlsruhe
	10	6		8	2		4	5			1	3	13	50	Tübingen
1	36	43	1	48	64		15	15		15	19	2	120	125	Bayern
	12	21	1	15	20		4	3		3	2		72	80	Oberbayern
	2	2		1	4		2	1		1			11	8	Niederbayern
	1	2		6	3			1		1	2	1	3	1	Oberpfalz
	3	5		2	15		2	4		2	3		1		Oberfranken
1	4	6		8	11			1		2	7		13	16	Mittelfranken
	5	4		6	2		2			1	2	1	7	2	Unterfranken
	9	3		10	9		5	5		5	3		13	18	Schwaben
	24	17		39	15		2	6		9	17	1	20	63	Berlin
	14	11		15	17	1	11	7		1	4	1	6	19	Brandenburg
	6	4		4	7		1			3			1	3	Bremen
	5	9		8	8			1		1	2		11	24	Hamburg
3	25	23		20	38		2	8		7	9	2	22	37	Hessen
3	19	16		11	20			4		6	5	2	19	33	Darmstadt
	2	3		8	11		1	3			3		3	1	Gießen
	4	4		1	7		1	1		1	1			3	Kassel
	10	15	1	15	15		8	4				2	9	5	Mecklenburg-Vorp.
	24	23	1	42	34		7	14	2	17	20		12	21	Niedersachsen
	6	4		10	9		3	7	2	5	2		2	8	Braunschweig
*	6	3	*	9	4	*		1	*	7	8	*	4	4	Hannover
	4	8		11	7		1	1		1	3		2	1	Lüneburg
	8	8	1	12	14		3	5		4	7		4	8	Weser-Ems
1	88	71	7	109	83		29	37	1	20	28	2	39	45	Nordrhein-Westfalen
1	29	19	1	20	22		5	14		7	3		3	7	Düsseldorf
	20	14	2	35	19		6	6		1	1	1	14	20	Köln
	12	12		11	6		2			2	4		2	2	Münster
	9	10		13	10		1	6				1	16	8	Detmold
	18	16	4	30	26		15	11	1	10	20		4	8	Arnsberg
	11	17	1	19	23		4	15		2	14	1	18	35	Rheinland-Pfalz
	5	7	1	13	14		3	12		1	10		3	15	Koblenz
	1						1	1		1	1	1	3	2	Trier
	5	10		6	9			2			3		12	18	Rheinl.-Pf.
	4	2		6	10		2	5		2	4		5	2	Saarland
1	40	17	1	34	29	1	30	15		1	2	2	35	77	Sachsen
	10	5		10	14		9	4					8	25	Chemnitz
1	24	8	1	16	10		9	8		1	2		13	34	Dresden
	6	4		8	5	1	12	3				2	14	18	Leipzig
1	24	22		15	14		5	12				2	13	7	Sachsen-Anhalt
	14	12		20	7	1	3	2		6	5		2	6	Schleswig-Holstein
1	17	14	3	21	11		3	4					15	12	Thüringen

Wochenstatistik – andere meldepflichtige Infektionskrankheiten

23. Woche (3.6. –9.6.1996)

Krankheit	23. Woche	1.– 23. Woche	1.– 23. Woche	1.– 52. Woche
	1996	1996	1995	1995
Botulismus		11	3	12
Brucellose		8	11	36
Cholera			1	1
Diphtherie		2	2	4
Fleckfieber			1	3
Gasbrand	3	48	61	134
Gelbfieber				
Hämorrh. Fieber		1		
Lepra		3	1	2
Leptospirose, M. Weil	1	2	3	26
Leptospirose, sonstige		2	5	20
Malaria	16	434	422	947
Milzbrand				
Ornithose		72	96	180
Paratyphus		15	41	96
Pest				
Poliomyelitis		1	2	4
Q-Fieber	2	26	23	45
Rotz				
Rückfallfieber				
Tetanus	1	6	3	12
Tollwut		1		
Trachom		2	6	9
Trichinose		1	2	11
Tularämie		1		2
Typhus		41	57	162
angeborene				
Listeriose		12	13	40
Lues		1	1	4
Rötelnembryopathie				2
Toxoplasmose		13	14	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
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