

Epidemiologisches Bulletin



**Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten**

36/97

Zur Situation bei ausgewählten meldepflichtigen Infektionskrankheiten im Jahr 1996

Teil 5: Tuberkulose-Situation in Deutschland 1996

Zu den für das Jahr 1996 gemeldeten Tuberkulose-Erkrankungen liegen jetzt Daten des Statistischen Bundesamtes vor. Diese bekräftigen langjährige Trends und spiegeln eine in Deutschland im Vergleich zu den Vorjahren und zu vielen anderen Ländern (z. B. in Osteuropa oder außerhalb Europas) weiterhin günstige Situation wider. Trotz dieser positiven Bewertung der Entwicklung bleibt die Tuberkulose auch für uns ein bedeutsames Gesundheitsproblem, das ständige Aufmerksamkeit, adäquate medizinische Betreuung der Betroffenen und gezielte Maßnahmen der Prävention erfordert.

Insgesamt wurden 11.814 Tuberkulose-Erkrankungen neu diagnostiziert, das entspricht einer Inzidenzrate von 14,4 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner. Gegenüber dem Vorjahr (12.198 Erkr., 15,0 Erkr. pro 100.000 Einw.) ergab sich damit ein Rückgang der Gesamtzahl der Erkrankungsfälle um 3,1 %.

Sowohl die Zahl der Erkrankungen der Atmungsorgane (9.957 Erkr., 12,2 Erkr. pro 100.000 Einw.) als auch die der Tuberkulose-Erkrankungen anderer Organe (1.857 Erkr., 2,3 Erkr. pro 100.000 Einw.) war rückläufig. Im einzelnen ergab sich für die Erkrankungen der Atmungsorgane ein Rückgang von 3,6 %, für die Erkrankungen der anderen Organe hingegen von nur 0,9 % (Abb. 1). Die Tuberkulose der Atmungsorgane hatte in den vergangenen Jahrzehnten stets den entscheidenden Anteil an der Gesamtmorbidität und ihrem langfristigen Rückgang. Im Jahr 1996 betrug der Anteil der Tuberkulose der Atmungsorgane an allen Tuberkulose-Erkrankungsfällen 84 %.

Erkr. pro 100.000 Einw.

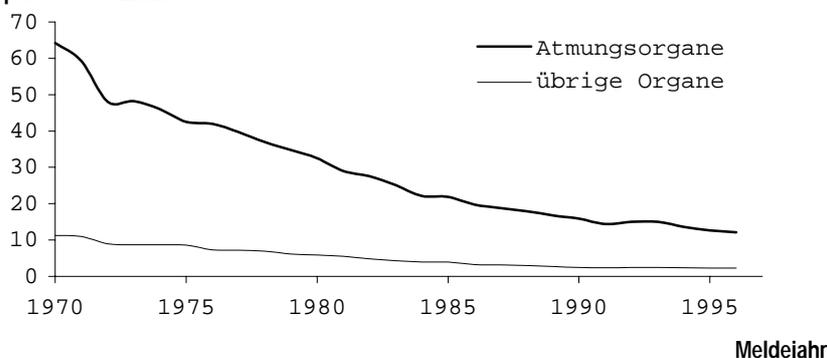


Abb.1 Tuberkulose in Deutschland: Jährliche Inzidenzrate nach Organmanifestation

Diese Woche:

**Tuberkulose
in Deutschland 1996**

**Zur Tuberkulose-Situation
in der Welt**

**Q-Fieber-Ausbruch
durch eine infizierte
Damwildherde**

**Warnhinweise an
Florida-Touristen**

**Eurosurveillance Weekly
per E-Mail und
im Internet verfügbar**

**Merkblatt für Ärzte
›Kopflausbefall‹
in neuer Auflage**

**Ankündigung:
1. Berliner Seminar
für Tropenmedizin**

5. September 1997

ROBERT KOCH
RKI
INSTITUT

Erkr. absolut

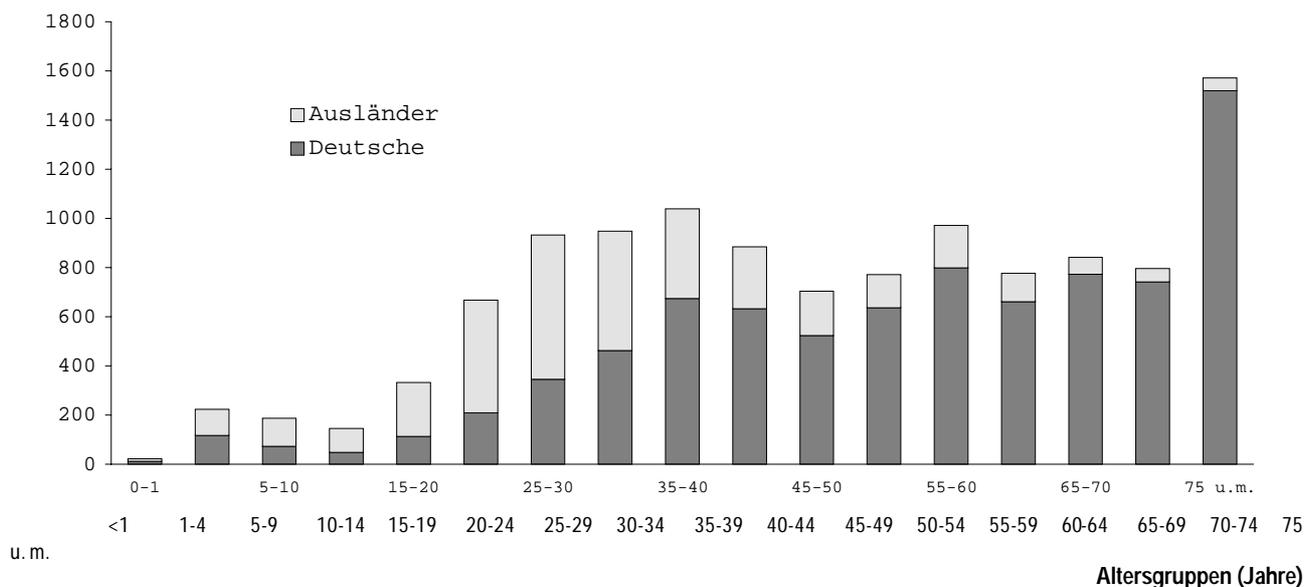


Abb. 2 Tuberkulose in Deutschland 1996: Altersverteilung bei unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen

Im Jahre 1996 wurden im Rahmen der Todesursachenstatistik insgesamt 888 Sterbefälle an Tuberkulose erfaßt. Berücksichtigt sind dabei sowohl die Todesfälle bei akuten Erkrankungen (690) als auch die durch »Spätfolgen« (198). Die gemeldeten Sterbefälle entsprechen bei Bezug auf die Inzidenz des Jahres 1996 einer Letalität von 7,5%. Bei der Letalität und der Mortalität war in den vergangenen Jahrzehnten ein laufender Rückgang zu verzeichnen.

Zur Struktur der aktuellen Tuberkulosemorbidität in Deutschland wurden kürzlich bereits erste Ergebnisse einer Studie des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK) vorgelegt (*Epid. Bull.* 23/97: 155–156). Die Meldedaten bestätigen, daß sich die Morbidität der deutschen Wohnbevölkerung weiter zurückentwickelt hat. Die Zahl der 1996 gemeldeten Erkrankungsfälle bei Deutschen (8.340, rund 70% aller Erkr.) verringerte sich gegenüber 1995 um 3,8%. Die absolute Zahl der Tuberkulose-Erkrankungen bei ausländischen Bürgern hat sich zwar auch verringert, jedoch nicht in dem gleichen Maße; die 1996 neu festgestellten 3.474 Erkrankungsfälle entsprechen einem Rückgang von 1,6% (Abb. 2). Der Anteil der Erkrankungen bei Ausländern an den Gesamterkrankungen betrug rund 30%. Die extrapulmonalen Formen der Tuberkulose traten bei Ausländern häufiger auf (Anteil von 37% an den Tuberkulose-Erkrankungen der übrigen Organe). Die Zahl der bei Ausländern erfaßten extrapulmonalen Erkrankungen ging in den letzten Jahren nicht mehr zurück. Auffällig ist in diesem Zusammenhang vor allem die Tuberkulose der peripheren Lymphknoten, an dieser Form der Tuberkulose waren ausländische Bürger 1996 zu über 50% beteiligt.

Erkr. absolut

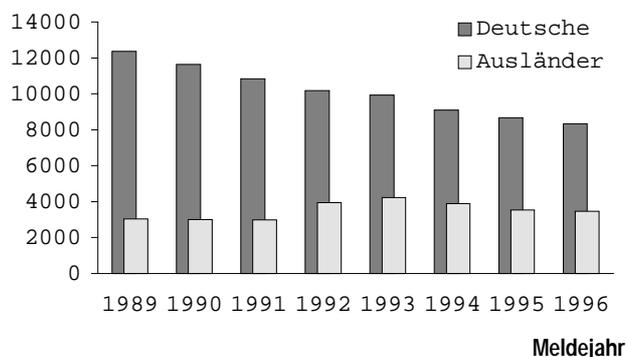


Abb. 3 Tuberkulose in Deutschland: Inzidenz von Bevölkerungsgruppen nach Jahren

Die Abnahme der absoluten Zahl der Tuberkulose-Erkrankungen bei Ausländern, die seit 1994 registriert wird, dürfte überwiegend durch die veränderte Asylgesetzgebung bedingt sein. Die Zahl der in Deutschland bei Ausländern erfaßten Tuberkulose-Erkrankungen war in den vergangenen Jahren wesentlich von der Gesamtzahl der nach Deutschland neu einreisenden Asylsuchenden und Kriegsflüchtlinge abhängig. Allerdings ist beachtlich, daß nach den Ergebnissen der DZK-Studie weniger als die Hälfte der bei Ausländern erfaßten Tuberkulose-Erkrankungen innerhalb des ersten Jahres nach der Einreise erkannt wurden. Die Altersverteilung der an Tuberkulose erkrankten Ausländer zeigt eine Bevorzugung der jüngeren Altersgruppen (Anteil der unter 40jährigen 70%) und damit der Altersgruppen, die auch den größten Anteil an den neu Einreisenden haben (Abb. 3). Innerhalb der deutschen Wohnbevölkerung überwiegen die Tuberkulose-Erkrankungen bei älteren Personen (Anteil der unter 40jährigen 25%).

An der im Vergleich zu 1995 rückläufigen Entwicklung der gemeldeten Tuberkulose-Erkrankungen waren alle Bundesländer mit Ausnahme von Bremen, dem Saarland und Sachsen beteiligt (Bremen +11%, Saarland +18%, Sachsen +7%). Die für die einzelnen Bundesländer ermittelten Inzidenzraten zeigen nur relativ geringe Unterschiede.

de. Lediglich die Städte Berlin, Bremen und Hamburg liegen mit jährlichen Inzidenzraten zwischen 18 und 20 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner deutlich über dem Niveau der anderen Länder. Die geringste Morbidität weisen mit Inzidenzraten von 9,3 bzw. 10,5 pro 100.000 Einwohner seit mehreren Jahren Thüringen und Schleswig-Holstein auf. Die regionalen Unterschiede werden sowohl vom Anteil der Ausländer aus Endemiegebieten als auch von der Häufigkeit anderer Risikogruppen (Obdachlose, Drogensüchtige, HIV-Positive) beeinflusst. So bewegt sich beispielsweise der Anteil der Ausländer an den Erkrankten zwischen 7 % in Mecklenburg-Vorpommern und 44 % in Hamburg.

Die Entwicklung der Tuberkulose in Deutschland bedarf auch in Zukunft großer Aufmerksamkeit. Gefahren für die Erkrankten und ihre Umgebung müssen erkannt und abgewendet werden. Die wesentlich höhere Tuberkulosemorbidity in anderen geographischen Regionen und die nach wie vor große Migration zwischen diesen Regionen und Deutschland stellen ein ernstzunehmendes Infektionspotential dar.

Hohe praktische Bedeutung besitzt auch die in mehreren Regionen der Welt zunehmend zu beobachtende Herausbildung von Resistenzen der Erreger gegenüber den gebräuchlichen Antituberkulotika mit den sich daraus ergebenden Problemen für die Therapie. Die Situation ist in Deutschland bei Einheimischen als günstig zu bewerten und hat sich bei den autochthonen *Mycobacterium tuberculosis*-Infektionen auch bisher nicht wesentlich verändert. Nach den vorläufigen Daten der DZK-Studie zur Epidemiologie der Tuberkulose 1996, die gegenüber der Darstellung im *Epid. Bull.* 23/97 weiter ergänzt wurden, betragen die Resistenzraten bei in Deutschland geborenen Personen gegenüber INH (Isoniazid) 3,5 % (54/1.548), RMP (Rifampicin) 1,0 % (16/1.555), PZA (Pyrazinamid) 1,8 % (25/1.404), SM (Streptomycin) 1,9 % (25/1.298), EMB (Ethambutol) 1,1 % (17/1.503), PTH (Protionamid) 2,1 % (7/336) sowie INH+RMP 0,7 % (11/1.548). Die Ergebnisse der DZK-Studie haben aber auch gezeigt, daß Stämme von *Mycobacterium tuberculosis*, die aus anderen Regionen importiert wurden, zum Teil bereits wesentlich höhere Resistenzraten aufwiesen.

Eckdaten zur Tuberkulose in der Welt

Die WHO gibt für das Jahr 1996 auf der Basis von Meldungen und Einschätzungen der Länder weltweit 7,4 Mio. Neuerkrankungen an Tuberkulose als vorläufige Schätzung an. Von diesen Erkrankungsfällen traten über 90 % in Entwicklungsländern auf. Die tuberkulosebedingten Sterbefälle werden für 1996 weltweit auf 3 Millionen geschätzt, damit belegt die Tuberkulose unter den registrierten Todesursachen nach der ischämischen Herzkrankheit, zerebrovaskulären Erkrankungen und den akuten Erkrankungen der unteren Atemwege den Rang 4. – Die gegenwärtig laufende weltweite Einführung der Bekämpfungs- und Behandlungsstrategie DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*) stellt einen gewaltigen Fortschritt im Kampf gegen die Tuberkulose dar. Diese

Das Nationale Referenzzentrum für Mykobakterien im Forschungszentrum Borstel führte ebenfalls umfassende Untersuchungen zum Resistenzverhalten der eingesendeten Stämme durch. Bei der Interpretation der hier gefundenen vergleichsweise höheren Werte ist zu berücksichtigen, daß im NRZ ein selektioniertes Material untersucht wurde, in dem sich besonders viele Patienten mit Therapieproblemen befanden, und daß bei den nachfolgenden Werten keine Unterscheidung zwischen autochthonen und importierten Stämmen vorgenommen wurde: Von den 1996 getesteten 2.156 Stämmen war bei Stämmen von 202 Patienten (9,4 %) eine Form der Resistenz zu beobachten. Gegen INH waren 8,3 %, gegen RMP 4,2 % der Stämme resistent. Eine Multiresistenz – darunter mindestens gegen INH+RMP – wiesen 3,9 % der untersuchten Stämme auf. Hier war auffällig, daß es sich häufig um Patienten aus Osteuropa handelte.

Besondere Aufmerksamkeit – speziell seitens des Öffentlichen Gesundheitsdienstes – muß den Personengruppen gelten, deren Vorgeschichte, Lebensbedingungen und Verhaltensweisen das Entstehen und die Verbreitung der Krankheit begünstigen und die durch eine erhöhte Inzidenz und Prävalenz auffällig sind. Neben älteren einheimischen Bürgern sind das vor allem die neu nach Deutschland kommenden Asylbewerber, Kriegsflüchtlinge und Aussiedler sowie auch Obdachlose, Drogenabhängige und Gefängnisinsassen. Hier sollte eine – nach Möglichkeit aktive – Betreuung erreicht werden, um eine frühestmögliche Diagnose und eine frühzeitige effektive Behandlung zu sichern. In diesem Zusammenhang hat eine kontrollierte Behandlung (*Directly Observed Treatment Short-course* – DOTS) auch unter unseren Bedingungen erhebliche Vorteile (s. a. *Epid. Bull.* 12/97: 79). Eine generelle Durchsetzung der kontrollierten Behandlung erscheint aber in Deutschland nicht erforderlich.

Zum Vorkommen der Tuberkulose in den Jahren bis 1995 ist in den Ausgaben des Epidemiologischen Bulletins 12/96 (S. 80–83) und 34/96 (S. 235–236) berichtet worden. – Frau Dr. S. Rüscher-Gerdes, NRZ für Mykobakterien in Borstel, danken wir für ihre Tätigkeitsberichte und die darin enthaltenen Angaben zur Resistenzsituation.

Strategie, deren Kernstück die kontrollierte Einnahme einer Kombination von 4 hochwirksamen Medikamenten ist, optimiert insgesamt die Maßnahmen von der Diagnose über die Behandlung bis zur Kontrolle der Behandlung (s. a. *Epid. Bull.* 12/97: 79). Unterstützt von der WHO wurde DOTS bisher in über 80 Staaten eingeführt bzw. wird der Einsatz dort unmittelbar vorbereitet. Dabei wird die Strategie den jeweiligen nationalen Bedingungen angepaßt, um bestmögliche Ergebnisse zu erzielen. Bei konsequentem Befolgen der Grundsätze sind Heilungsraten bis zu 90 % erreichbar.

Quelle: The WORLD HEALTH REPORT 1997, World Health Organization, Geneva 1997

Q-Fieber-Ausbruch durch eine infizierte Damwildherde

Auf einer Damwildfarm in Baden-Württemberg mit einem Bestand von insgesamt 71 Tieren kam es ab März 1997 zu

gehäuften Aborten, teilweise mit Mißbildungen der Feten und erhöhter Jungtiersterblichkeit durch interstitielle

Pneumonien und Pleuritiden. Durch Aborte, Totgeburten und erkrankte Jungtiere ergab sich in vier Monaten ein Gesamtjungtierverslust von 34 Tieren, d. h. von mehr als 50 % der zu erwartenden Nachzucht. In Zusammenarbeit eines hinzugezogenen Zootierarztes und des Chemischen und Veterinäruntersuchungsamtes (CVUA), Stuttgart, wurden bei den Tieren der Damwildherde Anfang Juni 1997 serologische Untersuchungen durchgeführt und mittels Komplementbindungsreaktion (KBR) und ELISA hohe Antikörpertiter gegen *Coxiella burnetii* nachgewiesen. Die Diagnose »Coxielliose« wurde außerdem durch bakteriologische Untersuchungen von Nachgeburtsanteilen und Feten (Labmagen) mittels der STAMP-Färbung sowie durch Antigennachweis im ELISA gesichert.

Zeitgleich erkrankte die Besitzerin der Damwildfarm mit hohem Fieber ($>40^{\circ}\text{C}$). Eine Verwandte, die besuchsweise auf der Damwildfarm weilte, erkrankte nach einer Inkubationszeit von 13 Tagen ebenfalls an hohem Fieber und starken, nicht mit Schmerzmitteln therapierbaren retrobulbären Kopfschmerzen. Beide wurden im Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg serologisch auf *C. burnetii* untersucht; dabei wurden mittels Immunfluoreszenztest (IFT) IgM- und IgG-Antikörper und mittels KBR Antikörper jeweils gegen Phase-I- und -II-Antigen nachgewiesen. Als Grenzwerte gelten: IFT $<1:16$ (IgM und IgG, Phase-I- und -II-Antigen); KBR $<1:10$ (Phase-I- und -II-Antigen). – In der Folge wurden weitere 11 Personen, bei denen die Möglichkeit einer Infektion in Betracht gezogen werden mußte, mit diesem Verfahren auf Antikörper gegen *C. burnetii* untersucht. Es handelte es sich um die Besitzer der Damwildfarm und ihre Familienangehörigen, um Tierärzte, die vor Ort Untersuchungen vornahmen, sowie um Obduzenten, die mit infizierten Feten und Plazentamaterial in Berührung gekommen waren. Bei 10 dieser Personen ergab die Serodiagnostik Hinweise auf eine Q-Fieber-Infektion, allerdings mit einem asymptomatischen Verlauf. Bei einer Person bestand Verdacht auf eine Kontaktinfektion (s. unten). Nur eine der gezielt untersuchten Kontaktpersonen wies keine Antikörpertiter gegen *C. burnetii* auf.

Ein Vergleich der Untersuchung der Probanden mit der KBR bzw. dem IFT zeigte die geringere Sensitivität der im Routinelabor standardmäßig durchgeführten KBR mit nur 8 % (1/12) Positiven gegenüber dem IFT mit 100 % (12/12). Durch die Untersuchung von IgG- und IgM-Antikörpern gegen Phase-I- und Phase-II-Antigen läßt sich das Stadium der Infektion ermitteln, da Antikörper gegen Phase-II-Antigen (zuerst IgM, später IgG) in einem frühen Stadium gebildet werden, während Antikörper gegen Phase I in den ersten Wochen nicht, sondern frühestens ab dem 40. Tag *post infectionem* gebildet werden. (Bei dem Antigen der Phase I handelt es sich um die frisch isolierte Wildform der Coxiellen, bei dem Antigen der Phase II um Coxiellen, die an spezielle Kulturen, z. B. embryonierte Hühnereier, adaptiert wurden; dadurch geht das Phase-I-Antigen verloren bzw. wird überdeckt.) Bei sämtlichen Personen mit serologisch gesicherter *Coxiella burnetii*-Infektion waren Antikörper gegen Phase-II-Antigen nachweisbar; die Titer lagen im Bereich von 1:64 bis 1:1024. IgG-Antikörper gegen Phase-I-Antigen traten nur bei vier Personen auf (Titer von 1:16 bis 1:512; darunter befand sich einer der beiden symptomatischen Erkrankungsfälle).

Bei dem ersten der beiden manifesten Erkrankungsfälle (Besitzerin der Damwildfarm) konnten IgM-Antikörper

gegen Phase-II-Antigen (1:16) sowie IgG-Antikörper gegen Phase-II-Antigen (1:64) im IFT nachgewiesen werden. Die Patientin wurde mit Doxycyclin (200 mg/Tag) – begin-

nend am 3. Tag nach Fieberschub – über 19 Tage behandelt. Acht Tage nach Beginn der ersten Symptome war bei der Patientin eine atypische Pneumonie und eine Pleuritis festzustellen. Sie war erst 9 Wochen nach dem ersten Auftreten der Symptome beschwerdefrei. – Im zweiten manifesten Erkrankungsfall (Verwandte der Besitzerin) waren im IFT IgG-Antikörper gegen Phase-II-Antigen (1:1.024) und IgG-Antikörper gegen Phase-I-Antigen (1:512) nachzuweisen; IgM-Antikörper ließen sich nicht erfassen. Die Patientin wies als einzige der 13 Probanden Antikörper in der KBR auf (Phase II: 1:20). Es erfolgte ebenfalls eine Therapie mit Doxycyclin, jedoch mit 100 mg/Tag über 14 Tage. Die Untersuchung eines Serumpaars zeigte 8 Wochen nach Erstuntersuchung einen Titeranstieg in der KBR auf 1:40 gegen Phase-II-Antigen. Die Symptome der Patientin dauerten 5 Tage an.

Bemerkenswert ist die hohe Kontagiosität der Q-Fieber-Infektion, die bei 12 von 13 Kontaktpersonen der infizierten Tiere (92 %) zur Infektion führte. Eine Infektion mit Coxiellen kann aerogen über Staub von der mit infektiösem Plazentamaterial kontaminierten Weide aufgetreten sein, als zweiter möglicher Infektionsweg ist eine aerogene Aufnahme der Erreger bei der Sektion von infizierten Feten und der Untersuchung von Plazenten anzunehmen, die am ehesten durch Aerosolbildung beim Reinigen des Sektionsraumes zustande gekommen ist. Eine weitere Infektionsmöglichkeit für alle im Haushalt der Damwildfarmbesitzer lebenden Personen stellten vier lebensschwache Damwildkälber dar, die von ihnen aufgezogen wurden. Besonders bei der erkrankten Besitzerin der Farm war ein enger Kontakt zu diesen Kälbern gegeben, sie kam auch direkt mit Abort- und Nachgeburtmaterial in Berührung. – Bei einem der Infizierten war es schon früh, ohne direkten Kontakt zu infektiösem Material, zur Infektion gekommen. Ob in diesem Fall eine Übertragung des Erregers über verschmutzte Kleidung eines auf der Damwildfarm tätigen (und infizierten) Partners erfolgt ist oder ob es sich um eine direkte Infektion von Mensch zu Mensch handelte, war nachträglich nicht mehr zu klären.

Die hier beobachtete Manifestationsrate von 17 % (2/12) entspricht bisherigen Erfahrungen. Vor allem bei beruflicher Exposition wird häufig eine Diskrepanz zwischen einer hohen Zahl infizierter Personen und einer nur geringen Zahl klinisch erkrankter Personen gesehen.

Der Ausbruch erinnert erneut daran, daß mit Zoonosen wie dem Q-Fieber auch in Deutschland zu jeder Zeit gerechnet werden muß (s. a. *Epid. Bull.* 30/96: 207 und 4/97: 19–21). Bei unklaren, grippeartigen Krankheitsbildern sollte diese Infektion bei entsprechender beruflicher Exposition oder bei anderweitigem Kontakt zu Tieren auf jeden Fall mit in die Differentialdiagnose einbezogen werden.

Für diesen Beitrag danken wir Herrn Prof. Dr. P. Kimmig, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Stuttgart, Frau Judith Simmert und Herrn Dr. R. Sting, Abteilung Serologie des Chemischen und Veterinäruntersuchungsamtes Stuttgart sowie Herrn Dr. W. Rietschel, Zoologisch-Botanischer Garten »Wilhelm«, Stuttgart.

Die Untersuchung des Damwildbestandes erfolgte mit finanzieller Unterstützung der Grimminger Stiftung für Zoonosenforschung, Stuttgart.

Warnung an Florida-Touristen vor Mückenstichen

Untersuchungen von Hühnern im Rahmen der laufenden Surveillance haben in **Orlando (Zentral-Florida)** ergeben, daß diese 1997 verstärkt mit dem durch Stechmücken übertragenen St.-Louis-Enzephalitis-Virus (SLEV) infiziert sind. Daher hat die lokale Gesundheitsbehörde vorsorglich eine Warnung an Einwohner und Touristen herausgegeben, sich vor Stichen durch nachtaktive Mücken zu schützen. Die Region ist auch für deutsche Touristen ein beliebtes Reiseziel.

Das SLEV gehört zur Gruppe der Flaviviren. Der Biozyklus umfaßt freilebende Vögel (aber auch Hühner) und Mücken verschiedener Spezies; der Mensch ist nur Zufallswirt. Hauptverbreitungsgebiet ist Nordamerika. Infektionen mit dem SLEV können durch Stiche infizierter Mücken auf den Menschen übertragen werden. Die meisten Infektionen verlaufen ohne oder nur mit geringen Krankheitszeichen als uncharakteristische fieberhafte Infektion. In seltenen Fällen kann es zu einer Meningitis oder auch zu einer Enzephalitis kommen. Die Inkubationszeit ist 4 – 21 Tage. Besonders gefährdet sind ältere Menschen. Es steht nur eine symptomatische Therapie zur Verfügung. – Die Übertragung dieser Infektion von Mensch zu Mensch kommt nicht vor. Eine

Schutzimpfung gegen die St.-Louis-Enzephalitis (SLE) ist nicht verfügbar.

Im Jahr 1994 wurden in den USA insgesamt 20 Fälle von SLE gemeldet. Nach den bisher vorliegenden Informationen (4.9.97) sind in Florida keine bestätigten Erkrankungsfälle aufgetreten. Die Warnung der lokalen Behörden ist als reine Vorsorgemaßnahme zu verstehen, da es in dieser Region im Jahr 1990 zu einem Ausbruch von SLE mit ca. 250 Erkrankungen und 11 Todesfällen gekommen war.

Die bisher vorliegenden Informationen über die aktuelle Situation geben keinen Anlaß, von Reisen in diese Region abzuraten. Da die den Erreger übertragenden Mückenarten (Gattung *Culex*) nachtaktive sind, wird empfohlen, den Aufenthalt im Freien nach Eintreten der Dunkelheit möglichst zu meiden bzw. körperbedeckende Kleidung zu tragen und mückenabweisende Mittel zu verwenden. Nachts sollte in nicht klimatisierten Räumen unter einem Moskitonetz geschlafen werden. Dies sind Maßnahmen, die auch gegenüber anderen durch Mücken übertragenen Erkrankungen Schutz bieten.

Der Steckbrief der St.-Louis-Enzephalitis kann im Internet abgerufen werden unter: <http://www.rki.de/INFEKT/STECKBRF/STLOUIS.HTM>.

Eurosurveillance Weekly jetzt per E-Mail und über das Internet verfügbar

Eurosurveillance Weekly ist ein von der Europäischen Kommission (DG V) gefördertes Bulletin mit Informationen zum Auftreten von Infektionskrankheiten mit Relevanz für die europäischen Länder. Es ergänzt die monatlich erscheinende, den Lesern des *Epidemiologischen Bulletins* bekannte Zeitschrift *Eurosurveillance*, die von der gleichen Redaktion am *Communicable Disease Surveillance Centre* (CDSC), London, betreut wird. Ziel dieser neuen Publikation ist es, aktuelle, kurze und fachkompetente Informationen zu Ausbrüchen, Epidemien, wichtigen Ereignissen sowie notwendige Hinweise und Empfehlungen zu liefern. Die Informationen stammen von Experten und Gesundheitsbehörden der Länder der Europäischen Union und werden jeweils von der für die Surveillance zuständigen oberen nationalen Behörde autorisiert. Im Gegensatz zu Fachzeitschriften werden im Interesse der raschen Information auch

Berichte mit vorläufigen Daten vorgelegt. Nach den Erfah-

rungen während der Erprobungsphase in den ersten Monaten dieses Jahres haben sich die Vorstellungen der Herausgeber offenbar als praktikabel erwiesen. Einen besonderen Wert besitzt *Eurosurveillance Weekly* im Falle länderübergreifender Gefahrensituationen, wie z. B. bei Ausbrüchen, die den internationalen Tourismus berühren.

Eurosurveillance Weekly ist – vor allem im Interesse der Aktualität – nur als elektronische Version verfügbar. Die aktuelle Ausgabe wird Interessenten, die überwiegend im Kreise der in der Infektionsepidemiologie tätigen Ärzte gesehen werden, jeweils donnerstags per E-Mail zugeleitet. Dies kann bei Frau Caron Röhlsler im CDSC London (eurowkly@eurosurv.org) angefordert werden. Die Texte sind jetzt außerdem im Internet über die *Eurosurveillance-Weekly-Homepage* nach dem Einschreiben in eine Mailing-Liste abrufbar (Adresse: <http://www.eurosurv.org>).

Merkblatt für Ärzte über Kopflausbefall neu aufgelegt

In der Reihe der vom Robert Koch-Institut (RKI) gemeinsam mit dem Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BgVV) herausgegebenen Merkblätter für Ärzte war vor einem Jahr das Merkblatt »Kopflausbefall – Erkennung, Verhütung und Bekämpfung« im Ärzteverlag in einer neuen Fassung erschienen (s. *Epid. Bull.* 35/96: 243). Die Auflage 1996 dieses Merkblattes war sehr rasch vergriffen. Die Autoren haben einige Hinweise zur Anwendung der Medikamente aufgegriffen, das Merkblatt wurde in dieser Passage entsprechend angepaßt.

Die Neuauflage des Merkblattes kann unter der Best.-Nr. 60051 ab sofort unter folgender Anschrift bezogen werden:

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Dieselstr. 2, 50859 Köln.

Einzel Exemplare werden bei Einsendung eines frankierten Rückumschlages kostenfrei übersandt, mehrere Exemplare gegen Gebühr.

1. Berliner Seminar für Tropenmedizin

Das Institut für Tropenmedizin Berlin führt vom **20.–22. November 1997** das 1. Berliner Seminar für Tropenmedizin durch.

Thema: Differentialdiagnose und Therapie importierter Erkrankungen mit praktischen Übungen.

Auskunft und Anmeldung:

Institut für Tropenmedizin
Spandauer Damm 130, Haus 10
14050 Berlin
Tel.: 030/3011-6701
Fax: 030/3011-6710