

Epidemiologisches Bulletin

Wöchentlicher Informationsdienst für Ärzte
Bericht des Fachbereichs Infektionsepidemiologie des RKI

Notausgabe

Inhalt	Seite
Aktuelle Informationen - Cholera	1
- Pest	4
- Influenza weltweit	5
Meldepflichtige Infektionskrankheiten im Jahr 1994 (2 Tabellen; Stand: 39. Woche)	2
Mitteilung	5

Cholera

Aus Süddeutschland erreichten uns zwei weitere Meldungen über Cholera-Erkrankungen bei Personen, die sich in der Türkei infiziert haben.

Es handelt sich dabei um einen 41jährigen Mann aus dem **Kreis Konstanz/Baden-Württemberg**, der am 30.9. erkrankt von einer Reise nach Istanbul zurückgekehrt war und mit der Diagnose Gastroenteritis in Radolfzell hospitalisiert wurde. Aus dem Stuhl vom 6.10. wurde in einem Labor in Singen *V.cholerae* O1 isoliert. Die nähere Charakterisierung im Referenzzentrum im Robert Koch-Institut in Berlin ergab, daß der Stamm dem Serotyp Ogawa und dem Biotyp El Tor angehört.

Bei dem zweiten Fall handelt es sich um einen 9 Monate alten männlichen Säugling, der sich zusammen mit seiner Familie mehrere Wochen in der Türkei (in Gaziantep, einer Stadt nahe der Grenze zu Syrien) aufhielt. Da sich die bereits dort (am 18.9.) aufgetretene Erkrankung des Kindes trotz Behandlung nicht besserte, reiste die Familie nach Deutschland (**Kreis Lindau/Bayern**) zurück, und der Junge wurde in Ravensburg/Baden-Württemberg hospitalisiert. In einem Labor in Weingarten/Ba-Wü wurde *V.cholerae* O1 isoliert und der Stamm dann im Hygienischen Institut in Hamburg als zum Biotyp El Tor (Serotyp Ogawa) gehörend bestätigt. Fünf weitere Personen dieser türkischen Familie werden zur Zeit bakteriologisch kontrolliert, darunter auch der 18jährige Onkel des Kindes, der während des Türkei-Aufenthaltes ebenfalls, allerdings nur kurzzeitig, erkrankt war. Das Ergebnis der ersten Kontrollen war in allen Fällen negativ.

Zusammen mit einer bereits im Bulletin Heft 12 gemeldeten Erkrankung in Baden-Württemberg wurden in diesem Jahr somit allein in Deutschland bereits 3 Cholera-Importfälle aus der Türkei erfaßt.

Nach vorliegenden Informationen des WHO-Regionalbüros für Europa in Kopenhagen (CDR No. 5, vom 11.10.94) gilt der **Cholera-Ausbruch in Albanien** (Bulletin Heft 14) als kontrolliert. Neuerkrankungen wurden nicht mehr erfaßt. Mit Unterstützung der WHO und Italiens werden Anstrengungen unternommen, die Versorgung mit einwandfreiem Trinkwasser in dieser Region zu sichern.

Reise- bzw. Handels-Restriktionen werden von Seiten der WHO als nicht mehr notwendig erachtet.

Der **Cholera-Ausbruch in der Ukraine** (Bulletin Heft 15) hat seit seinem Beginn am 10. September zu 736 klinischen Verdachtsfällen, darunter 335 bakteriologisch bestätigten Erkrankungen, geführt; bei 19 Personen verlief die Infektion tödlich.

Während zunächst nur die Krim betroffen war (130 Erkrankte, 8 Ausscheider), kam es danach auch zu Erkrankungen in Nikolajew (484 Erkrankungen, 222 Ausscheider) und Cherson (33 Erkrankte, 5 Ausscheider). Als wahrscheinlichste Infektionsursache gilt weiterhin die Wasserentnahme aus Oberflächengewässern und offenen Reservoirs (auf Grund der herrschenden Trockenheit) sowie der Verzehr von rohem Fisch aus diesen Gewässern.

Fortsetzung Seite 4

Berichte über meldepflichtige Infektionskrankheiten 39. Woche 1994

Land Regierungsbezirk	Tuberkulose		Enteritis Infectiosa		Virushepatitis		Virushepatitis			Meningitis/Enzephalitis											
	akute TB Atmungsorgane 39W. 1.-39W. 1.-39W. 1884 1884 1883	Salmonellose 39W. 1.-39W. 1.-39W. 1884 1884 1883	übrige Formen 39W. 1.-39W. 1.-39W. 1884 1884 1883	Hepatitis A 39W. 1.-39W. 1.-39W. 1884 1884 1883	Hepatitis B 39W. 1.-39W. 1.-39W. 1884 1884 1883	übrige Formen 39W. 1.-39W. 1.-39W. 1884 1884 1883	Meningokokken Mening. 39W. 1.-39W. 1.-39W. 1884 1884 1883	bakt. Mening., übrige 39W. 1.-39W. 1.-39W. 1884 1884 1883	virale Mening./Enzeph. 39W. 1.-39W. 1.-39W. 1884 1884 1883												
Baden-Württemberg	0	0	123	21	396	428	11	407	601	12	377	488	0	62	82	2	90	80	5	142	71
Stuttgart	0	0	5038	7	167	228	6	173	283	5	167	268	0	18	23	2	34	37	2	51	21
Freiburg	0	0	118	2	52	54	3	66	75	2	27	29	0	15	17	0	18	18	3	43	34
Karlsruhe	0	0	32	3	106	78	2	113	185	4	140	167	0	18	20	0	28	23	0	22	11
Tübingen	0	0	81	3	70	68	0	58	68	4	43	33	0	11	22	0	10	11	0	26	6
Bayern	0	0	692	14	288	280	12	360	387	2	234	175	1	68	65	3	131	130	1	148	68
Oberbayern	0	0	67	4	137	128	7	180	131	0	85	42	0	28	23	1	37	43	0	18	11
Niederbayern	0	0	12	0	17	32	1	20	22	1	9	6	0	6	8	0	6	14	0	10	6
Oberpfalz	0	0	8	1	7	8	2	12	26	0	7	7	0	4	7	0	10	10	0	7	6
Oberfranken	0	0	6	159	2	18	0	20	24	0	13	6	0	10	2	0	24	20	0	18	13
Mittelfranken	0	0	81	3	43	40	1	63	66	0	72	64	0	3	4	1	13	6	0	6	2
Unterfranken	0	0	12	0	24	26	0	32	52	0	14	32	1	5	8	0	9	14	0	10	0
Schwaben	0	0	20	4	55	37	1	43	66	1	34	28	0	9	13	1	32	23	1	75	21
Berlin	0	0	22	12	337	478	3	217	188	1	57	77	0	20	17	0	25	28	0	10	15
Brandenburg	0	0	78	5	58	73	2	51	68	0	8	14	1	24	20	0	31	53	0	42	18
Bremen	0	82	21	0	16	22	0	44	47	0	41	37	0	6	6	0	4	3	0	0	0
Hamburg	0	0	40	3	248	209	7	316	333	6	318	145	0	13	16	0	9	27	0	9	10
Hessen	5	262	48	14	262	226	12	367	410	3	156	96	1	45	48	1	57	31	2	42	17
Darmstadt	4	187	26	12	184	163	7	240	260	0	78	55	1	23	24	1	36	22	2	26	16
Gießen	1	34	8	1	34	30	2	45	78	0	31	9	0	7	7	0	13	4	0	13	0
Kassel	0	41	16	1	44	33	3	72	72	3	46	32	0	16	17	0	9	5	0	4	1
Mecklenbg.-Vorpommern	3	173	67	0	20	97	3	38	50	0	8	4	0	26	23	1	23	28	2	58	90
Niedersachsen	6	487	81	11	310	471	13	484	628	6	332	231	3	52	50	4	78	64	2	65	21
Braunschweig	2	119	8	2	85	130	6	112	228	1	55	66	0	7	11	1	22	20	0	45	5
Hannover	3	177	26	7	78	168	1	142	143	1	119	62	1	14	13	0	17	9	1	8	4
Lüneburg	0	74	16	1	41	56	5	81	73	2	52	26	1	14	8	2	18	23	0	3	6
Weeser-Ems	1	117	42	1	105	127	1	138	184	2	106	77	1	17	18	1	21	12	1	9	6
Nordrhein-Westfalen	59	2011	343	67	1078	1210	33	960	863	23	548	372	3	84	134	6	180	145	10	289	58
Düsseldorf	22	710	98	14	344	425	8	322	289	16	203	158	2	34	43	0	40	30	2	47	19
Köln	12	425	38	10	268	218	8	185	153	1	130	48	0	13	28	1	36	24	3	31	4
Münster	6	240	84	8	130	240	2	82	118	1	37	28	0	16	12	1	23	26	0	18	7
Detmold	5	188	28	13	168	73	7	133	121	1	66	32	1	7	18	1	33	13	1	55	16
Arnsberg	14	450	84	11	178	264	8	218	184	4	113	106	0	24	33	3	58	52	4	138	12
Rheinland-Pfalz	13	328	64	7	118	123	4	183	185	6	151	90	1	37	22	2	82	38	1	127	11
Koblenz	6	103	18	2	27	42	4	61	48	1	18	28	0	12	8	1	47	22	1	81	7
Trier	2	41	4	2	8	13	0	14	36	1	18	10	0	8	5	0	2	6	0	1	2
Rheinhesen-Pfalz	5	184	42	4	84	68	0	118	101	4	113	52	1	16	8	1	43	8	0	35	2
Saarland	3	67	19	1	36	50	4	73	48	1	84	14	0	13	10	1	20	7	0	8	0
Sachsen	10	181	83	3	85	85	1	78	78	0	26	28	0	31	37	0	31	43	1	87	96
Chemnitz	2	75	33	2	22	4	0	23	3	0	7	0	0	10	1	0	8	4	0	36	7
Dresden	3	27	33	1	44	78	0	27	71	0	4	28	0	12	35	0	15	38	1	25	83
Leipzig	5	78	27	0	18	3	1	28	2	0	14	0	0	9	1	0	8	1	0	26	6
Sachsen-Anhalt	5	288	47	1	52	163	1	48	50	0	17	10	1	38	24	0	34	35	1	40	38
Schleswig-Holstein	0	0	36	4	105	104	2	86	155	1	51	34	0	18	21	0	19	17	1	16	8
Thüringen	1	92	40	1	62	48	2	48	31	0	4	3	0	14	20	0	10	22	0	18	36
Gesamt	106	3882	1266	164	3484	4076	110	3789	4122	61	2411	1819	11	560	595	20	845	760	26	1100	545

Übrige meldepflichtige Infektionskrankheiten 39. Woche 1994

	39. Wo. 1994	1.-39. Wo. 1994	1.-39. Wo. 1993	1.-52. Wo. 1993
Botulismus	0	11	12	18
Brucellose	1	22	12	20
Cholera	0	1	1	1
Diphtherie	0	6	6	9
Fleckfieber	0	1	1	1
Gasbrand	5	108	95	136
Gelbfieber	0	0	0	0
hämorrh. Fieber	0	0	8	9
Lepra	0	4	5	5
Leptospirose Weil	0	11	6	14
Leptospirose, sonstige	0	6	12	25
Malaria	17	623	572	704
Meningitis, übrige Formen	31	1293	399	558
Milzbrand	0	1	0	1
Ornithose	3	96	139	201
Paratyphus	7	85	64	94
Pest	0	0	0	0
Poliomyelitis	0	0	0	0
Q-Fieber	0	60	170	180
Rotz	0	0	0	0
Rückfallfieber	0	1	1	1
Shigellose	78	1669	1421	1922
Tetanus	2	13	16	17
Tollwut	0	0	0	0
Trachom	0	3	6	7
Trichinose	0	0	1	3
Tularämie	0	4	1	2
Typhus	5	135	135	195
angeborene				
- Listeriose	1	17	22	29
- Lues	0	5	9	12
- Rötelnembryopathie	0	0	1	1
- Toxoplasmose	1	14	14	20
- Zytomegalie	0	10	11	14
Gonorrhoe	18	1032	1374	1829
Syphilis	7	273	286	394

Bemerkungen zu den Tabellen auf Seite 2 und 3

Die Berichte über meldepflichtige Infektionskrankheiten tragen dem Bedürfnis nach aktueller Information Rechnung. Bei dem gegenwärtig unterschiedlichen Stand des Berichtswesens in den einzelnen Bundesländern sind jedoch fehlende (z.B. Tuberkulose) bzw. differierende Daten (z.B. Abweichungen der kumulierten Daten des Vorjahres von den veröffentlichten Daten des Statistischen Bundesamtes) nicht vermeidbar.

Ein Sternchen in den Spalten für die laufende Woche zeigt an, daß für das jeweilige Land bzw. für den Regierungsbezirk noch keine aktuelle Wochenmeldung eingegangen ist.

Dies führt zu einer unvollständigen und mit dem Vorjahr nur bedingt vergleichbaren Kumulativzahl sowie zu einer Beeinträchtigung der Daten auf der(n) übergeordneten Berichtsebene(n).

Von allen Ländern vollständig und rechtzeitig übermittelte Berichte stellen die Voraussetzung für eine Verbesserung des aktuellen Informationssystems dar.

Besonders problematisch ist zur Zeit die aktuelle Datenlage bei der Tuberkulose und den Geschlechtskrankheiten Gonorrhoe und Syphilis. Bei diesen Krankheiten sind die ausgewiesenen Kumulativwerte für das Vorjahr völlig unvergleichbar mit den später an die Statistischen Landesämter für den gleichen Zeitraum gemeldeten Erkrankungszahlen. Wir weisen deshalb in der Tabelle auf Seite 3 (letzte Spalte) keine Vorjahressummen für Gonorrhoe und Syphilis aus.

Der Cholera-Ausbruch in Dagestan/Rußland gilt dagegen als beherrscht. Nur noch in 2 Distrikten wurden Neuerkrankungen erfaßt; ursprünglich

waren 23 Distrikte betroffen. Insgesamt wurden bisher in Dagestan 1.048 Erkrankungen mit 15 Sterbefällen erfaßt.

Pest

Die Pest in Indien

Als **Infektionsgebiete** gelten weiterhin:

- der Beed-Distrikt im Staat Maharashtra und
- die Stadt Surat im Staat Gujarat

Surat gilt wegen des Vorkommens von Lungenpest gleichzeitig als **epidemisches Gebiet**.

Während es sich im **Beed-Distrikt** (Mamla und Umgebung) um ein Gebiet mit bestätigter **Beulenpest** handelt, gilt die Stadt **Surat** als ein Gebiet mit **Lungenpest**.

Es kam zwar zu "Importen" in andere Regionen Indiens, aber dort gab es keine Hinweise für eine weitere lokale Übertragung über die Infektionskette Ratte - Floh - Mensch.

Weder in Bombay noch in Kalkutta wurden bisher bestätigte Pesterkrankungen registriert.

Nach Angaben der indischen Regierung nähern sich sowohl der Beulenpest-Ausbruch im Beed Distrikt (Staat Maharashtra) als auch der Lungenpest-Ausbruch in Teilen der Stadt Surat (Staat Gujarat) ihrem Ende.

Die indische Regierung hat Maßnahmen entsprechend den internationalen Gesundheitsvorschriften ergriffen, inkl. Desinfektions- bzw. Desinsektionsmaßnahmen in Passagier- und Frachtmaschinen.

Von der indischen Regierung wurde der WHO für den Zeitraum vom 26.8. bis zum 12.10.94 ein Gesamtstand von 327 serologisch bestätigten Pesterkrankungen (darunter 118 in Surat), mit 56 Sterbefällen gemeldet, davon 52 in Surat. (WER Nr. 41)

Im Zusammenhang mit diesem Ausbruch existiert eine Reihe von noch nicht endgültig geklärten Fragen.

Dazu gehören z.B. die Vorgeschichte des Ausbruchs, die Verlässlichkeit der klinischen Diagnose - d.h. die Verwendung einer einheitlichen Falldefinition, insbesondere für die Lungenpest - und die Sicherheit der mikrobiologischen Bestätigung, insbesondere mit Hilfe der Serologie.

Ungeklärt ist ebenfalls, weshalb die Lungenpest in Surat scheinbar nicht so hoch kontagiös war, wie man es erwarten konnte, und weshalb es dort nicht zu familiären Kontakterkrankungen kam.

Auch die Ursache für die ersten Fälle in Surat ist bisher nicht geklärt, da es sich dort nicht um einen Naturherd handelt und auch vorausgegangene Beulenpest-Fälle nicht bekannt geworden sind.

Auf Grund der beschriebenen Unklarheiten im Zusammenhang mit der Pest in Surat gibt es mittlerweile sogar die These, daß es sich bei den Fällen in Surat nicht um Pest, sondern um die Melioidose, den sogenannten Pseudorotz handelte. Dieser ist eine in Südostasien vorkommende Zoonose bei Nagetieren, die durch *Malleomyces pseudomallei* hervorgerufen wird und gelegentlich auf den Menschen übertragen werden kann. Das klinische Bild dieser Krankheit wird durch septische Herde in verschiedenen Organen, darunter auch in der Lunge, charakterisiert.

Harte Fakten, die diese These stützen könnten, sind uns aber nicht bekannt.

Ein internationales Expertenteam der WHO führt gegenwärtig Untersuchungen in Indien durch. Die bereits vorliegenden Daten werden dabei gesichtet und ggf. neu bewertet. Außerdem werden zusätzliche Untersuchungen vor Ort durchgeführt. Insbesondere in den östlichen und zentralen Teilen des Staates Maharashtra gilt es zu klären, ob die Beulenpest dort weiterhin vorkommt.

Erst nach Vorliegen aller Ergebnisse kann darüber entschieden werden, ob die zur Zeit deklarierten Infektionsgebiete wieder als erloschen eingestuft werden können.

In einer Bund-Länder-Beratung im Bundesministerium für Gesundheit in Bonn am 14.10.1994 wurde angesichts der verbesserten Situation in Indien beschlossen, einige der vorsorglich getroffenen Maßnahmen aufzuheben.

Als notwendig gelten weiterhin:

- die Warnung vor Reisen in die deklarierten Infektionsgebiete - bis zu deren Aufhebung,
- die schriftlichen Informationen für Reisende aus Indien, mit Verhaltensregeln für den Fall des Auftretens bestimmter Symptome innerhalb einer Woche nach Rückkehr aus einem Infektionsgebiet,
- die kurzfristige Erreichbarkeit eines Arztes auf den Flughäfen sowie
- die Bereitschaft verdächtige Personen in einer geeigneten Einrichtung abzusondern und deren Betreuung und ggf. Behandlung zu gewährleisten.

Die Pest in Mosambik (WER No 40/94)

Am 4. Oktober wurde die WHO aus Mosambik über einen Ausbruch von Pest in Inhanga im Distrikt Mutarara in der Provinz Tete informiert. Bis zu diesem Zeitpunkt waren 127 Verdachtsfälle von Beulenpest mit 3 Sterbefällen erfaßt worden; es gab aber noch keine durch Laborbefunde bestätigten Fälle. Die Erkrankungen sind in einem bekannten Pest-Naturherd aufgetreten.

Letztmalig hatte Mosambik im Jahr 1978 Pest-erkrankungen gemeldet. Damals kam es im gleichen Distrikt in den Monaten Oktober und November zu einem Ausbruch mit 12 bestätigten Erkrankungen an Beulenpest (keine Sterbefälle). Ende Januar 1979 war der Distrikt Mutarara jedoch wieder aus der Liste der Infektionsgebiete gestrichen worden.

Die WHO hält generelle Absonderungsmaßnahmen bei Reisenden aus diesem Gebiet für nicht begründet, es sei denn diese zeigen spezifische Symptome der Erkrankung.

Mittlerweile (Stand: 12.10.94) wurden in einem Lager im Nachbarland Malawi unter Flüchtlingen aus Mosambik 9 Verdachtsfälle, darunter 4 bestätigte Pesterkrankungen gemeldet. Entsprechende Kontrollmaßnahmen wurden eingeleitet.

Influenza - internationale Situation (WER Nr. 39 vom 30.9.74)

Mitteilungen der "WHO Collaborating Centres for Reference and Research on Influenza Atlanta, London and Melbourne" zur Antigenanalyse der aktuellen Influenzavirus-Isolate und zur Influenza-Aktivität in der südlichen Hemisphäre:

Seit der Veröffentlichung der Impfstoff-Empfehlungen für die Saison 1994/95 (s. Bulletin Heft 2) sind weitere Virusisolate aus Afrika, Amerika, Europa und Ozeanien durch die Referenzzentren charakterisiert worden.

In Europa und Nordamerika gehört die Mehrzahl der Isolate zum Influenza A-Subtyp H3N2. Im Gegensatz hierzu dominiert unter den Isolaten aus Südostasien (aus China, Singapur und Thailand) Influenzavirus B, obgleich in den letzten Monaten in Hongkong, Singapur und Thailand Influenza A häufiger isoliert wurde. Influenza A (H1N1)-Viren sind weltweit nur selten isoliert worden.

Die Mehrzahl der isolierten Viren ist eng mit den empfohlenen Impfstämmen verwandt.

Die meisten Influenza A (H3N2)-Isolate sind ähnlich A/Shangdong/9/93 oder A/Guangdong/25/93. Die Mehrzahl der Influenza B-Isolate ist ähnlich B/Panama/45/90 oder B/Quingdao/102/91. Einige der letzten Isolate aus Hongkong und dem Südosten Chinas ähneln jedoch der Variante B/Victoria/2/87. Die Influenza A (H1N1)-Viren sind verwandt mit den Varianten A/Singapore/6/86, A/Victoria/36/88 bzw. A/Texas/36/91.

Die Influenza-Aktivität in der südlichen Hemisphäre war mild bis mäßig schwer. **Influenza B-Ausbrüche** wurden aus Südafrika und Sambia gemeldet.

In Südafrika wurde im Juli und August **Influenza A (H3N2)** dominant. Auch in Australien, Brasilien, Chile und Neuseeland wurden Ausbrüche durch Influenza A (H3N2) verursacht.

Mitteilung in eigener Sache

Aus aktuellem Anlaß möchten wir nochmals darauf hinweisen, daß die wöchentlichen Berichte zum Vorkommen der meldepflichtigen Infektionskrankheiten bitte direkt an folgende Adresse zu richten sind:

Robert Koch-Institut
Fachgruppe Infektionsepidemiologie, AIDS-Zentrum
Reichpietschufer 74-76
10785 Berlin

Sie erreichen uns unter Tel. (030) 250094-23 bzw. 59
Fax. (030) 250094-24