

Epidemiologisches Bulletin



**Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten**

15/96

Zur Tätigkeit der Nationalen Referenzzentren

Die Kommission Infektionsepidemiologie am RKI hatte im Sommer 1995 Kriterien für die Auswahl der künftig notwendigen Nationalen Referenzzentren (NRZ) und einen Aufgabekatalog festgelegt. Die nach einer Ausschreibung durch das Bundesministerium für Gesundheit ausgewählten Einrichtungen haben inzwischen ihre Ernennung erhalten (Veröffentlichung siehe Sonderausgabe A/96 der *InfFo*). Im *Epidemiologischen Bulletin* erhalten die NRZ Gelegenheit, in Folge zu ihrer Tätigkeit zu berichten und Hinweise an die Kooperationspartner in der Praxis zu übermitteln, später sollen Arbeitsergebnisse folgen. – Wir beginnen heute mit einer ersten Mitteilung:

Leistungsangebot des NRZ Masern, Mumps, Röteln

Das NRZ bietet seinen Partnern – behandelnden Ärzten, Laboratorien, Gesundheitsbehörden – folgende Leistungen an:

- Beratung zu Fragen der Diagnostik, Immunität sowie zur Impfpraxis,
- Diagnostik von Masern-, Mumps- und Rötelnvirusinfektionen in speziellen Fällen wie atypischen, subklinischen und komplizierten Verläufen, Impfkomplicationen oder sog. »Impfversagern«,
- schnelldiagnostische Abklärung und Analyse von Ausbrüchen,
- Nachweis von Masern-, Mumps- und Rötelnviren mit klassischen und molekularbiologischen Methoden,
- genotypische Differenzierung von Wild- und Impfviren,
- Abgabe von Virusstämmen und diagnostischen Referenzseren.

Bei speziellen Anforderungen wird vor Entnahme und Versand von Untersuchungsmaterialien eine Abstimmung mit dem Labor empfohlen. Generell sind bei Entnahme und Versand von Materialien wie Blut- bzw. Serumproben, Abstrichen, Gewebsproben und Sektionsmaterial sterile Geräte (Einwegmaterial) und sterile Versandgefäße erforderlich. Die Entnahme sollte ohne Zeitverzug, der Transport möglichst kühl und schnell erfolgen. (Einzelheiten zur Labordiagnostik der Masern siehe *InfFo* 1/96.) – Das NRZ Masern, Mumps, Röteln ist wie folgt zu erreichen:

Robert Koch-Institut – NRZ Masern, Mumps, Röteln –
Nordufer 20
13353 Berlin
Tel.: 030 / 4547-2647, Fax: 030 / 4547-2328.

Diese Woche:

**Leistungsangebot
des NRZ Masern,
Mumps, Röteln**

Zur Malariasituation

Cholera in Zaire

**Seminar
»Reisen und Impfschutz«
in Leipzig**

16. April 1996

ROBERT KOCH
RKI INSTITUT

Zur Malaria-Situation

Malaria ist die bei weitem wichtigste tropische Parasitose. Sie fordert mehr Opfer als irgendeine andere Infektionskrankheit mit Ausnahme der Tuberkulose. In vielen Entwicklungsländern – ganz besonders in Afrika – ist die Malaria für eine hohe Zahl an Todesfällen, beträchtliche Arbeitsausfallzeiten sowie umfangreiche Kosten für medizinische Betreuung und präventive Maßnahmen verantwortlich.

Bei jeder fieberhaften Erkrankung während oder nach einer Tropenreise sollte an die Möglichkeit einer Malaria gedacht werden. Malaria ist heilbar, wenn rechtzeitig und sachgerecht behandelt wird. Unter den vier beteiligten Spezies der Plasmodien ist *Plasmodium falciparum*, der Erreger der Malaria tropica, am häufigsten und am gefährlichsten. Die Inkubationszeit beträgt in der Regel 9 bis 30 Tage und hängt von der infizierenden Plasmodien-Spezies ab. Erkrankungen durch *Pl. falciparum* (Malaria tropica) haben eine vergleichsweise kurze Inkubationszeit. Etwa 90% aller nach Deutschland importierten Malaria-tropica-Erkrankungen treten innerhalb von 4 Wochen nach der Rückkehr auf. Bei anderen Formen der Malaria (Malaria tertiana durch *Pl. vivax* oder *Pl. ovale*, Malaria quartana durch *Pl. malariae*) sind erheblich längere Inkubationszeiten möglich (8 bis 10 Monate oder länger). Erkrankungsfälle mit längeren Inkubationszeiten führen besonders häufig zu Fehldiagnosen.

Erregerreservoir ist der Mensch. Die Übertragung der Malaria-Plasmodien erfolgt durch die weibliche Anophelesmücke. Sie nimmt von Infizierten die Geschlechtsformen des Parasiten (männliche und weibliche Gametozysten) auf und kann, nachdem diese sich verbunden und einen Reifungszyklus unter bestimmten Bedingungen (Temperatur!) durchlaufen haben, beim Blutsaugen weitere Menschen infizieren. Etwa 60 Anophelesarten sind potentielle Vektoren. Normalerweise werden die Mücken nur sehr selten weiter als 2 bis 3 km von ihren Brutplätzen entfernt beobachtet. Durch stärkeren Wind können sie allerdings u.U. mehr als 30 km weit getragen werden. Gelegentlich werden infektiöse Mücken mit Flugzeugen in nichtendemische Gebiete eingeschleppt. Ausnahmen der Übertragung, die in Deutschland keine Rolle spielen, sind Infektionen durch Bluttransfusionen, kontaminierte Injektionskanülen oder Spritzen und die Mutter-Kind-Übertragung (vor oder während der Geburt).

Individuelle Vorbeugungsmaßnahmen beruhen – weil in absehbarer Zeit keine brauchbare Impfprophylaxe verfügbar sein wird – gegenwärtig auf zwei Prinzipien: dem Schutz vor den übertragenden Mücken (**Expositionsprophylaxe**) und dem medikamentösen Schutz vor den Folgen einer Infektion (**Chemoprophylaxe**).

Zur Expositionsprophylaxe haben sich eine geeignete Kleidung, Repellents (insektenabwehrende Mittel), Insektizide und besondere Schutzmaßnahmen für Wohn- und Schlaf-

räume (z.B. Gazefenster, Moskitonetze) bewährt. Die besondere Gefährdung in den Dämmerungs- und Nachtstunden sowie während der Regenzeit ist zu beachten. Offenes, stehendes Wasser (wie Gräben, Tümpel, nicht geneigte Regenrinnen, die als Mücken-Brutplätze dienen können) sollten in Siedlungen vermieden werden.

Zur Chemoprophylaxe gibt es wegen der unterschiedlichen Resistenzlage und der notwendigen Nutzen-Risiko-Abwägung je nach Aufenthalts- oder Reiseland und Art der Reise differenzierte Empfehlungen. Diese werden für Deutschland auf der Grundlage der Empfehlungen der WHO und der Deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft im Rahmen einer individuellen reisemedizinischen Vorbeugeberatung gegeben.

Hinweise zur Malariaprophylaxe für Reisende, speziell zu Einzelheiten der Chemoprophylaxe, enthält beispielsweise das halbjährlich erscheinende Handbuch »Reisemedizinischer Informations-Service« des Centrums für Reisemedizin (CRM) Düsseldorf, Tel.: 0211 / 90 42 90, Fax: 0211 / 90 42 999

Globale Situation: Malaria ist in über 90 Ländern mit einer Gesamteinwohnerzahl von 2,4 Milliarden Menschen und einem Anteil von 40% an der Weltbevölkerung ein allgemeines Gesundheitsproblem. Weltweit werden 300 bis 500 Millionen klinische Erkrankungen pro Jahr geschätzt. In Afrika südlich der Sahara treten gegenwärtig über 90% aller Fälle auf. Zwei Drittel der übrigen Fälle sind auf 6 Länder konzentriert: Indien, Brasilien, Sri Lanka, Afghanistan, Vietnam und Kolumbien. Die geographische Verbreitung der Malaria ist zwar in den letzten 50 Jahren beträchtlich zurückgegangen, die weitere Zurückdrängung erweist sich aber jetzt als kompliziert, verläuft vielfach nicht mehr planmäßig oder erleidet Rückschläge. Es zeigt sich, daß Umweltveränderungen, wie sie sich durch Straßenbau, Bergbau, landwirtschaftliche Projekte, Bewässerungsprojekte o.a. ergeben, oft einen ungünstigen Einfluß auf die Verbreitung der Krankheit haben. Ebenso wirken sich gesellschaftliche Phänomene, wie bewaffnete Konflikte oder Flüchtlingsströme, ungünstig aus.

Jedes Jahr sterben zwischen 1,5 und 2,7 Millionen Menschen an der Malaria. In der Mehrzahl handelt es sich um afrikanische Kinder, besonders aus entlegenen ländlichen Gegenden mit mangelhafter medizinischer Versorgung. Ein besonderes Gesundheitsrisiko stellt eine Malariaerkrankung für Schwangere dar (das Risiko mütterlicher oder kindlicher Sterbefälle ist erhöht). Chronische Malariainfektionen sind in den Malaria-Endemiegebieten eine wichtige Ursache für ein geringes Geburtsgewicht der Kinder und für kindliche Anämien. In Malaria-Endemiegebieten sind Migranten besonders infektionsgefährdet (Arbeitskräfte, die in Endemiegebieten tätig werden, Flüchtlinge, nicht geschützte Reisende).

Quelle: WHO Genf, Fact Sheet 94, 12.03.96

Aktuell – Malaria-Ausbruch in Südafrika: Durch anhaltende Regenfälle in den letzten Monaten waren im Süden Afrikas besonders günstige Brutbedingungen für die Anophelesmücken gegeben. Auch in der Republik Südafrika hat sich die Zahl der Malariaerkrankungen sprunghaft erhöht. Bis Ende März wurde über mehr als 8.000 Erkrankungen und 55 Sterbefälle berichtet. Betroffen sind die traditionellen Malariagebiete im Norden und Nordosten, d.h. breite Steifen entlang der Grenzen zu Botswana, Simbabwe und Moçambique (Krüger-Nationalpark) und Swaziland, aber gegenwärtig auch weite zusätzliche Gebiete, wie z.B. Kwa-Zulu-Natal. Mit einer Entspannung der Situation ist witterungsbedingt nicht vor Juni zu rechnen. Die zuständigen Behörden haben die Bekämpfungsmaßnahmen verstärkt. Zeitgleich mit diesem Ausbruch sind seit längerem wieder nach Deutschland importierte Malariafälle aus dieser Region zu verzeichnen (zwei Rückkehrer aus dem Krüger-Nationalpark erkrankten an einer Malaria tropica, die in Tübingen diagnostiziert und geheilt wurde). Reisende sollten verstärkt auf Mückenschutz achten und ggf. eine Chemoprophylaxe durchführen. Dabei ist auf die Chloroquin-Resistenz in diesem Raum hinzuweisen, so daß bei entsprechender Exposition eine kombinierte Chemoprophylaxe (Chloroquin und Proguanil) oder eine Prophylaxe mit Mefloquin indiziert wären.

Quellen: Reisemed. aktuell, CRM, 03.04.96; Mitteilung der Botschaft in Pretoria / AA

Malaria in der WHO-Region Europa: Autochthone Malaria war in den 80er Jahren in den Ländern, die zur europäischen Region der WHO gehören, weitgehend zurückgedrängt, vielfach eliminiert. Seit 1992 melden drei Staaten, die geographisch bereits zu Asien gehören, dem Regionalbüro der WHO autochthone Malariaerkrankungen in steigender Zahl: Aserbaidschan, Tadschikistan und die Türkei (1992: 19.190, '93: 47.776, '94: 87.412, '95: 115.000 Erkr.). In Aserbaidschan sind soziale und ökonomische Probleme für

den Anstieg von etwa 100 (1992) auf rd. 3.000 (1995) gemeldete Malariaerkrankungen (*Pl. vivax*) verantwortlich. Die reale Inzidenz wird höher geschätzt. Die Auseinandersetzung mit Armenien trug besonders zur Verschlechterung der Situation bei. Die Mehrzahl der Fälle tritt im südlichen Landesteil und um Baku (Flüchtlinge aus Nagornij Karabach) auf. Fachleute sind vorhanden, aber es fehlt an Medikamenten und Insektiziden. Für 1996 werden 4.000 bis 5.000 Fälle erwartet. Die WHO wurde im März 1996 im Lande tätig und bereitet ein Bekämpfungsprogramm vor. In Tadschikistan stiegen die gemeldeten Malariaerkrankungen von etwa 400 (1992) auf über 10.000 (1995). Als epidemiebegünstigender Faktor werden Bevölkerungsbewegungen – einschließlich Flüchtlinge aus Afghanistan – genannt. Eine größere Epidemie in der nichtimmunen Bevölkerung kann nicht ausgeschlossen werden. Es besteht die Gefahr, daß die zuvor stark zurückgedrängte Malaria hier wieder endemisch wird. Hauptsächlich tritt die Spezies *Pl. vivax* auf, es wird allerdings auch *Pl. falciparum* beobachtet. Es fehlen einheimische ausgebildete Fachkräfte, Medikamente und Insektizide. Die WHO bereitet auch hier ein Aktionsprogramm vor. In der Türkei kam es in bekannten Malaria-Endemiegebieten in den letzten Jahren zu einer erheblichen und kontinuierlichen Zunahme von rund 19.000 Erkrankungen 1992 auf über 115.000 im Jahre 1995. Besonders betroffen ist Südost-Anatolien. Große Bewässerungsprojekte könnten dort künftig noch zur Verbreitung der Krankheit beigetragen. Ein weiterer Erkrankungsherd befindet sich in der Region Adana. Allerdings ist im gesamten Land mit verschleppten Malariaerkrankungen zu rechnen. Gegenwärtig wird Fachpersonal für die Malariabekämpfung ausgebildet und ein Bekämpfungsprogramm vorbereitet.

Quelle: WHO Kopenhagen, CD News, März 1996

Zur Situation in Deutschland, d.h. den im Jahr 1995 importierten Malariaerkrankungen, wurde im Epidemiologischen Bulletin 7/96 berichtet.

Cholera-Ausbrüche in Zaire

In mehreren Gebieten des Hauptstadtdistriktes von Kinshasa (Zone de Kinshasa, Barumbu, Limete/Kingaba und Lingwala) ist es zu einem Ausbruch der Cholera gekommen. Berichtet wird über 147 Erkrankungen und 33 Sterbefälle (bis zum 29.03.96). Bei den betroffenen Gebieten des Distriktes Kinshasa handelt es sich um Armenviertel mit extrem schlechten sanitären Bedingungen. Vertreter der WHO sind beratend tätig. Internationale Hilfsorganisationen haben Geld und Versorgungsgüter

gespendet. Unter den eingeleiteten Maßnahmen werden die Sanierung der Wasserversorgung, Hygienemaßnahmen auf den öffentlichen Märkten und die Information der Bevölkerung hervorgehoben. Über weitere Cholera-Ausbrüche im Inneren des Landes wird aus Bolobo (Region Bandundu), Uvira (Region Kivu), der Region Haut Zaire sowie aus dem Bergbauggebiet der Region Shaba berichtet.

Quellen: WHO EMC 04. 04. 96; WHO WER 14/1996; Reisemed. aktuell, CRM 03.04.96

Reisen und Impfschutz

Am 03. Mai 1996 findet im Rahmen des Ärztlichen Kongresses auf der Euromed '96 ein Seminar ›Reisen und Impfschutz‹ statt (Congress Center Leipzig, Saal 3, 16.00 bis 19.00 Uhr, Leitung: Dr. S. Schubert, Leipzig). Behandelt werden die Beratung und Impfung Reisender, Dia-

gnostik bei Gesundheitsstörungen nach der Rückkehr sowie rechtliche Regelungen.

Information und Anmeldung: Futuramed Verlag, PF 83 03 58, D-81703 München, Tel.: 089 / 67 10 88, Fax: 089 / 670 14 34

Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten

Stand: 12. Woche (18.3. – 24.3.1996)

Land Regierungsbezirk	Enteritis infectiosa						Virushepatitis								
	Salmonellose			übrige Formen			Hepatitis A			Hepatitis B			übrige Formen		
	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.
	1996		1995	1996		1995	1996		1995	1996		1995	1996		1995
Gesamt	1042	12263	14639	3190	21683	20762	65	1183	1441	88	1364	1363	79	1096	836
Baden-Württemberg	91	1119	1628	184	1288	1441	7	109	106	8	90	81	5	87	52
Stuttgart	43	414	592	64	350	428	2	48	44	7	35	39	3	35	25
Freiburg	13	248	297	19	244	316	3	25	8		21	15		9	4
Karlsruhe	18	270	466	80	487	474		22	26	1	23	21	1	28	18
Tübingen	17	187	273	21	207	223	2	14	28		11	6	1	15	5
Bayern	97	1526	1891	222	2002	1680	2	104	120	16	258	135	19	264	130
Oberbayern	17	424	556	112	982	827	1	49	43	2	101	44	5	106	65
Niederbayern	13	116	218	24	173	105		8	5	2	28	19	5	61	2
Oberpfalz	8	162	135	12	177	123		5	2	1	19	6		15	5
Oberfranken	18	255	109	14	105	95	1	6	12	4	20	13		12	7
Mittelfranken	16	173	211	28	255	277		12	40	2	24	24	3	27	31
Unterfranken	18	161	173	5	130	90		6	12	2	25	15	3	13	13
Schwaben	7	235	489	27	180	163		18	6	3	41	14	3	30	7
Berlin	36	372	584	29	361	390	7	141	262	5	78	82	3	38	42
Brandenburg	44	532	571	539	2176	1096	1	14	34		9	17		3	3
Bremen	5	82	99	11	108	102		5	8	1	10	14	1	18	11
Hamburg	33	329	399	43	617	541	9	113	65	4	49	72	2	43	59
Hessen	69	956	977	85	758	625	12	140	86	7	129	144	2	65	45
Darmstadt	41	637	552	32	362	329	7	70	68	3	79	92	2	28	25
Gießen	8	135	166	18	107	85	2	43	13	3	28	26		19	8
Kassel	20	184	259	35	289	211	3	27	5	1	22	26		18	12
Mecklenburg-Vorp.	48	454	477	163	919	1139		8	12		6	15			7
Niedersachsen	66	956	1273	168	1577	1594	2	68	112	6	170	236		107	130
Braunschweig	10	173	289	31	240	301	1	25	31	3	53	51		21	18
Hannover *		170	246	*	204	310	*	14	30	*	41	64	*	27	41
Lüneburg	20	229	237	64	466	403		13	15	2	23	35		25	41
Weser-Ems	36	384	501	73	667	580	1	16	36	1	53	86		34	30
Nordrhein-Westfalen	243	2448	3008	497	4179	4479	20	324	508	31	407	394	39	337	250
Düsseldorf	89	784	859	152	1205	1115	7	117	187	6	133	131	10	105	82
Köln	64	594	734	88	687	750	4	92	144	14	113	58	16	117	45
Münster	36	357	564	66	615	661	3	40	65	2	47	44	1	9	15
Detmold	22	201	237	55	417	494	1	15	31	3	41	92	3	33	35
Arnsberg	32	512	614	136	1255	1459	5	60	81	6	73	69	9	73	73
Rheinland-Pfalz	46	788	1035	121	1000	1048		36	36	3	68	65	3	62	61
Koblenz	23	298	360	30	287	438		7	19		18	22		17	16
Trier	6	128	205	36	244	153		1	5		7	10		10	10
Rheinl.-Pf.	17	362	470	55	469	457		28	12	3	43	33	3	35	35
Saarland	15	138	150	44	314	285		13	14		8	17	1	2	10
Sachsen	98	1088	903	513	3133	2994		45	12	2	22	15		11	6
Chemnitz	28	425	381	204	1289	849		26	5	1	7	10		4	3
Dresden	39	366	281	148	1054	885		14	5	1	8	4		2	2
Leipzig	31	297	241	161	790	1260		5	2		7	1		5	1
Sachsen-Anhalt	79	665	785	333	1504	1547	2	13	20	1	14	16		6	2
Schleswig-Holstein	33	336	316	93	578	383	1	25	29	3	39	46	2	42	26
Thüringen	39	474	543	145	1169	1418	2	25	17	1	7	14	2	11	2

Stand: 12. Woche (18.3. – 24.3.1996)

Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten


Meningitis/Enzephalitis												Shigellose			Land Regierungsbezirk			
Meningokokken-M.			andere bakterielle M.			Virus-Meningoenzeph.			übrige Formen									
12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.	12.	1.–12.	1.–12.				
1996	1995		1996	1995		1996	1995		1996	1995		1996	1995					
19	237	164	31	264	221	4	68	91	4	53	65	16	199	279	Gesamt			
3	23	21	1	16	19	1	3	9		10	2	1	28	49	Baden-Württemberg			
2	8	6		5	8		1	4		3	2		9	7	Stuttgart			
	4	7		1	2			4		5		1	9	12	Freiburg			
1	5	4	1	5	8	1	1			2			6	10	Karlsruhe			
	6	4		5	1		1	1					4	20	Tübingen			
2	15	20	4	31	36	1	9	10		8	11	5	64	53	Bayern			
	5	9	2	9	12		2	2		3	2	4	39	37	Oberbayern			
1	1	2		1	1					1			2	4	Niederbayern			
1	1	1		4	2			1					2	1	Oberpfalz			
	3	3		1	5		2	2		1	1		1	1	Oberfranken			
	1	3		5	9							1	5	4	Mittelfranken			
	1			4	2		2			1	1		5		Unterfranken			
	3	2	2	7	5	1	3	5		2	2		10	7	Schwaben			
	10	6	2	31	9		2	3	1	5	7	3	8	21	Berlin			
1	10	5	3	11	6		3	5			1		2	14	Brandenburg			
	4	3		3	5		1			3			1	1	Bremen			
	2	2		4	6			1	1	1	1	1	8	10	Hamburg			
2	14	9	1	10	20		1	3	1	4	8		10	19	Hessen			
1	10	8		4	11			3	1	4	4		9	17	Darmstadt			
	1		1	5	5								3	1	Gießen			
1	3	1		1	4		1							2	Kassel			
1	8	10	1	6	4		6	2					6	3	Mecklenburg-Vorp.			
	15	11	2	24	17		2	10		6	9		4	11	Niedersachsen			
	5	3		7	3		1	6		1	2			3	Braunschweig			
*	2	1	*	3	3	*			*	2	1	*	1	2	Hannover			
	2	2		6	4						2		2	1	Lüneburg			
	6	5	2	8	7		1	4		3	4		1	5	Weser-Ems			
4	62	35	7	61	51		16	17	1	10	12	1	15	16	Nordrhein-Westfalen			
2	17	6		15	13		2	8	1	3	1		3	4	Düsseldorf			
1	13	9	4	17	10		5	3		1		1	9	5	Köln			
1	10	7	1	6	5					1	1				Münster			
	8	5	1	9	6		1	2					1	3	Detmold			
	14	8	1	14	17		8	4		5	10		2	4	Arnsberg			
1	6	9		6	11		1	10			10	1	16	14	Rheinland-Pfalz			
	2	3		3	7		1	8			7	1	3	8	Koblenz			
												1	2	1	Trier			
1	4	6		3	4			2			2		11	5	Rheinl.-Pf.			
2	4	1	1	6	6	1	1	3		1	1		2	1	Saarland			
3	29	8	2	21	15	1	17	9		1		3	20	56	Sachsen			
	6	1	1	6	9		5	2				1	3	16	Chemnitz			
2	19	4	1	12	4	1	7	4		1		1	8	27	Dresden			
1	4	3		3	2		5	3				1	9	13	Leipzig			
	16	9	3	11	8		4	6				1	8	3	Sachsen-Anhalt			
	8	9	1	13	1					4	3		1	4	Schleswig-Holstein			
	11	6	3	10	7		2	3					6	4	Thüringen			

Wochenstatistik – andere meldepflichtige Infektionskrankheiten

Stand: 12. Woche (18.3. – 24.3.1996)

Krankheit	12. Woche 1996	1.– 12. Woche 1996	1.– 12. Woche 1995	1.– 52. Woche 1995
Botulismus		8	3	12
Brucellose		2	8	36
Cholera				1
Diphtherie	1	1	2	4
Fleckfieber				3
Gasbrand	3	19	27	134
Gelbfieber				
Hämorrh. Fieber		1		
Lepra	1	1		2
Leptospirose, M. Weil		1	2	26
Leptospirose, sonstige	1	2	2	20
Malaria	18	213	257	947
Milzbrand				
Ornithose	1	44	62	180
Paratyphus	2	7	15	96
Pest				
Poliomyelitis			1	4
Q-Fieber	3	8	9	45
Rotz				
Rückfallfieber				
Tetanus		1	2	12
Tollwut				
Trachom		2	3	9
Trichinose		1	2	11
Tularämie		1		2
Typhus		17	29	162
angeborene				
Listeriose	1	9	8	40
Lues		1	1	4
Rötelnembryopathie				2
Toxoplasmose		9	8	23
Zytomegalie		3	7	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