

Epidemiologisches Bulletin



**Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten**

19/96

Zur Tätigkeit der Nationalen Referenzzentren **Leistungsangebot des NRZ für Staphylokokken**

Die Funktion des NRZ üben das **Robert Koch-Institut** (Bereich Wernigerode) und das **Institut für Medizinische Mikrobiologie und Immunologie der Universität Bonn** gemeinsam aus. Die Berichterstattung obliegt dem RKI. Das NRZ bietet seinen Partnern – Laboratorien, medizinischen Einrichtungen, Gesundheitsbehörden – im einzelnen folgende Leistungen an; dabei ist zu beachten, daß einige spezielle diagnostische Verfahren nur in Wernigerode oder nur in Bonn durchgeführt werden:

Arbeitsgruppen Wernigerode und Bonn:

- Beratung zu Fragen der Diagnostik, der epidemiologischen Analyse, der pathogenetischen Relevanz eingesandter Isolate sowie zur Interpretation der Ergebnisse der Resistenzbestimmung,
- Typisierung eingesandter *S.-aureus*-Stämme mittels Lysotopie,
- Bestimmung von Fragmentmustern der genomischen DNS (Pulsfeld-Gel-elektrophorese) für ausgewählte Stämme aus einem Ausbruch mit gleichen Lysisbildern,
- Aufklärung von Infektketten (insbesondere bei nosokomialen Infektionen), Zuordnung klinisch-epidemiologisch wichtiger Stämme zu bekannten Epidemiestämmen und zu klonalen Gruppen von *S. aureus* mit besonderer ätiologischer Bedeutung (z.B. im Zusammenhang mit dem Toxic-Schock-Syndrom) mittels computergestützter Analyse der molekularen Typisierung,
- Typisierung von koagulasen negativen Staphylokokken bei begründetem Verdacht auf Ausbrüche nosokomialer Infektionen sowie im Zusammenhang mit wichtigen infektiologischen Fragestellungen (mittels biochemischer Merkmalsprofile und Fragmentmuster der genomischen DNS),
- Führen einer Stammsammlung von Staphylokokken-Spezies und insbesondere von Stämmen mit wichtigen Virulenz- und Resistenzeigenschaften; Abgabe von Referenzstämmen auf Anfrage.

Diese Woche:

**Leistungsangebot des NRZ
für Staphylokokken**

**Aktuelle Hinweise
zur Creutzfeldt-
Jakob-Krankheit**

**Fallbericht:
Malaria tropica**

**Unterstützung von
Forschungsprojekten
zu Tropenkrankheiten**

14. Mai 1996

ROBERT KOCH
RKI INSTITUT

Arbeitsgruppe Wernigerode:

- Bestätigung der Speziesdiagnostik für Staphylokokken in Fällen widersprüchlicher oder unklarer Ergebnisse im Laboratorium des Einsenders,
- Nachweis wichtiger Pathogenitätsdeterminanten (für Toxic-Shock-Syndrom Toxin, Enterotoxin B, exfoliatives Toxin) mittels PCR bei begründeter klinischer Fragestellung,
- Nachweis des Enterotoxin-Bildungsvermögens (Phänotyp und PCR für seb-Gene) im Falle von Lebensmittelvergiftungen durch *S. aureus*.

Arbeitsgruppe Bonn:

- Nachweis der Toxinbildung (Enterotoxine A–D, TSST, exfoliative Toxine A, B) bei entsprechender klinischer Fragestellung.

Hinweise für Einsender: Einsendungen an das Referenzzentrum zur Typisierung (zweckmäßigerweise als Stichkultur in Hochschichtagar) sollten stets mit Angaben zur Herkunft der Isolate (Art der Infektion, Art der Materialentnahme, betroffene Station, Abteilung, Krankenhaus) erfolgen. Bei speziellen diagnostischen Anforderungen wird ggf. eine vorherige Absprache mit dem Labor empfohlen. – Die beiden Arbeitsgruppen des NRZ sind wie folgt zu erreichen:

*Arbeitsgruppe Wernigerode:
Robert Koch-Institut, Bereich Wernigerode
– NRZ für Staphylokokken –
Burgstraße 37
38855 Wernigerode
Tel: 03943 / 679-246
Fax: 03943 / 679-207*

*Arbeitsgruppe Bonn:
Institut für Medizinische Mikrobiologie
und Immunologie der Universität Bonn
– NRZ für Staphylokokken –
Sigmund-Freud-Straße 26
Tel: 0228 / 287-5704
Fax: 0228 / 287-6763*

Aktuelle Hinweise zur Creutzfeldt-Jakob-Krankheit

Zu den neuesten Entwicklungen auf dem Gebiet der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) – insbesondere zum Auftreten einer möglicherweise neuen Variante dieser Krankheit – wurde im *Epidemiologischen Bulletin* (13/96 und 16/96) bereits ausführlich Stellung genommen. Nachfolgend Hinweise zur Erfassung möglicher Fälle der neuen CJK-Variante und zur Situation:

Zur Erfassung der neuen Variante: Wie dargestellt wurde, unterscheiden sich der klinische Verlauf und u.U. auch das Erkrankungsalter bei den Erkrankungsfällen der neuen Variante der CJK von der Erscheinungsform »klassischer« CJK-Fälle. Durch die Verbreitung dieser Informationen sollte gesichert werden, daß entsprechende Verdachtsdiagnosen gestellt werden und mögliche Erkrankungsfälle der Erfassung nicht entgehen. Damit kann insbesondere auch zur Klärung der offenen Fragen im Zusammenhang mit den Ursachen der Entstehung der Krankheit beigetragen werden. Die notwendige Änderung des Meldebogens für CJK-Fälle (im Rahmen der Meldepflicht gemäß BSeuchG) ist vorgesehen und wird durch eine kurzfristig erfolgende Neuauflage des

Meldebogens realisiert. Zuvor erfolgt noch eine Abstimmung mit der Arbeitsgruppe an der Universität Göttingen, die ihrerseits die Abstimmung im Rahmen der EU-weiten Fallkontrollstudie sichert. Bis dahin sollten Erkrankungsfälle mit einer in der Ausgabe 16/96 des *Epidemiologischen Bulletins* beschriebenen Symptomatik, die einen Verdacht auf die neue Variante der CJK nahelegen, dem zuständigen Gesundheitsamt umgehend gemeldet werden. Dabei sollten die den Verdacht begründenden Symptome, soweit sie auf dem Meldebogen noch nicht vorgesehen sind, zusätzlich angegeben werden.

Zur Situation: Bisher gibt es in Deutschland noch keinen bestätigten Fall der neuen CJK-Variante. Bei einem aus Frankreich bekannt gewordenen Sterbefall eines 26jährigen Mannes mit einem den Fällen in England ähnlichen histopathologischen Bild sind die Untersuchungen noch nicht abgeschlossen. Ein bekanntes genetisches oder iatrogenes Risiko liegt jedoch – wie bei den Fällen in England – auch bei ihm nicht vor.

Fallbericht: Malaria tropica nach Aufenthalt in Südafrika

In Ergänzung unseres Beitrags zur Malariasituation in Südafrika (*Epidemiologisches Bulletin* 15/96) berichten wir heute über einen der betroffenen Patienten. – Ein 31jähriger Mann bereiste vom 16.02. bis 04.03.96 Südafrika und hielt sich am 16.02. für einen Tag im Krüger-Nationalpark auf. Drei Tage vor seiner Rückreise nach Deutschland klagte er über Fieber bis 40°C, Müdigkeit, Kopf- und Glieder-

schmerzen. Unter dem Verdacht eines Sonnenstichs erfolgte eine symptomatische Behandlung. Am Tag der Rückkehr stellte sich der Patient bei seinem Hausarzt vor. Dieser diagnostizierte eine Malaria, leitete eine Halofantrin-Therapie ein und veranlaßte die Einweisung in eine Tropenlinik zur stationären Beobachtung. Bei der Aufnahme fand sich eine Thrombozytopenie von 25.000/ μ l sowie eine Linksver-

schiebung im Differentialblutbild mit 11% stabkernigen Leukozyten. Im Blutaussstrich wurde *Plasmodium falciparum* in einer Dichte von 0,1% nachgewiesen. Es trat eine Begleit-Hepatitis mit erhöhten Transaminasen auf. Ein zweiter Behandlungszyklus wurde eine Woche später durchgeführt. In mehreren Kontroll-EKGs wurden unauffällige Befunde festgestellt. Der weitere Verlauf war komplikationslos.

Der Patient hatte eine – allerdings unregelmäßige – Malaria-Chemoprophylaxe mit Mefloquin durchgeführt. Dieser Fall zeigt, daß bereits ein eintägiger Aufenthalt in einem Malaria-gebiet in Verbindung mit einer unregelmäßigen Chemo-

prophylaxe zur Erkrankung führen kann. Entsprechend muß nach einem solchen Aufenthalt bei unklaren Fieberzuständen unbedingt an eine Malaria gedacht und sofort die notwendige Diagnostik sowie ggf. eine Therapie veranlaßt werden. Im vorliegenden Fall wurde die Diagnose drei Tage verspätet, aber direkt nach der Heimkehr nach Deutschland gestellt.

Wir danken Herrn Dr. H. Kretschmer und Herrn Dr. Dr. P. C. Döller, Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus Tübingen, für die näheren Angaben zu diesem Erkrankungsfall.

Projekte der angewandten Feldforschung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten

Unterstützung durch das Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR)

Das *Steering Committee* der TDR (eine Organisation von UNDP, Weltbank und WHO) hat im Zusammenwirken mit der *Division for Control of Tropical Diseases* der WHO folgende aktuelle Prioritäten der Forschungsförderung auf dem Gebiet der Tropenkrankheiten festgelegt:

- epidemiologische Surveillance der Tropenkrankheiten und Früherkennung von Epidemien,
- Fragen des Managements, der Organisation sowie der Information und Dokumentation im Rahmen der Bekämpfung tropischer Krankheiten,
- kostengünstige Maßnahmen gegen Moskitos als Vektoren tropischer Krankheiten im städtischen Umfeld.

In erster Linie werden Vorhaben von Wissenschaftlern aus tropischen Ländern innerhalb dieser Themenfelder finanziell unterstützt. Es sind auch Angebote von Forschungsprojekten denkbar, die gemeinsam mit Partnern in Ländern, in denen die betreffende Krankheit endemisch auftritt, durchgeführt werden. Erfahrungen mit den Projektangeboten in den letzten Jahren zeigen, daß wichtige Projekte mit guten Ideen oft nicht günstig vorbereitet und präsentiert wurden. Daher wird von der TDR ausdrücklich Beratung und Unterstützung im Vorfeld angeboten. Interessierte Wissenschaftler, die ein entsprechen-

des bilaterales Projekt anbieten und die Hilfe der TDR in Anspruch nehmen möchten, werden aufgefordert, dem *Steering Committee* der TDR spätestens bis zum 15. Juni 1996 eine Beschreibung des Vorhabens (*letter of intent*) zu übersenden. Diese sollte in englischer oder französischer Sprache auf zwei Seiten die Begründung, das Ziel und die Methodik der angestrebten Untersuchung enthalten. Zusätzlich werden vom Leiter des Projektes und den weiteren verantwortlichen Untersuchern kurze Lebensläufe (maximal eine Seite) benötigt. Überlegungen zu den voraussichtlichen Kosten sind in diesem Stadium noch nicht erforderlich. – Endgültige Projektangebote für 1997 müssen der TDR dann bis Ende November 1996, vor der Beratung des *Steering Committee*s im Dezember, vorliegen.

Angebote und Nachfragen sind zu richten an:

*Dr. J.H.F. Remme, Manager
Steering Committee on Applied Field Research
TDR
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland*

*Tel.: +41 / 22 / 791 38 15;
Fax: +41 / 22 / 788 08 39*

Mitteilung in eigener Sache

Anregung zur aktiven Mitgestaltung des Bulletins

In der heutigen Ausgabe möchten wir unsere Leser besonders auf die Möglichkeit hinweisen, uns allgemein interessierende Berichte zu infektionsepidemiologisch relevanten Ereignissen aus dem eigenen Tätigkeitsbereich zu übermitteln. Das könnten z.B. kurze Fallberichte zu meldepflichtigen oder auch nicht meldepflichtigen Infektionskrankheiten sein, bei denen Einzelheiten des Erregers, der Übertragung, der Diagnostik, der Symptomatik, des Verlaufs, der Therapie oder der präventiven Maßnahmen interessant für andere auf diesem Gebiet Tätige sind. Von besonderem Interesse sind zusammenfassende Berichte zu örtlichen Aus-

brüchen, ebenso zu speziellen Erfahrungen mit bestimmten Methoden oder Maßnahmen der Verhütung und Bekämpfung. Durch solche Beiträge aus der täglichen Praxis können Beobachtungen und Erfahrungen zum Nutzen der Leser des *Bulletins* unmittelbar weitergegeben werden.

Entsprechende schriftlich oder fernmündlich übermittelte Beiträge nimmt die Redaktion Epidemiologisches Bulletin des RKI (Fax: 030 / 4547-3544, Tel.: 030 / 4547-3406 und -3410) dankbar entgegen

Eckdaten zu HIV und AIDS

Stand: 31.3.1996

Bundesländer/ Großräume	Einwohner (in Mio.)	Zeitraum der Registrierung				kumulativ seit 1982	
		April 94 – März 95		April 95 – März 96		Anzahl	Inzidenz
		Anzahl	Meldungen/ Mio. Einw.	Anzahl	Meldungen/ Mio. Einw.		
Thüringen	2,52	1	0,40	2	0,79	11	4,37
Sachsen-Anhalt	2,76	6	2,17	2	0,72	13	4,71
Sachsen	4,58	8	1,75	10	2,18	23	5,02
Mecklenbg.-Vorpommern	1,83	3	1,64	2	1,09	15	8,20
Brandenburg	2,54	4	1,57	14	5,51	25	9,84
Bayern (ohne M)	10,65	137	12,86	100	9,39	782	73,43
Niedersachsen	7,72	84	10,88	97	12,56	740	95,85
Berlin (Ost)	1,30	26	20,00	47	36,15	128	98,46
Rheinland-Pfalz	3,95	57	14,43	69	17,47	430	108,86
Baden-Württemberg	10,27	203	19,77	165	16,07	1140	111,00
Schleswig-Holstein	2,71	32	11,81	71	26,20	328	121,03
NRW (ohne K/D)	15,55	306	19,68	237	15,24	1889	121,48
Saarland	1,08	22	20,37	21	19,44	141	130,56
Hessen (ohne F)	5,20	109	20,96	86	16,54	751	144,42
Bremen	0,68	23	33,82	8	11,76	181	266,18
Köln (K)	1,57	133	84,71	77	49,04	765	487,26
Düsseldorf (D)	0,70	59	84,29	63	90,00	518	740,00
Hamburg	1,70	146	85,88	181	106,47	1330	782,35
München (M)	1,27	146	114,96	84	66,14	1389	1093,70
Frankfurt/Main (F)	0,78	118	151,28	92	117,95	1023	1311,54
Berlin (West)	2,17	376	173,27	364	167,74	2896	1334,56
Gesamt	81,53	1999	24,52	1792	21,98	14518	178,07

Tab. 1 Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle und kumulierte Inzidenzen pro Million Einwohner nach Bundesländern beziehungsweise ausgewählten Großräumen¹ und aufgeführten Zeiträumen der Registrierung

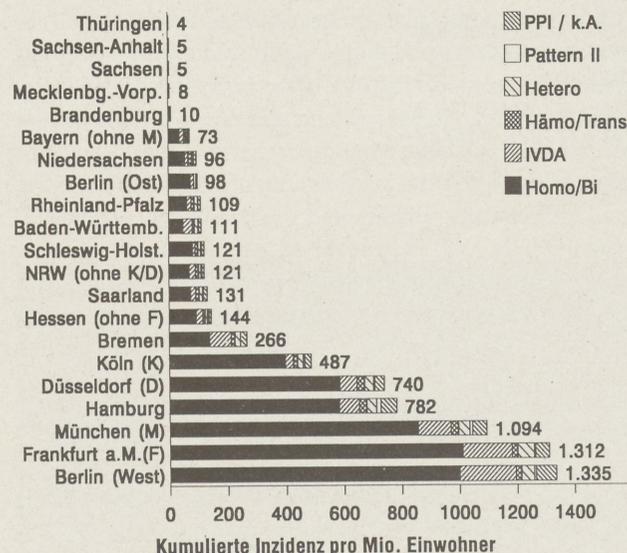


Abb. 1 Kumulierte Inzidenzen pro Mio. Einwohner nach Infektionsrisiken in Bundesländern bzw. ausgewählten Großräumen¹

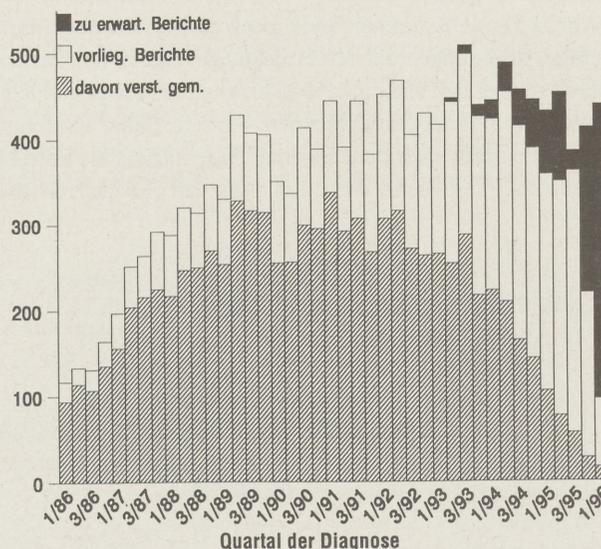


Abb. 2 Bereits gemeldete AIDS-Fälle mit Anteil der als verstorben gemeldeten Fälle sowie auf der Basis des bisher beobachteten Meldeverzugs noch zu erwartende Meldungen² nach Quartal der Diagnose

Infektionsrisiko ♂ > 12 Jahre	Zeitraum der Diagnose		kumulativ seit 1982
	April 94 – März 95	April 95 – März 96	
Homo/bi	1039 74,0%	571 70,8%	9775 75,4%
IVDA	152 10,8%	84 10,4%	1400 10,8%
Hämo	43 3,1%	19 2,4%	483 3,7%
Trans	8 0,6%	4 0,5%	120 0,9%
Hetero	52 3,7%	36 4,5%	360 2,8%
Pattern II	25 1,8%	27 3,3%	136 1,0%
k. A.	86 6,1%	66 8,2%	684 5,3%
Gesamt	1405 100%	807 100%	12958 100%

Tab. 2a Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei männlichen Jugendlichen und Erwachsenen (> 12 Jahre) nach Infektionsrisiko³ und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose

Infektionsrisiko ♀ > 12 Jahre	Zeitraum der Diagnose		kumulativ seit 1982
	April 94 – März 95	April 95 – März 96	
IVDA	95 45,2%	43 37,7%	713 49,1%
Trans	7 3,3%	4 3,5%	129 8,9%
Hetero	69 32,9%	36 31,6%	419 28,8%
Pattern II	23 11,0%	18 15,8%	96 6,6%
k. A.	16 7,6%	13 11,4%	96 6,6%
Gesamt	210 100%	114 100%	1453 100%

Tab. 2b Verteilung der gemeldeten AIDS-Fälle bei weiblichen Jugendlichen und Erwachsenen (> 12 Jahre) nach Infektionsrisiko³ und aufgeführten Zeiträumen der Diagnose

Jahr der Einsendung	k. A.	Geschlecht		Gesamt
		♂	♀	
< 1987	2095	9100	1599	12794
	16,4%	71,1%	12,5%	100%
1987	1407	6271	1378	9056
	15,5%	69,2%	15,2%	100%
1988	1198	5895	1357	8450
	14,2%	69,8%	16,1%	100%
1989	860	4864	1113	6837
	12,6%	71,1%	16,3%	100%
1990	782	4549	1032	6363
	12,3%	71,5%	16,2%	100%
1991	779	4681	1160	6620
	11,8%	70,7%	17,5%	100%
1992	727	4700	1119	6546
	11,1%	71,8%	17,1%	100%
1993	604	4210	1105	5919
	10,2%	71,1%	18,7%	100%
1994	445	3703	1056	5204
	8,6%	71,2%	20,3%	100%
1995	466	3376	1007	4849
	9,6%	69,6%	20,8%	100%
1996	47	312	88	447
	10,5%	69,8%	19,7%	100%
Gesamt	9410 12,9%	51661 70,7%	12014 16,4%	73085 100%

Tab. 3 HIV-Bestätigungsteste⁴ unter Ausschluss erkennbarer Doppelmeldungen⁵ nach Jahr des Eingangs des Serums zur Untersuchung⁶ und Geschlecht

Ergänzende Hinweise und Erklärung der Abkürzungen zu den obenstehenden Tabellen

1 Für die regionale Zuordnung werden die ersten drei Ziffern der fünfstelligen Postleitzahlen verwendet. Die Großräume wurden auf der Grundlage der ersten drei Ziffern der neuen Postleitzahlen bzw. der Bundesländergrenzen definiert. Die Einwohnerzahlen der Bundesländer für die Berechnung der Inzidenzen sind bezogen auf Dezember 1994 (Statistisches Bundesamt, Stand: September 1995). Die Einwohnerzahlen für die großstädtischen Bereiche (Frankfurt/M. inkl. Offenbach, Köln inkl. Leverkusen und Bergisch-Gladbach) wurden auf der Basis der ersten drei Ziffern der Postleitzahlen nach Angaben des Wickert-Institutes (Stand: Februar 1995) berechnet.

2 Zur Berechnung der durch den Meldeverzögerung in Zukunft noch zu erwartenden AIDS-Fallberichte wurde ein Programm des European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS eingesetzt (Heisterkamp et al.). Für die letzten beiden Quartale der Diagnose kann der relativ kleine Anteil bereits eingegangener Meldungen zu deutlichen Unschärfen der Projektion führen.

3 Männer, bei denen als Infektionsrisiko sowohl homosexuelles Verhalten als auch i.v. Drogen-

konsum angegeben wird, werden unter der Kategorie »IVDA« subsummiert. In der Kategorie »Trans« werden Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (die nicht Hämophile sind) sowie Empfänger von Transplantaten – einschließlich Patienten, die die Transfusion im Ausland erhalten haben – zusammengefaßt. Fälle, bei denen Angaben zum Infektionsrisiko fehlen und Fälle, bei denen kein Infektionsrisiko erfragt werden konnte, werden unter der Kategorie »k.A.« zusammengefaßt.

4 Bei den Meldungen über positive HIV-Bestätigungsteste handelt es sich um die anonyme Meldung von positiven Befunden der HIV-Bestätigungsteste bei HIV-Infizierten und nicht um die Meldung HIV-infizierter Personen.

5 Die aufgeführten Zahlen enthalten Mehrfachmeldungen in unbekannter Menge, weil Mehrfachuntersuchungen, die bei HIV-infizierten Personen die Regel sind, nur dann ausgeschlossen werden können, wenn sie von den meldenden Laboratorien als solche berichtet werden.

6 Es wird der Zeitpunkt der HIV-Diagnose (Durchführung des Tests) wiedergegeben. Rück-

schlüsse auf den Zeitpunkt der Infektion sind nicht möglich. Veränderungen des Infektionsgeschehens können daher nur unter Vorbehalt und mit größter Zurückhaltung interpretiert werden.

Homo/bi Homo- oder bisexuelle Männer

IVDA i.v. Drogenabhängige

Hämo/Trans Hämophile / Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten (außer Hämophile)

Hetero Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern-II-Ländern)

Pattern II Patienten aus Pattern-II-Ländern, in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird (z. B. Karibik, Zentral- und Westafrika)

PPI Prä- oder perinatale Infektion

k.A. Keine Angaben

Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten

16. Woche (15.4. – 21.4.1996)

Land	Enteritis infectiosa						Virushepatitis									
	Salmonellose			übrige Formen			Hepatitis A			Hepatitis B			übrige Formen			
	16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.	16.	1.–16.	1.–16.	
Regierungsbezirk	1996		1995		1996		1995		1996		1995		1996		1995	
Gesamt	1128	16079	19017	2390	31514	26985	71	1431	1813	122	1761	1737	81	1432	1107	
Baden-Württemberg	128	1494	2089	165	1818	1964	6	125	124	12	119	113	6	104	66	
Stuttgart	46	536	752	56	521	592	2	55	48	6	52	55	1	39	29	
Freiburg	15	324	360	32	340	422	2	30	10	1	24	16	3	14	7	
Karlsruhe	40	380	592	59	693	669	1	25	35	5	30	29	2	35	24	
Tübingen	27	254	385	18	264	281	1	15	31		13	13		16	6	
Bayern	110	1896	2464	212	2796	2167	10	133	144	22	324	170	24	355	164	
Oberbayern	18	520	734	126	1434	1040	7	64	49	11	124	58	16	146	80	
Niederbayern	9	147	274	18	230	135		10	7	4	40	25	2	84	3	
Oberpfalz	30	219	171	18	224	167		6	5		23	7		21	7	
Oberfranken	12	286	161	13	152	128	2	11	16		25	15	3	22	7	
Mittelfranken	9	212	245	18	324	370		13	46	1	30	29	1	32	37	
Unterfranken	10	209	242	5	185	125		9	13	3	32	16	1	14	17	
Schwaben	22	303	637	14	247	202	1	20	8	3	50	20	1	36	13	
Berlin	32	481	705	46	533	450	19	176	337	7	95	106	6	52	53	
Brandenburg	50	790	767	125	2879	1400	2	25	45	1	15	19		5	4	
Bremen	8	102	122	9	136	121		8	11		11	17	1	21	14	
Hamburg	32	438	547	63	852	717	5	132	78	6	71	103	2	56	82	
Hessen	57	1160	1262	69	1043	804		164	121	10	158	170	3	85	55	
Darmstadt	25	749	715	23	484	418		82	95	4	93	102	1	32	32	
Gießen	14	175	220	13	163	107		47	15	4	33	33	2	32	9	
Kassel	18	236	327	33	396	279		35	11	2	32	35		21	14	
Mecklenburg-Vorp.	74	609	637	141	1473	1511	1	9	12	1	9	18			7	
Niedersachsen	96	1265	1674	172	2238	2161	2	82	143	15	211	281	4	142	161	
Braunschweig	26	258	404	20	336	377	1	32	37	6	67	55		28	23	
Hannover *		170	316 *		204	400 *		14	37 *		41	78 *		27	53	
Lüneburg	19	291	301	56	673	519	1	17	23	3	32	45	1	40	47	
Weser-Ems	51	546	653	96	1025	865		19	46	6	71	103	3	47	38	
Nordrhein-Westfalen	217	3213	3852	395	5801	5813	14	369	635	31	542	524	30	446	356	
Düsseldorf	66	1010	1131	122	1688	1477	4	131	239	10	171	178	8	137	121	
Köln	50	787	953	81	992	977	5	103	167	8	141	82	16	161	56	
Münster	31	464	688	54	863	876	1	45	86	4	58	53		13	19	
Detmold	23	286	299	39	564	673	2	22	35	3	64	115	2	43	59	
Arnsberg	47	666	781	99	1694	1810	2	68	108	6	108	96	4	92	101	
Rheinland-Pfalz	50	1000	1357	78	1383	1370		44	51	2	83	89	2	81	84	
Koblenz	16	362	453	27	413	547		11	26		23	31		23	20	
Trier	6	162	264	17	317	223		1	11	1	9	13	1	13	13	
Rheinl.-Pf.	28	476	640	34	653	600		32	14	1	51	45	1	45	51	
Saarland	16	189	195	43	474	392		17	14		9	18		4	11	
Sachsen	114	1501	1153	468	4964	3748	1	54	14	3	26	21		11	7	
Chemnitz	36	561	486	184	1995	1156		26	6	1	9	11		4	4	
Dresden	46	521	353	127	1618	1108	1	22	5	1	9	8		2	2	
Leipzig	32	419	314	157	1351	1484		6	3	1	8	2		5	1	
Sachsen-Anhalt	58	866	1041	202	2439	2069	2	21	25	2	20	21		9	4	
Schleswig-Holstein	36	457	428	54	825	525	7	39	35	8	52	52	3	49	36	
Thüringen	50	618	724	148	1860	1773	2	33	24	2	16	15		12	3	

16. Woche (15.4. – 21.4.1996)

Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten

Meningitis/Enzephalitis												Shigellose			Land			
Meningokokken-M.			andere bakterielle M.			Virus-Meningoenzeph.			übrige Formen									
16.	1.-16.	1.-16.	16.	1.-16.	1.-16.	16.	1.-16.	1.-16.	16.	1.-16.	1.-16.	16.	1.-16.	1.-16.				
1996	1995		1996	1995		1996	1995		1996	1995		1996	1995			Regierungsbezirk		
20	297	245	24	330	292	7	96	110	3	65	93	25	261	366	Gesamt			
3	33	30	2	18	24	1	8	14	2	12	4	6	46	80	Baden-Württemberg			
1	10	8		5	11		3	6	2	5	4	2	16	9	Stuttgart			
1	8	8		1	2		1	4		5		3	15	17	Freiburg			
1	7	9	2	7	9	1	3	2		2			7	12	Karlsruhe			
	8	5		5	2		1	2				1	8	42	Tübingen			
3	22	32	3	39	44		12	12		8	14	9	77	71	Bayern			
	6	15	2	12	14		3	2		3	2	2	43	47	Oberbayern			
	1	2		1	1		1	1		1		5	9	5	Niederbayern			
	1	2		5	3			1					2	1	Oberpfalz			
	3	4		1	8		2	2		1	2		1		Oberfranken			
1	2	4	1	6	11			1			7	2	7	7	Mittelfranken			
2	4	2		5	2		2			1	1		5		Unterfranken			
	5	3		9	5		4	5		2	2		10	11	Schwaben			
4	18	10	2	35	11		2	3		6	12	2	12	29	Berlin			
	12	9	1	14	7	3	7	5			3		2	15	Brandenburg			
	4	3		3	5		1			3			1	1	Bremen			
2	4	4		4	6			1		1	2		9	13	Hamburg			
	15	16	2	15	25	1	2	4	1	6	8		12	21	Hessen			
	10	13	1	8	14			3	1	5	4		11	19	Darmstadt			
	2	2	1	6	6	1	1	1			3		1		Gießen			
	3	1		1	5		1			1	1			2	Kassel			
	9	12		9	9		6	3					6	3	Mecklenburg-Vorp.			
1	17	15		28	26		4	10		9	12	1	7	14	Niedersachsen			
	6	3		9	6		2	6		3	2		1	5	Braunschweig			
*	2	2	*	3	4	*			*	2	3	*	1	2	Hannover			
1	3	3		8	5		1				2		2	1	Lüneburg			
	6	7		8	11		1	4		4	5	1	3	6	Weser-Ems			
4	73	49	10	81	65	1	21	20		13	19	3	25	22	Nordrhein-Westfalen			
3	22	12	1	17	19		2	9		4	2		3	5	Düsseldorf			
	16	11	4	26	15		6	4		1			10	9	Köln			
	10	10	2	10	5		2			2	2				Münster			
	8	6		9	6		1	2				3	10	3	Detmold			
1	17	10	3	19	20	1	10	5		6	15		2	5	Arnsberg			
1	8	13	3	11	16		1	11			13		16	19	Rheinland-Pfalz			
1	3	6	2	7	10		1	9			9		3	11	Koblenz			
	1										1		2	1	Trier			
	4	7	1	4	6			2			3		11	7	Rheinl.-Pf.			
	4	2		6	8		1	3		1	1		3	2	Saarland			
1	32	13		26	25		23	11		1		1	24	60	Sachsen			
1	7	3		8	14		8	3				1	4	18	Chemnitz			
	21	7		13	8		9	5		1			10	28	Dresden			
	4	3		5	3		6	3					10	14	Leipzig			
1	21	17	1	13	10		4	10				1	11	4	Sachsen-Anhalt			
	11	10		14	3	1	1			5	5		2	4	Schleswig-Holstein			
	14	10		14	8		3	3				2	8	8	Thüringen			

Wochenstatistik – andere meldepflichtige Infektionskrankheiten

16. Woche (15.4. – 21.4.1996)

Krankheit	16. Woche 1996	1.– 16. Woche 1996	1.– 16. Woche 1995	1.– 52. Woche 1995
Botulismus		8	3	12
Brucellose		4	9	36
Cholera				1
Diphtherie		1	2	4
Fleckfieber				3
Gasbrand	2	28	43	134
Gelbfieber				
Hämorrh. Fieber		1		
Lepra		2	1	2
Leptospirose, M. Weil		1	2	26
Leptospirose, sonstige		2	2	20
Malaria	21	271	301	947
Milzbrand				
Ornithose	3	56	74	180
Paratyphus		11	24	96
Pest				
Poliomyelitis			1	4
Q-Fieber		8	12	45
Rotz				
Rückfallfieber				
Tetanus		1	3	12
Tollwut				
Trachom		2	4	9
Trichinose		1	2	11
Tularämie		1		2
Typhus	4	26	43	162
angeborene				
Listeriose		9	10	40
Lues		1	1	4
Rötelnembryopathie				2
Toxoplasmose		10	9	23
Zytomegalie		5	8	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
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-Aburffunktion (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