

# Epidemiologisches Bulletin



**Aktuelle Daten und Informationen  
zu Infektionskrankheiten**

**37/96**

## **Zur Influenza-Epidemie 1995/96: Ausmaß und Folgen**

In Deutschland ist von Dezember 1995 bis Februar 1996 eine mittelschwere Influenza-Epidemie abgelaufen (s. a. *Epidemiologisches Bulletin* 1, 2, 4, 17/96). Angesichts der bevorstehenden ›Grippesaison‹ ist es sinnvoll, sich dieses Geschehen noch einmal zu vergegenwärtigen. Die zusammenfassende Analyse der vorliegenden Daten durch die Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) und das Robert Koch-Institut ergab, daß im Zeitraum dieser Epidemie etwa 8,5 Millionen Erstkonsultationen wegen akuter respiratorischer Erkrankungen mehr stattfanden, als sonst jahreszeitlich zu erwarten gewesen wären. Bei etwa 5 Millionen Erkrankten kam es zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit. In Krankenhäusern wurden epidemiebedingt etwa 28.000 Patienten unterhalb des Rentenalters mehr behandelt. Patienten, die über 60 Jahre alt waren, wurden 5fach häufiger als sonst zur stationären Behandlung eingewiesen. – Die Kosten der Epidemie, allein bezogen auf die ambulante und stationäre Behandlung, werden auf mindestens 900 Millionen DM geschätzt. Ferner sind erhebliche soziale Folgekosten entstanden. Weitere Mittel wurden für den privaten Kauf von Medikamenten aufgebracht. – Die Mortalitätsstatistik des Statistischen Bundesamtes weist für den Epidemiezeitraum eine deutliche ›Übersterblichkeit‹ aus; danach sind etwa 37.000 Personen mehr als in epidemiefreien Vergleichszeiträumen verstorben. Diese Sterbefälle sind nur zu einem Teil direkt der Influenza zuzuordnen, in einem großen Teil der Fälle hat die Influenza den komplizierten und zum Tode führenden Verlauf einer chronischen Grundkrankheit begünstigt. Auch bei den direkt oder indirekt durch die Influenza ausgelösten Sterbefällen ist der Anteil der über Sechzigjährigen besonders hoch.

*In Kürze erscheint eine Übersichtsarbeit zu dieser Influenza-Epidemie, auf die wir hinweisen möchten, eine Arbeit von W. Lange, H. Uphoff und G. Rasch: ›Influenza 1995/96 – Ergebnisse zweier deutscher Überwachungssysteme‹, Bundesgesundheitsblatt 39, Heft 10 (1996): 370–376.*

## **Influenza-Schutzimpfung: ein wichtiges aktuelles Angebot**

Mit der Möglichkeit einer Influenza-Epidemie muß in jedem Jahr gerechnet werden. Die Schutzimpfung gegen Influenza (Virusgrippe) ist die einzige reale Möglichkeit der Vorsorge. Ab sofort steht die Impfung für diesen Herbst allgemein zur Verfügung. Impfindikationen ergeben sich aus der individuell unterschiedlichen potentiellen Gefährdung durch die Virusgrippe. Als besonders gefährdet gelten diejenigen, für die eine Influenza-Erkrankung aufgrund bestehender chronischer Krankheiten oder eines fortgeschrittenen Lebensalters (>60 Jahre) ein erhöhtes Gesundheitsrisiko bedeutet. Zu den in diesem Zusammenhang sowohl im Erwachsenen- als auch im Kindesalter wichtigen Grundleiden zählen Herzkrankheiten mit Neigung zur Dekompensation, chronische Lungen-, Nieren- und Stoffwechselkrankheiten,

## **Diese Woche:**

**Influenza-Epidemie  
1995/96:  
nachträgliche Bewertung**

**Influenza-Schutzimpfung:  
ein wichtiges  
aktuelles Angebot**

**Leistungsangebot des NRZ  
für Influenza**

**Tollwut-Situation in  
Europa und Deutschland**

**Tollwut: Fallbericht**

**Virusmeningoenzephalitis  
in Rumänien: Update**

**Ratschläge zur Erhaltung  
der Gesundheit bei  
einem Tropenaufenthalt**

**17. September 1996**

ROBERT KOCH  
**RKI**  
INSTITUT

chronische Anämien sowie angeborene oder erworbene Immundefekte. Naturgemäß sind Personen, die beruflich Kontakt zu vielen Menschen haben, einem erhöhten Ansteckungs- und damit Erkrankungsrisiko ausgesetzt. Dieser Personenkreis ist auch deshalb gut beraten, sich impfen zu lassen, weil dadurch die Weitergabe der Infektion reduziert werden kann. Die für das medizinische Personal aus den gleichen Gründen bestehende Impfindikation sei noch besonders betont. – Eine Abschätzung des Umfanges der hier umrissenen Personengruppen mit einer erhöhten Gefährdung ergibt für Deutschland eine Größenordnung von mehr als 16 Millionen Personen. Im Vorjahr wurden schätzungsweise 5–6 Millionen Impfungen durchgeführt.

Im Influenza-Impfstoff sind – auf der Grundlage von WHO-Empfehlungen – die Varianten des Influenzavirus enthalten, deren Ausbreitung in der kommenden Saison am wahrschein-

lichsten ist. In diesem Jahr sind es Stämme, die den Varianten ›A/Wuhan/359/95‹ (Subtyp H3N2), ›A/Singapore/6/86‹ (Subtyp H1N1) und ›B/Beijing/184/93‹ ähnlich sind. Durch ein erprobtes weltweites Überwachungssystem hat sich diese Art der Prognose als sehr zuverlässig erwiesen. Die Influenza-Schutzimpfung senkt das Risiko einer Erkrankung und – ganz besonders – einer Komplikation. Der Nutzen dieser Impfung ist in einer größeren Zahl von Kohorten- und Fallkontrollstudien in mehreren Ländern – z. B. in Frankreich, den Niederlanden und in den USA – überzeugend nachgewiesen worden. Die von mehreren methodischen Ansätzen ausgehenden Studien verdeutlichen nach einer Influenza-Impfung übereinstimmend die Senkung der Erkrankungsrate, der Hospitalisierungsrate und der Sterblichkeit bei Personen mit einer gesundheitlichen Vorschädigung oder in einem höheren Lebensalter.

Zur Tätigkeit der Nationalen Referenzzentren:

### Leistungsangebot des Nationalen Referenzzentrums für Influenza

Die Funktion des NRZ üben das **Niedersächsische Landesgesundheitsamt – Fachbereiche Virologie** – in Hannover und das **Robert Koch-Institut – Fachbereich Virologie** – in Berlin gemeinsam aus. Die Berichterstattung obliegt dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt. Beide Arbeitsgruppen des Referenzzentrums bieten ihren Partnern – Laboratorien, behandelnden Ärzten, Gesundheitsbehörden – folgende Leistungen an:

- Beratung zu Fragen der Diagnostik, der Immunität, der Prophylaxe (einschl. Impfungen) sowie zur Bewertung der epidemischen Potenz von Varianten des Influenzavirus und zur Einschätzung sporadischer Influenza-Erkrankungen,
- Beratung der virologischen Laboratorien bei der Diagnostik von Influenzavirus-Infektionen, insbesondere bei der Anzucht von Influenzaviren,
- weitere Untersuchung von Influenza-verdächtigen Virusstämmen; Typisierung von angezüchteten Influenzavirus-Stämmen nach Subtypen und Varianten – Charakterisierung von Hämagglutinin und Neuraminidase mittels Antisera, PCR und Sequenzanalyse,
- Virusanzucht aus Untersuchungsmaterial von Influenza-Verdachtsfällen bei Ausbrüchen, falls ein geeignetes virologisches Laboratorium in der Nähe nicht verfügbar ist,

- Führen einer Sammlung von Influenzavirus-Referenzstämmen und von Influenzavirus-Stämmen aus Deutschland (die auch an das Welt-Influenzazentrum weitergeleitet werden), Abgabe von Virusstämmen und diagnostischen Referenzseren auf Anfrage.

**Hinweise zum Materialversand:** Angezüchtete Virusstämmen sollten am besten als beimpfte Zellkulturen versandt und telefonisch im Labor in Hannover bzw. Berlin angekündigt werden. Zur Virusanzucht bei Ausbrüchen sollten Rachenabstriche in Transportmedium in einer Kühltherme verschickt werden, eine vorherige telefonische Absprache wird empfohlen. Bei Einsendungen von Virusstämmen oder zur Virusanzucht wird die gleichzeitige Übermittlung klinischer und ggf. epidemiologischer Primärdaten erbeten. – Das NRZ ist wie folgt zu erreichen:

*Niedersächsisches Landesgesundheitsamt  
Fachbereich Virologie / NRZ Influenza  
Roesebeckstraße 4  
30449 Hannover  
Tel: 0511/4505-201  
Fax: 0511/4505-140*

*Robert Koch-Institut  
FB Virologie / Fg 111 / NRZ Influenza  
Nordufer 20  
13353 Berlin  
Tel: 030/4547-2456 oder -2313  
Fax: 030/4547-2605*

### Aktuelle Tollwutsituation in Europa und Deutschland

**Europa:** Im I. Quartal 1996 sind in Europa insgesamt 2.831 Fälle von Tollwut bei Tieren registriert worden. Von diesen betrafen 1.916 (68%) wildlebende Tiere (z. B. Füchse, Waschbären, Wölfe, Dachse, Wildkatzen, Marder). Mit 1.804 tollwutinfizierten Tieren (64%) waren die Füchse der Hauptträger der Tollwut. Bei den Haustieren waren vor allem Hunde und Rinder (je 11%) betroffen, gefolgt von Katzen, Pferden, Schafen, Schweinen und weiteren, seltener infizierten Tierarten. Tollwutinfizierte Fledermäuse sind im ersten Quartal 1996 nicht gefunden worden, im II. Quartal wurden mehrere Fälle von Fledermaus-Tollwut, darunter auch

in Deutschland, registriert. Besondere Aufmerksamkeit erregte ein Fall von offensichtlich frisch importierter Fledermaus-Tollwut im tollwutfreien England (s. *Epidemiologisches Bulletin* 25/96: 171). Die Türkei ist innerhalb der WHO-Region Europa das einzige Land, in dem Hunde Hauptträger der Tollwut sind (24 von 28 gemeldeten Fällen im I. Quartal); ganz besonders betroffen ist der Raum Istanbul.

Die Tollwut der Füchse bestimmt damit die Situation in den europäischen Ländern, mit Ausnahme der Türkei. In der Vergangenheit kam es im ersten Jahresviertel, zur Paarungszeit der Füchse, im Vergleich zum letzten Quartal

des Vorjahres regelmäßig zu einem Anstieg der Tollwutfälle. Infolge der umfangreichen Impfkationen gegen die Tollwut bei den Wildkarnivoren in vielen europäischen Ländern bleibt dieser Anstieg inzwischen aus. Es wird wiederum deutlich, daß in den Ländern, in denen Impfköder zur oralen Schutzimpfung von Wildkarnivoren ausgelegt werden, die Zahl der Tollwutfälle zurückgeht, während sie umgekehrt in Staaten ohne derartige Schutzmaßnahmen ansteigt bzw. hoch bleibt.

Die aktuellen Schwerpunkte der Tollwutverbreitung bei Füchsen liegen in osteuropäischen Ländern. Über 90% der in Europa festgestellten Fälle betreffen Polen, Ungarn, die Russische Föderation, Kroatien, Slowenien sowie die Slowakische und die Tschechische Republik. In der Russischen Föderation waren besonders die Regionen am Unterlauf der Wolga (Saratow, Wolgograd, Astrachan), der Südrural (Orenburg) und Baschkirien auffällig, allerdings wird in anderen Regionen eine Untererfassung vermutet. Tollwutfreie Länder in Europa sind Finnland, Griechenland, Großbritannien und Nordirland, Irland, Island, Norwegen, Portugal und Schweden. Auch aus Dänemark und den Niederlanden, Ländern, in denen die Ausrottung der Tollwut mit Erfolg betrieben wird, wurden keine weiteren aktuellen Fälle gemeldet. Im I. Quartal gab es auch keine Meldungen aus Spanien und Italien. In Italien war lediglich die einge-

schleppte Erkrankung eines Menschen zu verzeichnen (siehe den nachfolgenden Fallbericht).

Im I. Quartal 1996 erkrankten zwei Menschen an Tollwut. Es handelte sich dabei um einen importierten Fall in Italien und einen autochthonen Fall in Rußland. Im II. Quartal ereigneten sich zwei Tollwut-Erkrankungsfälle bei Menschen, ein importierter Fall in Deutschland (s. *Epidemiologisches Bulletin* 23/96) sowie wiederum ein autochthoner Fall in Rußland.

In Deutschland ist nach einem Wiederaufflackern der Tollwut in einzelnen Bundesländern in den Jahren 1994 und 1995 eine deutliche Entspannung der Situation eingetreten, die mit hoher Sicherheit auf das vermehrte Auslegen von Impfködem zurückzuführen ist. Seit dem letzten Quartal 1994, in dem 455 Fälle von Tollwut bei Tieren registriert wurden, war wieder ein stetiger Rückgang zu verzeichnen. Im I. Quartal 1996 wurden nur noch 65 Tollwutfälle gemeldet (Hessen und Rheinland-Pfalz je 15, Nordrhein-Westfalen 13, Saarland 10, Baden-Württemberg 8, Bayern und Sachsen 2), im II. Quartal 26 Tollwutfälle (darunter 17 bei Füchsen und 4 bei Fledermäusen).

Quellen: WHO Collaborating Centre for Rabies Surveillance and Research, Tübingen: *Rabies Bulletin Europe*, 1/96 und persönliche Mitteilung von Dr. W.W. Müller v. 10.09.96; DVV: *Infektion & Prävention* 4/1996

### Importierte Tollwuterkrankung in Italien: Fallbericht

Ein 32-jähriger Italiener, der mit seiner Frau eine Reise nach Nepal unternommen hatte, wurde am 21. Januar 1996 in der Stadt Pokara von einem streunenden jungen Hund gebissen. Ein Arzt, der am Ort konsultiert wurde, reinigte und desinfizierte die Wunde, überprüfte den Tetanus-Impfstatus und hielt weitere Maßnahmen nicht für erforderlich. Zwei Tage später erfolgte die Rückreise nach Italien. Nach etwa 30 Tagen entwickelte sich ein Krankheitsbild mit hohem Fieber, Laryngospasmen und einer Hydrophobie. Am 24. Februar wurde der Patient in die Infektionsklinik in Venedig eingewiesen, wo er zwei Tage später starb. Die Diagnose »Tollwut« wurde durch Virusnachweis gesichert, der isolierte Virusstamm als

»Indischer Typ« des Rabiesvirus eingeordnet. Der Ehefrau, engen Verwandten des Erkrankten und einem Krankenpfleger im häuslichen Bereich wurde zu einer postexpositionellen Tollwutimmunisierung geraten. Bei dem Klinikpersonal, das die vorgesehenen Schutzmaßnahmen beachtet hatte, wurden keine weiteren prophylaktischen Maßnahmen für notwendig gehalten. (Im Zusammenhang mit diesem Erkrankungsfall verweisen wir auf unseren ausführlichen Kommentar im *Epidemiologischen Bulletin* 23/96:156 zu der im Mai 1996 in Deutschland bei einem Reisenden nach der Rückkehr aus Sri Lanka aufgetretenen Tollwuterkrankung.)

Quelle: WHO Kopenhagen: *CD News*, No. 12, June 1996

### Virusmeningoenzephalitis-Ausbruch in Rumänien: Update

Die Zahl der in der rumänischen Hauptstadt Bukarest seit Anfang August 1996 beobachteten Meningoenzephalitis-Erkrankungen hat sich weiter erhöht. Das Gesundheitsministerium berichtet, daß bis zum 11. September insgesamt 414 Erkrankungen unter dem Bild einer Virusmeningitis und einer Meningoenzephalitis registriert wurden. In 20 Fällen verliefen die Erkrankungen bisher tödlich. Mehr als 100 der Erkrankten konnten inzwischen geheilt aus der Krankenhausbehandlung entlassen werden. Wie bereits berichtet (s. *Epidemiologisches Bulletin* 36/96) ist für dieses Geschehen charakteristisch, daß überwiegend ältere Erwachsene im Raum Bukarest erkranken. Weitere gemeinsame Merkmale, die auf eine einheitliche Quelle hinweisen könnten, wurden bisher nicht ermittelt. Das Nationale Referenzzentrum für Enteroviren in Bukarest hat zunächst bei zwei erkrankten Patienten ein vorerst nicht näher bezeichnetes Enterovirus nachgewiesen. Der Minister für Gesund-

heitswesen Rumäniens hält ein Infektionsrisiko für Touristen für ausgeschlossen.

Quellen: WHO, *Epidemiological Bulletin*, 13.09.96 und EMC, 09.09.96

### Ratschläge zur Erhaltung der Gesundheit in tropischen und subtropischen Ländern

In der vom Bundesverwaltungsamt herausgegebenen Reihe Merkblätter für Ausländtätige und Auswanderer liegt jetzt das Merkblatt Nr. 23 *Ratschläge zur Erhaltung der Gesundheit in tropischen und subtropischen Ländern* in aktualisierter Form vor (22. Auflage). Der Text wurde im Auftrag der deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft von H. Kretschmer, P.C. Döller, K. Fleischer und R. Huenges zusammengestellt. Bezug der Broschüre (Format A6) zum Selbstkostenpreis von 5,- DM beim Bundesverwaltungsamt, Informationsstelle für Ausländtätige und Auswanderer, 50728 Köln, Tel: 0221/758-0, Fax: 0221/758-2768.

**Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten**

34. Woche (19.8. -25.8.1996)

Land Regierungsbezirk	Enteritis infectiosa						Virushepatitis								
	Salmonellose			übrige Formen			Hepatitis A			Hepatitis B			übrige Formen		
	34.	1.-34.	1.-34.	34.	1.-34.	1.-34.	34.	1.-34.	1.-34.	34.	1.-34.	1.-34.	34.	1.-34.	1.-34.
	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996
<b>Gesamt</b>	<b>3999</b>	<b>61022</b>	<b>66422</b>	<b>1786</b>	<b>63645</b>	<b>52541</b>	<b>66</b>	<b>2555</b>	<b>3521</b>	<b>109</b>	<b>3747</b>	<b>3896</b>	<b>91</b>	<b>3095</b>	<b>2547</b>
Baden-Württemberg	424	6456	7529	192	4615	4427	3	225	240	8	248	267	6	240	162
Stuttgart	178	2242	2639	49	1306	1248	2	90	71	2	100	115	5	101	69
Freiburg	70	1176	1456	52	894	947		56	41	2	41	39		30	23
Karlsruhe	107	1810	2173	48	1683	1504	1	57	82		60	76	1	83	57
Tübingen	69	1228	1261	43	732	728		22	46	4	47	37		26	13
Bayern	632	8393	9416	195	6719	4753	5	250	295	22	692	501	20	755	413
Oberbayern	197	2647	2818	88	3274	2264	2	111	108	10	295	206	10	324	197
Niederbayern	63	935	1152	23	685	396		17	22	3	85	57	7	154	40
Oberpfalz	60	808	743	13	478	324		9	18	2	46	38	1	55	20
Oberfranken	38	741	555	6	365	228	1	33	22	2	45	40	1	41	25
Mittelfranken	57	871	967	8	654	633		27	57	1	75	59	1	87	68
Unterfranken	60	903	935	18	458	324	1	24	38	1	52	44		26	25
Schwaben	157	1488	2246	39	805	584	1	29	30	3	94	57		68	38
Berlin	79	1763	1938	44	1235	712	4	280	511	3	183	213	1	85	101
Brandenburg	246	3093	3293	53	4356	2661	3	46	80	1	35	41		6	12
Bremen	*	341	430	*	362	313	*	14	18	*	30	37	*	44	41
Hamburg	59	1574	1621	56	1604	1224	4	189	165	4	124	171	3	102	164
Hessen	274	4261	4610	88	2397	1794	1	273	307	5	332	323	10	175	133
Darmstadt	153	2595	2619	57	1257	939		157	208	2	190	199	3	68	71
Gießen	53	793	883	14	341	209		62	67	2	76	60	5	62	25
Kassel	68	873	1108	17	799	646	1	54	32	1	66	64	2	45	37
Mecklenburg-Vorp.	237	2736	2752	72	2782	2669	1	21	33		21	32		2	8
Niedersachsen	236	5009	5540	96	4490	4129	7	200	264	11	501	615	5	323	361
Braunschweig	96	1114	1283	9	606	626	2	55	54	3	109	105	1	50	48
Hannover	*	1036	1181	*	787	868	*	67	70	*	178	161	*	117	120
Lüneburg	49	909	898	31	1206	955	1	30	38	4	69	113	3	85	81
Weser-Ems	91	1950	2178	56	1891	1680	4	48	102	4	145	236	1	71	112
Nordrhein-Westfalen	709	10534	12295	439	12289	11615	28	721	1215	40	1114	1217	39	1004	875
Düsseldorf	191	3043	3475	132	3548	3076	10	199	463	14	346	418	15	300	294
Köln	232	2968	3166	76	2203	2002	4	190	303	6	282	211	13	345	180
Münster	121	1519	1994	93	2080	1938	3	90	159	5	127	107	2	38	43
Detmold	63	1034	1134	43	1289	1387	4	74	63	6	130	220	3	117	112
Arnsberg	102	1970	2526	95	3169	3212	7	168	227	9	229	261	6	204	246
Rheinland-Pfalz	230	3713	4054	95	2993	2631	3	81	101	7	208	208	2	181	150
Koblenz	87	1319	1490	35	933	952	1	23	48	3	60	63	2	58	42
Trier	24	437	731	9	531	482	1	5	14		26	22		27	23
Rheinl.-Pf.	119	1957	1833	51	1529	1197	1	53	39	4	122	123		96	85
Saarland	44	719	896	30	1076	882		21	32	1	37	45		9	20
Sachsen	360	5147	4457	245	9424	7290	3	67	62		50	57	1	22	15
Chemnitz	119	1866	1820	71	3750	2213	3	36	28		19	29		4	6
Dresden	115	1861	1496	88	3039	2935		25	16		17	21	1	5	4
Leipzig	126	1420	1141	86	2635	2142		6	18		14	7		13	5
Sachsen-Anhalt	164	3119	3426	56	3946	3220	1	40	50	1	43	37		17	13
Schleswig-Holstein	138	1706	1687	57	1834	1412	2	78	81	4	100	101	4	88	72
Thüringen	167	2458	2478	68	3523	2809	1	49	67	2	29	31		42	7

34. Woche (19.8. –25.8.1996)

## Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten

Meningitis/Enzephalitis												Shigellose			Land
Meningokokken-M.			andere bakterielle M.			Virus-Meningoenzeph.			übrige Formen						
34.	1.-34.	1.-34.	34.	1.-34.	1.-34.	34.	1.-34.	1.-34.	34.	1.-34.	1.-34.	34.	1.-34.	1.-34.	
1996	1995		1996	1995		1996	1995		1996	1995		1996	1995		
<b>14</b>	<b>499</b>	<b>463</b>	<b>20</b>	<b>707</b>	<b>611</b>	<b>31</b>	<b>443</b>	<b>449</b>	<b>31</b>	<b>256</b>	<b>334</b>	<b>51</b>	<b>668</b>	<b>938</b>	<b>Gesamt</b>
	65	52	1	49	59	3	55	121	2	30	20	13	100	138	Baden-Württemberg
	20	13		19	25	3	27	67	2	17	7	3	27	27	Stuttgart
	14	10		8	7		12	26		6	6	2	25	31	Freiburg
	19	21	1	13	18		9	18		3	5	1	16	19	Karlsruhe
	12	8		9	9		7	10		4	2	7	32	61	Tübingen
7	51	61	4	92	92	9	102	60	16	66	58	6	153	177	Bayern
3	18	28	1	26	26	1	24	7	2	11	7	3	91	106	Oberbayern
	3	3	2	7	11	1	8	10		4	1		16	13	Niederbayern
	1	6		7	4	1	3	4	2	4	5	1	6	4	Oberpfalz
1	5	5		9	20		12	21		14	21		2	2	Oberfranken
	5	7		11	12		3	5		3	9	2	16	26	Mittelfranken
2	7	5	1	18	6	4	40	2	12	22	6		8	4	Unterfranken
1	12	7		14	13	2	12	11		8	9		14	22	Schwaben
	28	20		43	18		6	10		13	29	3	36	84	Berlin
	17	16	1	28	26		33	16		1	6		20	45	Brandenburg
*	6	6	*	18	9	*	6	1	*	3	1	*	1	3	Bremen
1	10	10		13	9		5	6	2	12	4		14	35	Hamburg
1	32	32	3	42	59	1	16	16	1	16	18	1	35	48	Hessen
	23	24	2	29	38	1	11	9	1	12	13	1	31	42	Darmstadt
	3	4		9	12		3	3		1	3		4	1	Gießen
1	6	4	1	4	9		2	4		3	2			5	Kassel
	13	24	2	26	18	1	13	11					10	7	Mecklenburg-Vorp.
1	37	31		70	56	1	19	26	3	36	40	2	20	36	Niedersachsen
	8	7		15	17		5	15		6	5	2	7	12	Braunschweig
*	11	4	*	15	8	*	5	2	*	11	18	*	4	7	Hannover
1	7	9		19	10		4	3	3	6	4		2	2	Lüneburg
	11	11		21	21	1	5	6		13	13		7	15	Weser-Ems
2	111	102	4	154	136	5	88	80	4	57	104	4	64	83	Nordrhein-Westfalen
1	40	22		27	28	2	25	24		13	10		5	15	Düsseldorf
1	25	22	2	46	27		11	10		2	6	3	25	29	Köln
	14	14		17	21		2	3	2	17	34		3	6	Münster
	10	17	2	18	19		10	9		1		1	22	21	Detmold
	22	27		46	41	3	40	34	2	24	54		9	12	Arnsberg
1	14	18	2	30	30	2	11	18	2	7	31	4	29	55	Rheinland-Pfalz
	5	8	2	20	20	1	9	12	2	5	13	3	8	21	Koblenz
	1						1	1		1	2		3	4	Trier
1	8	10		10	10	1	1	5		1	16	1	18	30	Rheinl.-Pf.
	4	4		13	14	2	11	12		6	10		7	3	Saarland
	43	26	1	52	43	2	47	34		1	3	10	107	142	Sachsen
	10	7	1	16	18	2	13	5				4	25	33	Chemnitz
	26	12		25	18		15	20		1	3	2	48	62	Dresden
	7	7		11	7		19	9				4	34	47	Leipzig
1	28	28		22	17	5	18	19				5	27	32	Sachsen-Anhalt
	18	17	2	32	10		4	9	1	8	10		6	10	Schleswig-Holstein
	22	16		23	15		9	10				3	39	40	Thüringen

**Wochenstatistik – andere meldepflichtige Infektionskrankheiten**

34. Woche (19.8. –25.8.1996)

Krankheit	34. Woche 1996	1.– 34. Woche 1996	1.– 34. Woche 1995	1.– 52. Woche 1995
Botulismus		11	3	12
Brucellose		15	21	36
Cholera			1	1
Diphtherie		3	3	4
Fleckfieber			2	3
Gasbrand		72	92	134
Gelbfieber				
Hämorrh. Fieber		4		
Lepra		3	2	2
Leptospirose, M. Weil	2	7	13	26
Leptospirose, sonstige		8	7	20
Malaria	15	694	637	947
Milzbrand				
Ornithose	1	95	132	180
Paratyphus	1	38	58	96
Pest				
Poliomyelitis		1	2	4
Q-Fieber	1	55	33	45
Rotz				
Rückfallfieber				
Tetanus		10	7	12
Tollwut		1		
Trachom		3	9	9
Trichinose		1	4	11
Tularämie		1		2
Typhus	2	69	87	162
angeborene				
Listeriose	1	20	24	40
Lues		3	2	4
Rötelnembryopathie				2
Toxoplasmose		17	19	23
Zytomegalie	2	13	12	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-Abruffunktion (Polling) unter der Nummer 030 / 45 47 – 22 65 abgerufen werden.

Vertrieb und Abbonnentenservice  
Vertriebs- und Versand GmbH  
Düsterhauptstr. 17  
13469 Berlin  
Abo-Tel.: 030 / 403 53 55

Druck  
Paul Fieck KG, Berlin