

# Epidemiologisches Bulletin



**Aktuelle Daten und Informationen  
zu Infektionskrankheiten**

**44/96**

## **Gruppenerkrankung durch Salmonella Enteritidis**

Am 20.8.1996 wurde das Gesundheitsamt Köln über eine Häufung von Durchfallerkrankungen bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eines Betriebes informiert. Zu diesem Zeitpunkt waren 50 Erkrankungsfälle bekannt. Während der noch am gleichen Tag eingeleiteten Ermittlungen stieg die Zahl der Erkrankten auf über 100 an. Nach dem Eingang weiterer Meldungen in den nächsten Tagen stellte sich heraus, daß insgesamt 237 Personen von diesem Ausbruch betroffen waren. Da ein erheblicher Teil der Beschäftigten ihren Wohnsitz außerhalb der Stadt Köln hatten, mußten 29 Gesundheitsämter benachrichtigt und in die Ermittlungen eingebunden werden. Das erfolgte innerhalb eines Tages. Die Symptomatik – Gliederschmerzen, Schüttelfrost, hohes Fieber (bis 40°C), starke Kopfschmerzen, danach Durchfälle und Magenkrämpfe – war bei fast allen Erkrankten gleich. Erbrechen trat nur in Einzelfällen auf. Fünf Personen erkrankten so schwer, daß sie in ein Krankenhaus eingeliefert wurden.

Die erkrankten Mitarbeiter hatten am 19.8.1996 in der hauseigenen Kantine zu Mittag gegessen. Unter den angebotenen Speisen wurde der Nachtisch – Stracciatella-Creme – als krankheitsauslösende Komponente ermittelt. Bei der mikrobiologischen Untersuchung der Rückstellproben wurden die durch das Hygiene-Institut der Universität aus der Creme angezüchteten Erreger am 23.8.1996 als *S. Enteritidis* identifiziert. Ebenfalls am 23.8.1996 wurden dem Gesundheitsamt die ersten Ergebnisse der bakteriologischen Stuhluntersuchung gemeldet. Bei insgesamt 154 der 237 Erkrankten wurde *S. Enteritidis* nachgewiesen. Das Nationale Referenzzentrum für Salmonellen und andere bakterielle Enteritiserreger (RKI, Bereich Wernigerode) typisierte sieben Patientenstämme sowie den aus dem Lebensmittel isolierten Stamm einheitlich als Lysotyp 4/6.

Dieser Ausbruch wurde offensichtlich durch Salmonella-kontaminierte Hühner-eier hervorgerufen und durch Hygienemängel in der Küche (zu geringe Kühlkapazität, Überschneidung von Arbeitsgängen durch räumliche Enge) begünstigt. Bei der Herstellung der Stracciatella-Creme wurde nach dem Aufkochen von Vanillepulver mit Milch und anschließender Abkühlung geschlagene Sahne sowie geschlagenes Eiweiß aus frischen Eiern untergehoben. Im Rahmen der Auswertung des Geschehens wurde das Küchenpersonal gründlich auf die Beachtung der speziellen Risiken bei der Verarbeitung roher Eier in Großküchen bei der Speisenauswahl wie auch bei der Zubereitung hingewiesen.

Sowohl bei dem Großhändler, der die verwendeten Eier geliefert hatte, als auch bei zwei Produzenten, von denen die Chargen stammen konnten, wurden Eier auf Salmonellen untersucht, ohne daß ein Nachweis gelang. Aufgrund der Packstellen-

## **Diese Woche:**

**Gruppenerkrankung durch  
S. Enteritidis**

**Gastroenteritishäufung in  
einem Altenheim**

**Dengue in Delhi:  
Update**

**Fallbeispiel:  
Dengue nach  
Aufenthalt in Delhi**

**Leistungsangebot  
des NRZ für  
Meningokokken**

**Hinweise auf Kongresse**

**5. November 1996**

ROBERT KOCH  
**RKI** INSTITUT

nummern konnte festgestellt werden, daß die Eier aus dem Ausland (Niederlande) bezogen, hier umgepackt und mit der Packstellenummer des hiesigen Herstellers versehen worden waren.

## Gastroenteritishäufung in einem Altenwohn- und -pflegeheim

Wahrscheinliche Ursache: *Pseudomonas-aeruginosa*-Infektionen

Am 18./19.7.96 waren 26 von 200 Bewohnerinnen und Bewohnern eines Altenheimes in Hamburg an Erbrechen und/oder Durchfall erkrankt. Beschäftigte erkrankten nicht. Das örtlich zuständige Gesundheits- und Umweltamt veranlaßte unmittelbar die Entnahme und bakteriologische Untersuchung von Stuhlproben von 141 Bewohnern und von allen 61 Mitarbeitern. Dabei wurde *Pseudomonas aeruginosa* in einer kritischen Menge in insgesamt 81 Fällen (13 von 23 Erkrankten, 54 weitere Bewohner, 14 Mitarbeiter, darunter 5 aus der Küche) nachgewiesen. Die Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchung und der epidemiologischen Ermittlungen lassen es als sehr wahrscheinlich erscheinen, daß eine nahrungsmittelbedingte Infektion mit *Pseudomonas aeruginosa*, einem ubiquitär in feuchten Habitaten verbreiteten Keim mit fakultativer Pathogenität, die Ursache dieses Erkrankungsgeschehens war. Als auslösendes Lebensmittel wurde im Rahmen der Ermittlungen Schokoladenpudding verdächtigt, den es am 17.7. gegeben hatte und den alle Bewohner des Heimes verzehrt hatten. Wieviele der Beschäftigten den Schokoladenpudding gegessen hatten, war nicht genau festzustellen. Eine Rückstellprobe für eine bakteriologische Untersuchung stand nicht mehr zur Verfügung.

Da es aus diesem Heim bereits mehrfach Hinweise auf Durchfallerkrankungen gegeben hatte, ordnete das Gesundheits- und Umweltamt eine unangemeldete Kontrolluntersuchung im gesamten Küchenbereich durch die Medizinaluntersuchungsanstalt an. Der Bereich machte am Untersuchungstag äußerlich einen optimal strukturierten Eindruck, weil die Einrichtung eine umfangreiche Grundreinigung der Räume und die Nachbesserung des Hygieneplanes veranlaßt hatte. Bei der Umgebungsuntersuchung wurden aber systematische Fehler bei der Anwendung von Flächen- und

Für die ausführlichen Angaben zu dieser Gruppenerkrankung danken wir den Mitarbeitern des Gesundheitsamtes der Stadt Köln, besonders Herrn Dr. Leidel und Herrn Wegener.

Händedesinfektionsmitteln und mangelhafte Kenntnisse bei der Personalhygiene festgestellt, obwohl das Thema der Küchenhygiene offensichtlich hochaktuell war. Die Ergebnisse von Abstrichen und Abklatschuntersuchungen wiesen daher trotz der scheinbar straffen Neuorganisation des Küchenbereiches auf die vorhandenen Schwachstellen hin. So wurde beispielsweise eine bedenkliche Verkeimung des Flächen-desinfektionsmittels (reichlich *Klebsiella pneumoniae*) nachgewiesen – die Dosieranlage hing unzulässigerweise an der Warmwasserleitung. Auch *Pseudomonas aeruginosa* wurde auf Arbeitsflächen gefunden. In dem Bericht des Gesundheitsamtes wird betont, daß auch eindrucksvolle organisatorische Verbesserungen nur wirksam werden können, wenn das Personal die Regelungen auch tatsächlich befolgt, was durch regelmäßige Schulung sehr gefördert werden könnte.

Für die Angaben zu dieser Gruppenerkrankung danken wir den Mitarbeitern des Gesundheits- und Umweltamtes des Bezirksamtes Harburg der Freien und Hansestadt Hamburg, besonders Frau Dr. Helle.

**Kommentar:** Es ist bekannt, daß *Pseudomonas aeruginosa* Durchfallerkrankungen verursachen kann, wenn er durch Hygienemängel in Lebensmittel gelangt und sich dort vermehrt. Pathogene Wirkungen sind – wie im vorliegenden Fall – besonders bei abwehrgeschwächten Personen zu erwarten. Die ätiologische Relevanz der bakteriologischen Stuhlbefunde wäre allerdings besser untermauert, wenn der Keimnachweis auch im verdächtigsten Lebensmittel möglich gewesen wäre und bei diesen Stämmen möglichst auch der Nachweis bestimmter Virulenzfaktoren (Exotoxine) geführt worden wäre. So bleibt die Ursache hypothetisch. – Das Beispiel dieser Küchenkontrolle unterstreicht die große Bedeutung mikrobiologischer Umgebungsuntersuchungen.

## Ausbruch von Dengue in Delhi: Update

Die Dengue-Epidemie in Delhi (s. *Epid. Bull.* 42/96) wurde jetzt von den zuständigen indischen Behörden bestätigt. Das National Institute of Communicable Diseases (NICD) in Delhi berichtete der WHO über 7.427 Erkrankungen an Dengue und Dengue-hämorrhagischem Fieber (DHF), von denen 297 (4%) tödlich verlaufen sind (Stand vom 29.10.96). Es wurde bereits berichtet, daß der Anteil des DHF, der in früheren Ausbrüchen 3–4% betrug, in diesem Ausbruch mit etwa 30% ungewöhnlich hoch war. Da es sich ausschließlich um Meldungen aus Krankenhäusern handelt, ist die tatsächliche Zahl der Erkrankungen noch höher zu veranschlagen. In der Mehrzahl der bisher untersuchten 783 Serumproben wurden Antikörper gegen das Dengue-Virus nachgewiesen. Im All India Institute of Medical Sciences in New-Delhi wurde als für den Ausbruch verantwortlicher Erreger Dengue-Virus des Serotyps 2 isoliert.

Da die Epidemie nur durch Maßnahmen gegen die Vektoren, Stechmücken der Gattung *Aedes (Aedes aegypti)*, unter-

brochen werden kann, werden gegenwärtig große Anstrengungen unternommen, potenzielle Brutplätze in Form von stehendem Wasser in Wohnungen, Häusern oder Grundstücken auszuschalten. Dem öffentlichen Gesundheitsdienst wurden zur Durchführung von Kontrollen auf Grundstücken und Sprühaktionen mit Insektiziden mehrere Tausend zusätzlicher Arbeitskräfte zugeführt. Die Situation wird von den Verantwortlichen täglich analysiert. – Die indischen Gesundheitsbehörden sehen für Reisende keine Gefahr. Das trifft so sicher nicht zu, allerdings dürfte für Reisende nur ein geringes Risiko bestehen, an einem DHF zu erkranken, da dieses in der Regel nur nach wiederholter Infektion auftritt. Dengue-Infektionen sind jedoch auch bei kurzzeitigem -stichen sollte daher sowohl tagsüber (*Aedes aegypti*) als auch abends und nachts (*Anopheles*) geachtet werden.

Quellen: WHO, EMC, 29.10.96; Informationsbericht der Indischen Botschaft in Deutschland an das Bundesministerium für Gesundheit

## Fallbeispiel: Dengue-Erkrankung nach Aufenthalt in Delhi (Indien)

Nach einer Geschäftsreise vom 17.9.–7.10.96 nach Indien mit mehreren Aufenthalten in Delhi erkrankte in Berlin am 11.10.96 ein 58-jähriger Mann mit Unwohlsein, Erbrechen, Gliederschmerzen und Fieber (Temperatur  $>39^{\circ}\text{C}$ ). Bei anhaltendem Fieber wurde er am folgenden Tag zum Ausschluß einer Malaria in eine Berliner Infektionsklinik aufgenommen. Das Fieber hielt mit einer Unterbrechung bis zum 7. Krankheitstag an. Es bestand eine Thrombozyto- und Leukopenie. Am 3. Krankheitstag entwickelte sich ein feinfleckiges stammbetontes Exanthem. Meningismus und Hämorrhagien wurden nicht beobachtet. Im RKI wurde

durch die Untersuchung von zwei Serumproben des Patienten vom 15.10. und vom 21.10. ein Anstieg spezifischer Antikörper gegen Dengue-Virus nachgewiesen (IFT: Anti-Dengue IgM 1:40, Anti-Dengue IgG 1:80). In der PCR und anschließend in der Nested-PCR wurde Dengue-Virus – Typ 2 – bestätigt. Die Erkrankung dieses Reisenden, der am 22.10.96 beschwerdefrei entlassen werden konnte, bestätigt die reale Möglichkeit einer solchen Infektion in einem Epidemieregion wie gegenwärtig in Delhi.

Für die Angaben zum klinischen Verlauf danken wir Frau Rögler, II. Innere Abteilung des Rudolf-Virchow-Klinikums Berlin.

## Leistungsangebot des Nationalen Referenzzentrums für Meningokokken

Seit 1966 nimmt das Hygiene-Institut der Universität Heidelberg Funktionen einer Meningokokkenzentrale wahr. 1989 wurden dem Institut Aufgaben eines Nationalen Referenzzentrums (NRZ) für Meningokokken übertragen, eine Funktion, die 1996 im Rahmen der Neuausschreibung der NRZ bestätigt wurde. – Das NRZ für Meningokokken bietet seinen Partnern – behandelnden Ärzten, mikrobiologischen Laboratorien und Gesundheitsbehörden – folgende Leistungen an:

- Beratung zu Fragen der Diagnostik, der Resistenzbestimmung, der epidemiologischen Untersuchung gehäuft auftretender Meningokokkenkrankungen;
- Serotypisierung eingesandter Meningokokkenstämme (Antigenformel) durch die Bestimmung der Serogruppe (definiert durch die Zuckerreste der Polysaccharidkapsel), des Serotyps (definiert durch äußere Membranproteine der Klassen 2 und 3) und des Serosubtyps (definiert durch äußere Membranproteine der Klasse 1);
- molekulare Typisierung durch Bestimmung von Fragmentmustern der genomischen DNA zum Nachweis der klonalen Identität (bei identischer Antigenformel) zur Abklärung epidemiologischer Zusammenhänge bei Ausbrüchen oder gehäuftem Auftreten sporadischer Fälle;
- labortechnische Unterstützung bei der Untersuchung von Ausbrüchen (Anzucht von Stämmen, Serotypisierung, molekulare Typisierung);

- Abgabe von Referenzstämmen aus der Stammsammlung des Referenzzentrums für diagnostische und wissenschaftliche Zwecke auf Anfrage.

Das Referenzzentrum bittet die medizinisch-mikrobiologischen Laboratorien, angezüchtete Meningokokkenstämme auch dann zur Verfügung zu stellen, wenn keine weitergehende Typisierung gewünscht wird. Einsendungen sollten stets mit der Angabe der Herkunft der Isolate (Art der Infektion und der Materialentnahme) sowie mit notwendigen klinischen und epidemiologischen Daten versehen sein. Für den Versand eignen sich am besten eintägige Kulturen auf Blut- oder Kochblutagar als Schrägagar oder nutritive Transportmedien. Die Sendung sollte nicht länger als zwei Tage unterwegs sein und daher nicht vor Wochenenden oder Feiertagen abgesandt werden. Bei speziellen Anforderungen bittet das NRZ um eine vorherige Absprache. – Das NRZ für Meningokokken ist wie folgt zu erreichen:

Nationales Referenzzentrum für Meningokokken  
 am Hygiene-Institut der Universität Heidelberg  
 Im Neuenheimer Feld 324  
 69120 Heidelberg  
 Tel.: 06221 / 56 - 8310 oder - 7817  
 Fax: 06221 / 56 - 5857 oder - 3943

## Hinweise auf wissenschaftliche Kongresse

### 5. Kongreß der Gesellschaft für Hygiene und Umweltmedizin (GHU)

Aachen, 6.–8. März 1997

Tagungssekretariat: Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Dott, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen, Tel.: 0241 / 808 83 85, Fax: 0241 / 888 84 77

### 3. Neisserien-Tagung Heidelberg

Heidelberg, 14. März 1997

Auskunft: Dr. I. Ehrhard, Prof. Dr. H.-G. Sonntag, Nationales Referenzzentrum für Meningokokken, Hygiene-Institut der Universität Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 324, 69120 Heidelberg, Tel.: 06221 / 56 78 17, 56 83 11, Fax: 06221 / 56 43 43, 56 58 57

### 2. Ulmer Symposium · Krankenhaus-Infektionen

Epidemiologie – Hygienemaßnahmen – Antibiotikaprophylaxe

Ulm, 19.–21. März 1997

Auskunft: Prof. Dr. med. M. Trautmann, Institut für Mikrobiologie und Immunologie der Universität Ulm, Klinikum, Abt. für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene, Steinhövelstraße 9, 89075 Ulm, Tel.: 0731 / 502 - 6959, Fax: 0731 / 502 - 6949

### Fifth International Conference on Travel Medicine

Genf (Schweiz), 24.–27. März 1997

Auskunft: Fifth International Conference on Travel and Medicine, Att. Mrs. Susan Stokes, P.O. Box 871089, Stone Mountain, GA 30087-0028, USA; oder SYMPORG SA, ICTM '97 Secretariat, 7, Avenue Pictet-de-Rochemont, CH-1207 Geneva, Switzerland, Tel.: +41/22/786 37 44, Fax: +41 / 22 / 786 40 80

### 20th International Congress of Chemotherapy

Sydney (Australien): 29.–4. Juli 1997

Auskunft: Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie, Medizinische Klinik II (Infektiologie), Virchow-Klinikum/Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Tel.: 030/450 - 53638, - 53051, Fax: 030/450 - 53911, - 53906

**Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten**

41. Woche (7.10. – 13.10.1996)

Land Regierungsbezirk	Enteritis infectiosa						Virushepatitis										
	Salmonellose			übrige Formen			Hepatitis A			Hepatitis B			übrige Formen				
	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.	41.	1.–41.	1.–41.		
	1996			1995			1996			1995			1996			1995	
<b>Gesamt</b>	<b>2674</b>	<b>87071</b>	<b>90928</b>	<b>1657</b>	<b>76336</b>	<b>61686</b>	<b>147</b>	<b>3435</b>	<b>4796</b>	<b>103</b>	<b>4606</b>	<b>4759</b>	<b>109</b>	<b>3848</b>	<b>3108</b>		
Baden-Württemberg	239	8984	10119	144	5918	5461	18	297	351	7	307	324	8	287	196		
Stuttgart	94	3268	3689	43	1675	1562	4	112	126	4	134	142	3	124	87		
Freiburg	44	1650	1934	32	1222	1176	1	64	54	1	45	48	1	33	28		
Karlsruhe	55	2432	2827	41	2048	1790	3	76	115	2	74	86	3	97	62		
Tübingen	46	1634	1669	28	973	933	10	45	56		54	48	1	33	19		
Bayern	451	12090	13210	220	8305	5803	15	333	426	16	834	647	38	970	513		
Oberbayern	145	3892	4085	101	3979	2697	9	142	151	6	347	266	20	426	239		
Niederbayern	46	1337	1605	30	900	526		31	35	4	105	78	2	182	63		
Oberpfalz	29	1141	1079	9	557	421		15	32		62	54	3	83	24		
Oberfranken	31	1013	821	9	451	254	1	41	31	1	55	47	3	47	34		
Mittelfranken	54	1262	1338	21	794	739	2	36	76	3	88	76	3	107	77		
Unterfranken	38	1250	1295	11	548	422	2	31	55		56	57		28	29		
Schwaben	108	2195	2987	39	1076	744	1	37	46	2	121	69	7	97	47		
Berlin	87	2688	2843	43	1668	857	15	341	607	8	222	249	3	100	121		
Brandenburg	103	4226	4429	62	4838	3151	4	63	93	1	45	54		6	13		
Bremen	13	503	562	16	496	396		21	21		38	42		58	50		
Hamburg	64	2034	2098	61	1947	1390	5	233	246	3	148	207	4	115	194		
Hessen	233	5984	6390	79	3022	2211	17	331	434	10	388	399	12	219	158		
Darmstadt	152	3637	3614	49	1648	1170	16	203	298	7	230	248	6	87	80		
Gießen	31	1144	1204	11	416	259		65	95	2	86	77	1	73	37		
Kassel	50	1203	1572	19	958	782	1	63	41	1	72	74	5	59	41		
Mecklenburg-Vorp.	99	3953	3937	58	3190	3098	2	24	39	2	29	38		4	10		
Niedersachsen	173	7416	7315	80	5290	4634	11	292	345	8	618	743	3	413	419		
Braunschweig	57	1651	1723	13	688	702	3	73	66		128	123	2	68	52		
Hannover *		1792	1603 *		1022	992 *		97	105 *		231	212 *		154	151		
Lüneburg	38	1236	1219	28	1402	1072		37	54	2	85	137	1	106	91		
Weser-Ems	78	2737	2770	39	2178	1868	8	85	120	6	174	271		85	125		
Nordrhein-Westfalen	508	15584	16486	396	15020	13809	47	1073	1673	33	1402	1480	34	1249	1082		
Düsseldorf	168	4350	4699	130	4328	3727	20	315	600	14	450	501	8	381	365		
Köln	126	4442	4201	90	2732	2327	8	258	410	6	345	266	20	436	242		
Münster	72	2448	2715	91	2631	2355	2	109	243	3	145	130		49	48		
Detmold	54	1511	1534	18	1542	1670	4	152	89	3	161	256	2	143	128		
Arnsberg	88	2833	3337	67	3787	3730	13	239	331	7	301	327	4	240	299		
Rheinland-Pfalz	155	5098	5463	121	3787	3032	3	111	145	6	255	248	4	204	182		
Koblenz	49	1823	2038	45	1192	1071	1	28	65	3	81	75	3	70	54		
Trier	23	652	962	15	634	557	1	9	20		28	29		31	26		
Rheinl.-Pf.	83	2623	2463	61	1961	1404	1	74	60	3	146	144	1	103	102		
Saarland	32	1025	1329	49	1344	1051	1	28	57	2	52	50		14	25		
Sachsen	193	7197	6507	169	11001	8329	3	94	79	2	64	70		30	19		
Chemnitz	60	2614	2533	59	4371	2536	1	47	31		26	37		8	9		
Dresden	82	2592	2401	69	3521	3397	2	35	25	2	21	24		7	4		
Leipzig	51	1991	1573	41	3109	2396		12	23		17	9		15	6		
Sachsen-Anhalt	149	4226	4445	67	4318	3545	1	44	76	1	49	45	1	25	16		
Schleswig-Holstein	74	2718	2326	38	2181	1708	4	97	124	2	116	127	2	111	101		
Thüringen	101	3345	3469	54	4011	3211	1	53	80	2	39	36		43	9		

41. Woche (7.10. – 13.10.1996)

**Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten**

Meningitis/Enzephalitis												Shigellose			Land Regierungsbezirk
Meningokokken-M.			andere bakterielle M.			Virus-Meningoenzeph.			übrige Formen			41.	1.-41.	1.-41.	
41.	1.-41.	1.-41.	41.	1.-41.	1.-41.	41.	1.-41.	1.-41.	41.	1.-41.	1.-41.				
1996	1995	1995	1996	1995	1995	1996	1995	1995	1996	1995	1995	1996	1995	1995	
<b>13</b>	<b>570</b>	<b>525</b>	<b>29</b>	<b>867</b>	<b>732</b>	<b>16</b>	<b>608</b>	<b>608</b>	<b>14</b>	<b>386</b>	<b>440</b>	<b>60</b>	<b>1066</b>	<b>1423</b>	<b>Gesamt</b>
3	72	60	2	63	69		68	145		37	23	12	161	227	Baden-Württemberg
1	22	16	1	25	32		33	74		21	8	7	46	41	Stuttgart
2	17	11	1	11	7		15	34		6	6		37	44	Freiburg
	19	25		14	21		11	25		3	7	2	27	63	Karlsruhe
	14	8		13	9		9	12		7	2	3	51	79	Tübingen
1	62	66	6	114	105	2	141	79	4	98	70	8	230	263	Bayern
1	24	31	4	34	32	1	32	9		16	11	5	142	163	Oberbayern
	4	3		12	12		11	16		4	2		18	20	Niederbayern
	1	6		7	6		4	9		5	6		12	5	Oberpfalz
	6	5		11	20		17	22	3	25	23		9	5	Oberfranken
	6	7		12	12		4	8		5	11	1	20	33	Mittelfranken
	8	6		19	6	1	58	3	1	30	8		10	5	Unterfranken
	13	8	2	19	17		15	12		13	9	2	19	32	Schwaben
1	30	20		45	21	1	10	13		20	38	5	59	123	Berlin
	18	19		34	28		39	19		1	7		39	67	Brandenburg
	6	7	1	35	11		16	1		8	1		2	5	Bremen
	11	10		16	11	1	8	7		13	5		18	48	Hamburg
2	37	37	4	52	69		19	23	2	28	25	4	56	69	Hessen
1	24	28	3	36	44		13	10	1	20	19	3	48	60	Darmstadt
	5	5		9	12		4	8		1	3	1	8	4	Gießen
1	8	4	1	7	13		2	5	1	7	3			5	Kassel
1	19	27		31	22		15	22				1	15	13	Mecklenburg-Vorp.
1	46	39	1	89	74	3	28	36	1	55	59	1	30	59	Niedersachsen
1	9	9		18	22		10	15		9	11		11	19	Braunschweig
*	17	4	*	21	10	*	5	2	*	20	22	*	6	10	Hannover
	7	10		23	12	1	7	5	1	11	5		2	2	Lüneburg
	13	16	1	27	30	2	6	14		15	21	1	11	28	Weser-Ems
2	125	113	7	183	163	6	121	114	6	95	137	6	111	138	Nordrhein-Westfalen
2	46	24	2	32	32		30	34	1	20	13	3	22	19	Düsseldorf
	29	25	1	53	32	1	16	17	1	5	7	3	45	51	Köln
	15	14	1	22	26		2	4	1	28	43		4	12	Münster
	12	19	2	23	21	1	12	13		4	3		27	38	Detmold
	23	31	1	53	52	4	61	46	3	38	71		13	18	Arnsberg
	15	21		31	44		15	24	1	11	37	7	59	73	Rheinland-Pfalz
	6	10		20	28		13	18		7	16		14	28	Koblenz
	1				1		1	1		1	2		4	6	Trier
	8	11		11	15		1	5	1	3	19	7	41	39	Rheinl.-Pf.
	5	5		13	18		12	13		10	21		11	4	Saarland
	48	28	3	63	49	1	66	62		2	3	6	157	209	Sachsen
	10	7	1	22	21		16	12				2	34	43	Chemnitz
	29	12	2	27	19		25	32		2	3	2	75	94	Dresden
	9	9		14	9	1	25	18				2	48	72	Leipzig
1	33	35	2	32	21	1	34	24				9	55	55	Sachsen-Anhalt
	18	17	3	40	12		3	12		8	14		6	14	Schleswig-Holstein
1	25	21		26	15	1	13	14				1	57	56	Thüringen

**Wochenstatistik – andere meldepflichtige Infektionskrankheiten**

41. Woche (7.10. – 13.10.1996)

Krankheit	41. Woche 1996	1.– 41. Woche 1996	1.– 41. Woche 1995	1.– 52. Woche 1995
Botulismus		12	5	12
Brucellose	1	19	28	36
Cholera			1	1
Diphtherie		3	3	4
Fleckfieber			2	3
Gasbrand	1	85	106	134
Gelbfieber				
Hämorrh. Fieber		10		
Lepra		3	2	2
Leptospirose, M. Weil		9	15	26
Leptospirose, sonstige		10	12	20
Malaria	11	862	770	947
Milzbrand				
Ornithose	1	111	153	180
Paratyphus	2	49	82	96
Pest				
Poliomyelitis		1	3	4
Q-Fieber		66	40	45
Rotz				
Rückfallfieber				
Tetanus	1	13	9	12
Tollwut		1		
Trachom		4	9	9
Trichinose		1	10	11
Tularämie		1	1	2
Typhus	3	107	113	162
angeborene				
Listeriose		27	27	40
Lues		3	2	4
Rötelnembryopathie		1	1	2
Toxoplasmose		21	20	23
Zytomegalie	1	18	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-Abbruffunktion (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

Nachdruck  
mit Quellenangabe gestattet,  
jedoch nicht zu werblichen Zwecken