

# Epidemiologisches Bulletin



**Aktuelle Daten und Informationen  
zu Infektionskrankheiten**

**6/97**

## **Meningokokkenerkrankungen in Europa**

Im jetzt vorliegenden Jahresbericht des Europäischen Zentrums für die Überwachung der Meningokokkenkrankheiten (*European Meningococcal Surveillance Unit* am King's College London) wird die Situation im Jahr 1995 auf der Basis von Berichten aus 18 europäischen Ländern (Meldedaten und Labordaten) dargestellt und über größere Ausbrüche im Jahr 1996 berichtet. Aus den beteiligten europäischen Ländern wurden 8.731 Meningokokkenerkrankungen gemeldet. Mit 1,7 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner war die Inzidenz der gemeldeten Erkrankungen durch Meningokokken 1995 zwar höher als im Vorjahr, doch wird dies in erster Linie auf international verbesserte Surveillance-Systeme zurückgeführt. Deutschland gehört gegenwärtig zu den Ländern mit einer geringen Inzidenz (1995 und 1996: 0,8 Erkr. pro 100.000 Einw.). Eine vergleichsweise hohe Inzidenz wurde aus Rumänien, Norwegen, England und Wales sowie Schottland gemeldet, allerdings sind die gemeldeten Werte wegen unterschiedlicher Erfassungssysteme nur bedingt vergleichbar. Der Gipfel der altersspezifischen Inzidenz markierte sich erwartungsgemäß in der Altersgruppe vom 1.–4. Lebensjahr. Die mittlere Letalität betrug 9,1 % (erhöhte Werte in Rußland, Lettland, Schweden und Norwegen). Unter den Erkrankungen mit näheren Angaben zum klinischen Bild hatte die Meningokokkenmeningitis einen Anteil von 69 %, die Meningokokkensepsis von 30 %, andere Symptome 1 %.

Die Serogruppen B und C der *Neisseria meningitidis* verursachen in Europa weiterhin rund 95 % aller Meningokokkenerkrankungen. Der mittlere Anteil der Serogruppe B betrug 1995 69 %, der Gruppe C 27 %. In einigen Ländern war der Anteil der Stämme der Gruppe C deutlich höher, so in Tschechien, der Slowakei und in Spanien, wobei der Anteil der B-Stämme entsprechend geringer ausfiel. Der Anteil der Stämme der Serogruppe A blieb bei maximal 1 %, der der Gruppe Y erhöhte sich von 1 auf 2 %. Die Penizillinresistenz der isolierten Stämme lag im Mittel bei 4,4 % (Serogruppe C: 5,5 %).

Von der europäischen Meningokokkenzentrale wurden auch Einzelheiten zu vier verschiedenen größeren Ausbrüchen des Jahres 1996 mitgeteilt. Über einen davon, den in Cardiff (Wales), wurde im *Epidemiologischen Bulletin* 1/97 bereits berichtet. Zu zwei weiteren Ausbrüchen folgendes: **Spanien:** Hier wurde in den Jahren 1995 und 1996 eine besondere Zunahme von Meningokokkeninfektionen durch *N. meningitidis* der Serogruppe C beobachtet. Der Anteil der Stämme der Gruppe C betrug 42 % im Jahr 1995 und stieg 1996 (bis zum Oktober) auf 62 %. Besonders auffällig war die Situation in der autonomen Region **Galicien** im Nordwesten Spaniens. Dort traten 1996 insgesamt 386 Meningokokkenerkrankungen

## **Diese Woche:**

**Meningokokken-  
erkrankungen  
in Europa**

**Influenzasituation  
in Deutschland**

**Pestausbruch  
in Sambia**

**Untersuchung zur  
Effektivität der  
Händedesinfektion**

**WHO-Broschüre:  
International Travel  
and Health**

**Quartalsstatistik  
meldepflichtiger  
Krankheiten IV/96**

**11. Februar 1997**

ROBERT KOCH  
**RKI**  
INSTITUT

auf, davon 106 bei Kindern vom 2.–5. Lebensjahr. Bei Kindern unter 5 Jahren wurde eine Inzidenz von 145 Meningokokkenerkrankungen pro 100.000 Einwohner erreicht. Die Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen vom 2. bis zum 20. Lebensjahr hatten einen Anteil von 72%. Die Letalität in dieser Altersgruppe betrug insgesamt 3,6%. Nur 6% der im Rahmen dieses Ausbruchs Erkrankten waren älter als 20 Jahre, mit 4 Sterbefällen lag die Letalität in dieser Altersgruppe bei 17%. Von den isolierten Stämmen gehörten 80% zur Serogruppe C (2b:P1.2). Die Gesundheitsbehörden der Region veranlaßten umfangreiche mikrobiologische Umgebungsuntersuchungen, um die Häufigkeit von Keimträgern zu ermitteln und entschlossen sich, die Kinder und Jugendlichen vom 18. Lebensmonat bis zum 20. Lebensjahr mit Meningokokkenvakzine (A+C) zu impfen.

**Moskau:** Im Moskauer Stadtgebiet traten von Februar bis April 1996 insgesamt 170 Meningokokkenerkrankungen auf, darunter 55 bei seit längerem dort lebenden Vietnamesen; in 5 Fällen endete die Erkrankung tödlich. Die meisten erkrankten Vietnamesen waren in der gleichen Firma tätig oder lebten gemeinsam. 24 der Erkrankten waren Kinder unter 6 Jahren. Zahlreiche weitere Erkrankungsfälle konnten auf Kontakte zu der betroffenen vietnamesischen Population zurückgeführt werden. Als Erreger dieses Ausbruchs wurden *N.-meningitis*-Stämme der Serogruppe A bestätigt. Im Umfeld der Erkrankten wur-

den bei 3.000 Personen Impfungen mit einer Polysaccharidvakzine gegen Meningokokken der Serogruppe A durchgeführt. Der Rückgang der Erkrankungen fiel auch mit dem üblichen Ende der Saison der Meningokokkenerkrankungen in Moskau Ende März zusammen. Der Ursprung dieses Ausbruchs durch die in Europa sehr seltenen Meningokokken der Gruppe A ist nicht völlig klar; die Eigenschaften der Stämme sprechen dafür, daß sie mit 1968 über China eingereisten Vietnamesen importiert worden sein könnten.

**Anhang:** Ein weiterer beschriebener Ausbruch ereignete sich zwar außerhalb Europas, in **Australien**, soll aber in diesem Zusammenhang mit vorgestellt werden: Im August 1996 traten im westlichen Teil der Stadt **Sydney** 10 invasive Meningokokkenerkrankungen auf, die in vier verschiedenen Krankenhäusern behandelt wurden und trotz schwerer Verläufe glücklicherweise keinen tödlichen Ausgang hatten. Von den Erkrankten waren 7 im Alter von 14 bis 21 Jahren. In 8 Fällen bestand eine Beziehung zu einem Nachtclub in dem Teil der Stadt, in dem die Erkrankungen aufgetreten waren (entweder direkt oder indirekt über Familienangehörige). Als Erreger wurde *Neisseria meningitidis* der Serogruppe C (2a:P1.5) ermittelt.

Quelle: N. Noah u. M. Connolly (King's College School of Medicine & Dentistry, Department of Public Health & Epidemiology, European Meningococcal Surveillance Unit): »Surveillance of Bacterial Meningitis in Europe 1995«, London, December 1996

## Influenzasituation in Deutschland

Die Daten des Sentinels der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) lassen einen weiteren Anstieg des ARE-Anteils in den Beobachtungspraxen erkennen. Dies ist nach den vorliegenden Laborbefunden Ausdruck einer deutlich erhöhten Influenza-Aktivität (sowohl Influenza A – Subtyp H3N2 – als auch Influenza B). Der ARE-Anteil lag in der 5. Januarwoche insgesamt bei 13,7% (pädiatrische Praxen 26,4%, allgemeinmedizinische Praxen 10,7%, s. Abb. 1). Weiterhin sind demzufolge besonders Kinder und Jugendliche (5. bis 16. Lebensjahr) von den akuten respiratorischen Erkrankungen betroffen. Es sind alle Bundesländer beteiligt; in den östlichen Bundesländern scheint die Erkrankungshäufigkeit gegenwärtig etwas höher zu sein. Es gibt erste Anzeichen dafür, daß sich der Anstieg der ARE-Morbidität verlangsamt.

Quelle: Bericht der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) v. 05.02.97

## Pestausbruch in Sambia

Vom 13.12.96–03.02.97 sind in der Südprovinz Sambias im Distrikt Namwala 267 Pesterkrankungen aufgetreten, von denen bis zum 26. Januar 26 tödlich endeten. Zentrum des Ausbruchs ist Kantengwa, weitere Herde befinden sich in Makobo, Chilala und Kabulamwanda. Nach den der WHO bisher vorliegenden Informationen soll es sich um Beulenpest handeln. Die isolierten Stämme von *Yersinia pestis* sind sensibel gegenüber Tetracyclin und Streptomycin. – Im südlichen Afrika gibt es zahlreiche Naturherde der Pest. Begünstigende Faktoren für den aktuellen Ausbruch in Sambia sind schwere Regenfälle

Anteil in % bzw. Anzahl der Isolate

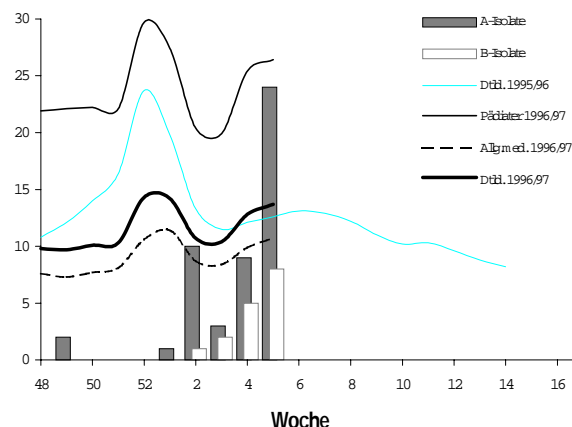


Abb. 1 Anteil der ARE an den Arztkonsultationen (Sentinel der AGI) und Isolierung von Influenzaviren

und Überschwemmungen, die wildlebenden Ratten in bewohnte Gebiete ausweichen ließen. Die eingeleiteten Maßnahmen gelten der medizinischen Betreuung der Patienten sowie der Bekämpfung der Ratten und Flöhe. Die Bevölkerungsbewegung im unmittelbaren Infektionsgebiet unterliegt einer Gesundheitskontrolle. Reisebeschränkungen werden von der WHO nicht für erforderlich gehalten.

Quellen: WHO, EMC, 31.01.97 und 07.02.97

## Unzureichende Benetzung – eine Schwachstelle bei der Händedesinfektion

Die Hände stellen das wichtigste Vehikel bei der Übertragung von Krankenhausinfektionen dar. Im Institut für angewandte Hygiene in Graz wurde versucht, mit Hilfe eines fluoreszierenden Desinfektionsmittels die Effektivität der hygienischen Händedesinfektion zu bestimmen. Bei den 150 Versuchspersonen aus dem medizinischen Bereich wurden dabei erhebliche Benetzungslücken an den Handaußenseiten und an den beiden Daumen registriert (bis zu 57%). Bei den Handinnenseiten konzentrierten sich die Mängel vor allem auf die Fingerkuppen, die in bis zu 41% unbenetzt blieben.

Da anzunehmen ist, daß die Probanden ihre Hände in der Testsituation sorgfältiger als üblich desinfizierten, kann man davon ausgehen, daß die beobachteten Mängel in der Praxis noch größer sind. In dem zu der Studie erschienenen Bericht wird herausgearbeitet, daß eine sachgerechte

Einreibetechnik die Voraussetzung für die notwendige Sicherheit der hygienischen Händedesinfektion ist. Dazu sind praxisorientierte, regelmäßig zu wiederholende Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen zu empfehlen. Der Einsatz eines fluoreszierenden Händedesinfektionsmittels zu Schulungszwecken hat sich bewährt. In einer Klinik in den USA konnte gezeigt werden, daß durch gezielte Schulungen und die Kontrolle des Personals die Infektionsrate um rund 75% reduziert werden konnte.<sup>1</sup>

Quelle: Buchrieser O et al.: Unzureichende Benetzung als Schwachstelle bei der Durchführung der hygienischen Händedesinfektion. *Hyg Med* 1996 (21), 12: 670–673

<sup>1</sup> Conly JM et al.: Handwashing practices in an intensive care unit: The effects of an educational program and its relationship to infection rates. *Am J Infect Control* 1989 (17), 6: 330–339

## Neue Auflage der WHO-Broschüre ›International Travel and Health‹ erschienen

Die WHO hat die Ausgabe 1997 der Broschüre ›International Travel and Health – Vaccination Requirements and Health Advice‹ herausgegeben. Das Material steht in Englisch oder Französisch zur Verfügung, kostet sFr 17,- und wendet sich an Gesundheitsverwaltungen, praktische Ärzte, Reiseveranstalter sowie weitere Personen oder Einrichtungen, die reisemedizinische Beratungen durchführen.

Neben den Impfpfehlungen besitzen die spezifizierten Empfehlungen zur Malaria-Chemoprophylaxe eine beson-

dere Bedeutung. Bestellungen können ab sofort direkt an die WHO in Genf gerichtet werden:

WHO Distribution and Sales, WHO, CH-1211 Geneva 27, Fax: +41/22/7914857. ISBN 92-158022-4; Bestellnummer: 1189700

### Hinweis zur Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Diese Ausgabe enthält auf den Seiten 38 und 39 zunächst die Tabellen zur Häufigkeit ausgewählter meldepflichtiger Infektionskrankheiten im IV. Quartal 1996. Die Jahresstatistik 1996 folgt.

## Hinweise auf wissenschaftliche Veranstaltungen

### 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.: 0241/8088385, Fax: 0241/8888477

### 4th International Meeting on Hepatitis C Virus and Related Viruses – Molecular Virology and Pathogenesis

Kyoto (Japan), 6.–10. März 1997

Auskunft: HCV '97, National Institute of Health, 1-23-1 Toyama, Shinjuku-ku, Tokyo 162, Japan. Fax: +81/3/37807057

### 2. Ulmer Symposium ›Krankenhausinfektionen‹: Epidemiologie – Hygienemaßnahmen – Antibiotikaphylaxe

Ulm, 19.–21. März 1997

Auskunft: Prof. Dr. med. M. Trautmann, Institut für Mikrobiologie und Immunologie der Universität Ulm, Klinikum, Abteilung für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene, Steinhövelstraße 9, 89075 Ulm. Tel.: 0731/502-6950, Fax: 0731/502-6949

### 3rd International Congress on Lower Genital Tract Infections and Neoplasia – Papillomavirus in Human Pathology

UNESCO Paris (Frankreich), 24.–27. März 1997

Kongreßsekretariat: BAXON, 69/73 av. du Gal Leclerc, BP 304, F-92102 Boulogne Cedex, France. Fax: +33/1/46 21 50 80

### 2. Jenaer Mykologie-Symposium ›Aktueller Stand in Problembereichen der medizinischen Mykologie‹

Jena, 12. April 1997

Auskunft: Dr. med. A. Wilmer, Mykologisches Labor, Klinik für Hautkrankheiten, Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität, Erfurter Str. 35, 07740 Jena. Tel.: 03641/637-335, -301, Fax: 03641/637-315

### 47. Wissenschaftlicher Kongreß des Bundesverbandes der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. und des

### Bundesverbandes der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Trier, 3.–5. Juni 1997

Auskunft: Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V., Am Irrgarten 7, 21073 Hamburg. Tel.: 040/77170-2300, Fax: 040/77170-2674

### Bonner Symposium ›Infektionsmanagement‹

Bonn, 6.–7. Juni 1997

Kongreßsekretariat: Medical Innovation, z.H. Frau M. Hähn, Hackhausen 15, 42697 Solingen. Tel.: 0212/7-28-139, Fax: 0212/7-28-223

### IV. Tagung ›Infektionen in Gynäkologie und Geburtshilfe‹ der ESIDOG

Erfurt, 13.–15. Juni 1997

Auskunft: Sekretariat der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Klinikums Erfurt, Frau Kirchner, Gorkistr. 6, 99084 Erfurt. Tel.: 0361/7814-001, Fax: 0361/7814-002

### 4th International Meeting on Bacterial Epidemiological Markers

Snekkersten (Dänemark), 10.–13. September 1997

Auskunft: Dr. Peter Gerner-Smidt, Dept. of Gastrointestinal Infections, Statens Serum Institut, Artillerivej 5, DK-2300 Copenhagen S., Denmark. Fax: +45/32 68 30 26

### 49. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM)

Jena, 5.–9. Oktober 1997

Auskunft: Prof. Dr. med. Eberhard Straube, Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Institut für medizinische Mikrobiologie, Semmelweisstraße 4, 07740 Jena, Thüringen. Tel.: 03641/633-106, -472, Fax: 03641/633-474