

Epidemiologisches *Bulletin*



Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten und Public Health

4/99

Zur Diphtherie in Europa

Die in den letzten Jahren fast ausschließlich durch die ausgedehnte Epidemie in der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS) repräsentierte Diphtherie-Morbidität in Europa (WHO-Region Europa) ist insbesondere seit 1997 deutlich zurückgegangen. Während in den Jahren 1994 und 1995 noch rund 50.000 Diphtherie-Erkrankungsfälle pro Jahr erfaßt wurden, waren es 1997 nur noch 7.100. Im vergangenen Jahr hat sich der Rückgang fortgesetzt (Abb. 1). Dies ist ein Erfolg der nationalen Bekämpfungsprogramme, insbesondere großangelegter Impfkampagnen auch bei Erwachsenen, die mit sehr wirksamer internationaler Unterstützung durchgeführt wurden. Experten der WHO schätzen ein, daß durch die Maßnahmen der Epidemiebekämpfung in dieser Region mehr als 450.000 Diphtherie-Erkrankungen, von denen 10.000 vermutlich tödlich verlaufen wären, verhindert werden konnten.

Anfang Dezember 1998 lagen der WHO für 1998 Meldungen über 2.086 Diphtherie-Erkrankungen aus 51 Staaten der WHO-Region Europa vor. 2.067 dieser Fälle (99%) sind in der GUS aufgetreten, der Rest sind sporadische, teilweise importierte Einzelfälle in Westeuropa. Innerhalb der GUS waren 1998 vor allem 6 Staaten wegen einer noch erhöhten Diphtherie-Morbidität und teilweise noch bestehender Probleme bei der Epidemiebekämpfung auffällig: die **Russische Föderation** (1998: 1.119 Erkr.), die **Ukraine** (1998: 480 Erkr.), **Tadschikistan** (1998: 142 Erkr.), **Kirgisistan** (1998: 92 Erkr.), **Kasachstan** (1998: 66 Erkr.) und **Georgien** (1998: 29 Erkr.). Die 1.928 Erkrankungsfälle in diesen 6 Staaten entsprechen 93% der Diphtherie-Morbidität in der GUS. Experten der WHO halfen den nationalen Behörden bei der Analyse der Situation und bei der konsequenten Fortführung der nationalen Bekämpfungsprogramme. Hier ist

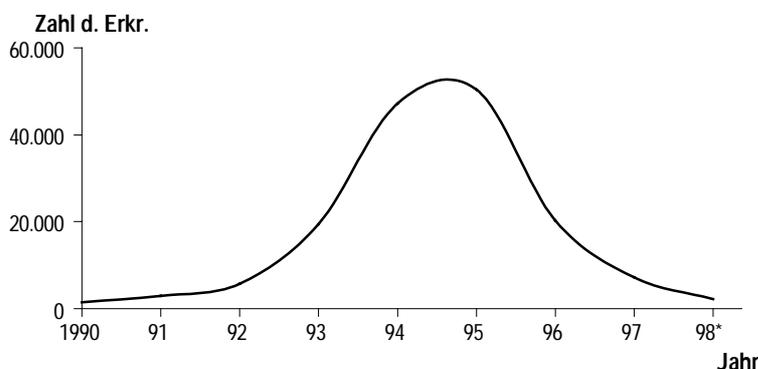


Abb. 1 Diphtherie-Erkrankungen in der GUS von 1990–1998 (* vorläufige Zahlen)

Diese Woche:

Diphtherie:

- Situation in der WHO-Region Europa
- Fallbericht aus Dänemark

Antibiotika:

- EU-Verbot zum Einsatz bestimmter Antibiotika in der Tiermast

Influenza/ARE:

Aktuelle Situation

In eigener Sache:

- Zur neuen Zeitschrift ›Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz‹
- Zur Wochenstatistik

Veranstaltungshinweise:

- Kurs Hygienemanagement im Krankenhaus
- 14. Legionella-Meeting

29. Januar 1999

ROBERT KOCH
RKI
INSTITUT

weiterhin

internationale Hilfe erforderlich, die benötigten Mittel für Impfstoffe, Antitoxin, Antibiotika und Labormaterial betragen 500.000–800.000 US \$.

In **Deutschland** wurde 1998 nur eine klinische Diphtherie-Erkrankung durch Meldung erfaßt, die einen 25jährigen in Deutschland lebenden Mann aus Bangladesch betraf, der vermutlich durch Keimträger unter seinen Landsleuten, mit denen er Kontakt hatte, infiziert wurde (s. *Epid. Bull.*

dringend 11/98: 75); mehrere Verdachtsfälle wurden nicht bestätigt. Trotz dieser günstigen Situation muß der Kontrolle und weiteren Aktualisierung der Impfmunität auch im Erwachsenenalter Aufmerksamkeit gelten. Reisen nach Osteuropa und in die zentralasiatischen Staaten der GUS sollten nur mit einem aktuellen Impfschutz angetreten werden.

Quelle: WHO-Regionalbüro für Europa: CD News 19. November 1998: 16–17

Fallbericht: Zwei Diphtherie-Erkrankungen in Kopenhagen ohne ermittelte Quelle

Zum Auftreten der Erkrankungen in einer Familie: Ein 18jähriger Mann wurde am 23. Dezember 1998 nach dreitägiger Halsentzündung in ein Krankenhaus eingewiesen. Es bestanden ein starkes Ödem im Halsbereich, eine nekrotisierende Tonsillitis sowie grau-weiße Membranen im tieferen Pharynx und im Larynx. Die klinischen Verdachtsdiagnosen lauteten »Diphtherie« oder »nekrotisierende Streptokokken-Pharyngitis«. Die Isolierung von *Corynebacterium diphtheriae* und der Nachweis der Toxinbildung bestätigte die Erkrankung an Diphtherie (27.12.98). Die Behandlung mit Antibiotika und Diphtherie-Antitoxin führte zur Genesung. Der Patient war in der frühen Kindheit angeblich gegen Diphtherie geimpft worden (das dänische Schema sieht drei Injektionen vor), eine Dokumentation dieser Impfungen konnte jedoch nicht vorgelegt werden. Eine spätere Auffrischimpfung ist mit Sicherheit nicht erfolgt. Infolge der frühzeitigen Antitoxingabe war eine Bestimmung des Immunstatus bei Ausbruch der Erkrankung nicht mehr möglich.

Die ermittelnden Gesundheitsbehörden vermuten eine Übertragung der Erreger durch die drei Wochen zuvor an einer – post mortem diagnostizierten – Diphtherie gestorbene 23jährige Schwester des Patienten. Die Dauer von drei Wochen zwischen den beiden Erkrankungen ist allerdings weitaus länger als die in der Regel festgestellte Inkubationszeit von 2–5 Tagen. Es wird daher angenommen, daß sich die Krankheit bei dem Bruder bei einem möglicherweise spezifisch geprägten Immunsystem, jedoch nicht ausreichender Immunität mit einer Verzögerung manifestierte oder daß die Übertragung von *Corynebacterium diphtheriae* über eine dritte Person, einen gesunden Keimträger, erfolgte.

Die am 07.12.98 gestorbene Schwester des Patienten hatte bereits zwei Wochen vor ihrem Tod über Halsschmerzen geklagt. Nachdem der Hausarzt mit einem Schnelltest hämolysierende A-Streptokokken nachgewiesen hatte, führte er eine darauf zielende Antibiotikabehandlung durch. Ein Diphtherie-Verdacht wurde nicht ausgesprochen. Erst als ein multiples Organversagen – einschließlich eines Herzversagens aufgrund einer Myokarditis – auftrat, wurde die junge Frau – einen Tag vor ihrem Tod – in ein Krankenhaus eingewiesen. Nachträglich wurde im Serum ein hoher Diphtherie-Antitoxinspiegel festgestellt, was dazu führte, die Erkrankung als »mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit Diphtherie« einzuordnen. – Die Patientin war nie gegen Diphtherie geimpft worden, weil eine Hirnschädigung als

Folge einer Meningitis im Alter von drei Monaten als Kontraindikation angesehen wurde. (Nach heutiger Auffassung ist die Impfung bei nicht progredienten ZNS-Erkrankungen zulässig.)

Ermittlungsergebnisse und Maßnahmen: Die Infektionsquelle der ersten Erkrankung konnte nicht ermittelt werden. Weder die beiden Patienten noch deren Familienangehörige oder andere enge Kontaktpersonen waren zuvor im Ausland gewesen. Unmittelbar nach der Bestätigung des zweiten Erkrankungsfalles wurden seit Ende Dezember im Umfeld der Erkrankungsfälle umfangreiche bakteriologische Umgebungsuntersuchungen durchgeführt, um eine primäre Quelle zu finden und den Weg einer eventuellen Einschleppung des Erregers nach Dänemark aufzuklären. Bisher konnte kein Diphtherie-Keimträger erfaßt werden. Alle Familienmitglieder und engen Kontaktpersonen wurden vorsorglich antibiotisch behandelt. Die mikrobiologischen Laboratorien und Infektionsabteilungen des Landes wurden über die Einzelheiten des Ausbruchs informiert.

Zur Situation in Dänemark: Die Impfung gegen Diphtherie wurde 1940 in Dänemark eingeführt und ab 1950 in das Impfprogramm für Kinder einbezogen. Dies bewirkte, daß die Bevölkerung in der Folgezeit weitestgehend von der Diphtherie verschont blieb. Seit 1996 werden im Zusammenhang mit der Diphtherie-Epidemie in Osteuropa eine DT-Wiederimpfung der 5jährigen, die Verwendung von Td-Impfstoff bei einer fälligen Tetanus-Auffrischung bei Erwachsenen und eine Revakzinierung mit Td-Impfstoff bei geplanten Auslandsreisen empfohlen. Die letzte Diphtherie-Erkrankung vor diesen beiden Erkrankungsfällen hatte sich in Dänemark 1985 ereignet; damals starb ein 8jähriges unvollständig geimpftes Mädchen an der Krankheit; auch in diesem Fall ließ sich die Infektionsquelle nicht eruieren. – In der dänischen Bevölkerung besteht – vergleichbar mit anderen Ländern, wie z. B. auch Deutschland – gegenwärtig eine unzureichende Immunität gegen Diphtherie im Erwachsenenalter.

Schlußfolgerungen: Die beiden jetzt aufgetretenen Diphtherie-Erkrankungen in einem seit vielen Jahren diphtheriefreien Land bekräftigen die Erfahrung, daß mit dem Vorkommen toxischer *Corynebacterium-diphtheriae*-Stämme gerechnet werden muß. Bei Personen, die nicht über eine antitoxische Immunität verfügen, sind – wie hier beschrieben – schwerste Erkrankungen möglich. Daher erneut die dringende Empfehlung, den Impfschutz gegen

die oft bereits vergessene Diphtherie auch jenseits des Kindesalters nicht zu vernachlässigen.

Die Diagnose bzw. die Verdachtsdiagnose einer Diphtherie ist primär klinisch zu stellen, ein zeitlicher Verzug des Therapiebeginns (mit Antibiotika und Diphtherie-Antitoxin) verschlechtert die Prognose des Krankheitsverlaufs. Bei Entzündungen im Nasenrachenraum, wie Tonsillitis, Nasopharyngitis, Laryngitis ist die Diphtherie mit in die Differentialdiagnose einzubeziehen.¹ Vom Robert Koch-Institut wurden dazu 1994 Empfehlungen veröffentlicht, die nach wie vor gültig sind.² Bestätigte Erkrankungsfälle

sind gemäß BSeuchG meldepflichtig. Das Gesundheitsamt sollte aber auch über klinische Diphtherie-Verdachtsfälle unverzüglich informiert werden.

1. Thilo W: *Differentialdiagnose »Diphtherie« – wieder aktuell? päd prax.* 1996; 51: 103–112
2. *Empfehlungen zur Erkennung und Behandlung von an Diphtherie Erkrankten und deren Kontaktpersonen. Bundesgesundhbl* 1994; 37: 358–359

Die Angaben zu den beiden Erkrankungsfällen entstammen dem dänischen Bulletin *Epi-News* 1/99 (05.01.88), CD Update des WHO-Regionalbüro für Europa, Copenhagen, v. 12.01.99, sowie persönlichen Mitteilungen von Frau Dr. Tove Rønne, Department of Epidemiology, Statens Serum Institut, Copenhagen, Dänemark

Poliomyelitis-Surveillance: Zur Poliomyelitis-Immunität im jüngeren Erwachsenenalter

Antikörperprävalenz bei Rekruten der Bundeswehr belegt guten Impfschutz

Die WHO definierte 1988 das Ziel, bis zum Jahre 2000 eine weltweite Eradikation der Poliomyelitis und damit der zweiten impfpräventablen Krankheit nach den Pocken zu erreichen. Das Eradikationsprogramm beruht auf der Durchführung nationaler Immunisierungsprogramme und der Gewährleistung einer laborgestützten Surveillance, speziell der Erfassung und Untersuchung aller akut auftretenden schlaffen Lähmungen – AFP-Surveillance – (s.a. *Epid. Bull.* 34/97: 235–237, 40/97: 279–280). – Die Gefahr der Wiedereinschleppung ist in Länder, in denen autochthone Poliomyelitis als beseitigt gilt, noch immer gegeben. Besonders tropische Länder bilden nach wie vor ein gefährliches Erregerreservoir. Bei nicht ausreichender Immunität der Bevölkerung können sich eingeschleppte Polioviren epidemisch ausbreiten. Um die Immunität der Bevölkerung gegen Poliomyelitis zu kontrollieren, führten das Nationale Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren am RKI und die Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten e.V. (DVV) in mehrjährigen Abständen seroepidemiologische Untersuchungen repräsentativer Stichproben der Bevölkerung durch. Die letzten dieser Studien fanden 1989 und 1993 statt.^{1,2,3} Eine weitere im Rahmen des Nationalen Gesundheitsurvey 1998 am RKI durchgeführte Studie wird gegenwärtig ausgewertet.

Zur Poliomyelitis-Antikörperbestimmung im Rahmen einer epidemiologischen Studie der Bundeswehr: Untersuchungen zur Bestimmung der Populationsimmunität gegen impfpräventable Krankheiten sind im Rahmen der Surveillance und zur Bewertung präventiver Strategien unverzichtbar. Rekruten der Bundeswehr wurden als ein repräsentatives Kollektiv ausgewählt, um Aussagen zur Gesamtbevölkerung dieser Altersgruppen zu vermitteln. So ist es sinnvoll und praktikabel, den Impfstatus und ggf. auch den Immunitätsstatus junger Erwachsener an einer Stichprobe dieser Population zu bestimmen. Im Sanitätsdienst der Bundeswehr wurde unter der Beratung von Experten der Epidemiologie, Biometrie und Statistik (Arbeitsgruppe Epidemiologie, INTERSOFIA – Gesellschaft für interdisziplinäre Sozialforschung in Anwendung mbH, Berlin) eine Impfstatuserhebung unter einem Gesamtjahrgang von Rekruten durchgeführt. Für einen repräsentativen Querschnitt dieses Jahrgangs (etwa 10 % bzw. 15.000–20.000 Personen) wird die Impfstatuserhebung durch zusätzliche serologische Untersuchungen ergänzt.

Die Bestimmung der Antikörpertiter gegen Poliovirus 1, 2 und 3 wurde dabei nicht in den beteiligten Laboratorien der Bundeswehr durchgeführt, sondern vom Nationalen Referenzzentrum Poliomyelitis und Enteroviren am Robert Koch-Institut übernommen. Weil die Antikörperbestimmung mittels Neutralisationstest sehr zeit- und kosten-

aufwendig ist, wurde die Untersuchung auf 891 Seren aus dieser Bundeswehrstudie beschränkt, die von 20–30jährigen Männern stammten und 1997/98 entnommen wurden. Die Dokumentation erfolgte personenbezogen (Kenn-Nr.), anonymisiert und sichert die Verknüpfbarkeit mit den anderen Daten der Gesamtstudie für vergleichende multivariate Analysen. Der Nachweis von Antikörpern gegen die drei Poliovirus-Typen erfolgte mit dem Mikroneutralisationstest nach einer Vorschrift der WHO^{4,5}. Ein ausreichender Schutz wurde angenommen, wenn in einer Serumverdünnung von 1:4 Antikörper nachgewiesen werden konnten, d. h. bei intakter Serumkontrolle kein zytopathischer Effekt auftrat. Zur Kontrolle der Reproduzierbarkeit des Testsystems wurde ein Referenzserum mit bekanntem Antikörpertiter mitgeführt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse der Untersuchung auf Antikörper gegen die drei Poliovirus-Typen sind in Abbildung 1 dargestellt. Bezogen auf die einzelnen Serotypen konnten bei rund 99 % Antikörper gegen Poliovirus 1 und 2 nachgewiesen werden, gegen Poliovirus 3 waren es fast 95 %. Die hohe Prävalenz von Antikörpern gegen alle drei Poliovirus-Typen spricht für eine gute Immunität in der untersuchten Gruppe und damit in der Allgemeinbevölkerung dieses Alters. Es sei daran erinnert, daß die zirku-

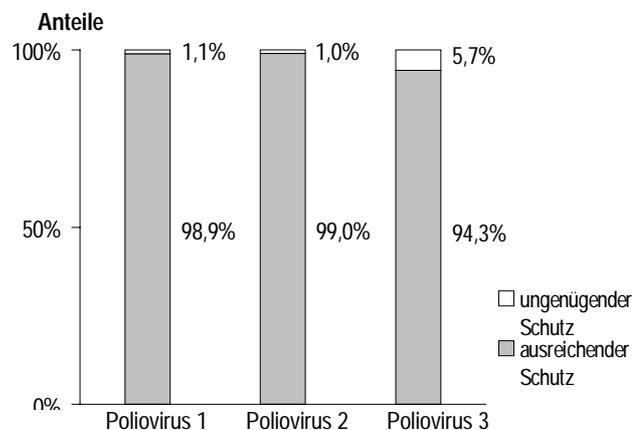


Abb. 1 Ergebnisse des Nachweises von Antikörpern gegen Poliomyelitis-Viren der Typen 1, 2 und 3 bei Rekruten der Bundeswehr (N = 891), Nachweis mit dem Neutralisationstest (»ausreichender Schutz« wurde bei Antikörpernachweis in einer Serumverdünnung von 1:4 angenommen)

lierenden humoralen Antikörper nicht die einzige Quelle des Schutzes gegen eine Poliomyelitis sind, auch die zelluläre Immunität spielt eine wichtige Rolle bei der Verhinderung der Manifestation von Poliovirus-Infektionen.

Vergleich der Methoden zur Bestimmung der Impfmunität: Prinzipiell kann man Ergebnisse durchgeführter Schutzimpfungen auf zweierlei Art bestimmen: durch die Kontrolle der Impfdokumente und durch die Bestimmung der durch Impfung induzierten Antikörper (bei Poliomyelitis, Diphtherie oder Tetanus, bei denen die natürliche Durchseuchung vernachlässigt werden kann). Die Antikörperbestimmung führt zu einer guten Aussage über die tatsächliche Immunität, ist aber aufwendig und an die Bereitschaft der Probanden gebunden. Die Überprüfung der Impfdokumente ist leicht realisierbar, ermöglicht aber nur näherungsweise eine Beurteilung der tatsächlichen Immunität einer bestimmten Population. Nicht bei jedem Probanden ist ein Impfdokument verfügbar, nicht jede Impfung ist dokumentiert. Hochrechnungen auf der Basis der Kontrolle von Impfdokumenten führen gegebenenfalls zu zu geringen Impf- bzw. Immunitätsraten und bedürfen der Interpretation und Korrektur. Die kürzlich vorgelegten Ergebnisse einer anderen Studie zur Erfassung des Poliomyelitis-Impfstatus nach Kontrolle der Impfdokumente von Rekruten der Bundeswehr⁶ zeigen das sehr deutlich. Die Autoren dieses Beitrages ermittelten unter Bezug auf die Impfempfehlungen der STIKO, daß nur bei 34,1% aller 18–20jährigen und nur bei 14,8% aller 21–40jährigen

eine Boosterung innerhalb der letzten Jahre (empfohlen im 11.–18. Jahr) durch eine Impfdokumentation nachgewiesen werden konnte. Wenn man die 30% der Rekruten ohne Impfdokumente, bei denen in der zitierten Studie die Zahl der Impfungen mit »Null« gewertet wurde, herausrechnet und nur die Personen mit vorhandener Impfdokumentation und vorhandener Grundimmunisierung auswertet, sind die ermittelten Raten der Immunen nur wenig niedriger als die durch serologische Untersuchungen bestätigte tatsächlich sehr gute Immunität in dieser Population.

Wir danken den beteiligten Truppenärzten und Mitarbeitern des Sanitätsdienstes der Bundeswehr für die Bereitstellung der Seren und den Organisatoren der Gesamtstudie, insbesondere Herrn Prof. Dr. K. Wegscheider, Berlin, für die Zustimmung, diese Untersuchungsergebnisse vorab zu veröffentlichen.

1. Diedrich S, Schreier E: Immunitätslage gegen Poliomyelitis. *Dtsch med Wschr* 1995; 120: 239–244
2. Maass G, Weber B, Doerr HW: Untersuchungen zur Immunitätslage gegen Poliomyelitis. *Dtsch med Wschr* 1991; 116: 1457–1462
3. Weber B, Rabenau H, Cinatl J, Maass G, Doerr HW: Quantitative detection of neutralizing antibodies against polioviruses and non-polio enteroviruses (NPEV) using an automated microneutralization assay: a seroepidemiologic survey. *Zbl Bakt* 1994; 280: 540–549
4. WHO: Manual for the virological investigation of poliomyelitis. WHO/EPI/CDS/ Polio/90.1 (1991): 63–72
5. WHO: Poliovirus neutralizing antibody assay. *Bull WHO* 1992; 70: 669
6. RKI: Zum Impfstatus im jüngeren Erwachsenenalter – Ergebnisse einer Erhebung bei Bundeswehr-Rekruten. *Epid Bull* 40/98: 281–284

Zum EU-Verbot weiterer antibiotischer Leistungsförderer in der Tiermast

Der Agrarministerrat der EU-Mitgliedsländer hat auf seiner Sitzung am 14./15.12.1998 das Verbot des Einsatzes der Antibiotika **Bacitracin** (Peptidantibiotikum), **Spiramycin**, **Tylosin** (Makrolide) und **Virginiamycin** (Streptogramin A) als »Leistungsförderer« in der Tiermast beschlossen. Damit wurde Empfehlungen der WHO aus den Jahren 1994 und 1997 entsprochen.^{1,2} Es wurde festgelegt, den »Zusatz von antibakteriellen Wirkstoffen, die für die Chemotherapie beim Menschen eingesetzt werden und/oder für die Kreuzresistenz gegen beim Menschen eingesetzte antibakterielle Chemotherapeutika besteht« zu beenden. Dieses Kriterium trifft für die vier, nun nicht mehr als Leistungsförderer zugelassenen Antibiotika zu.

Die Diskussion um die Resistenzproblematik im Zusammenhang mit dem Antibiotika-Einsatz als Leistungsförderer ist nicht neu.³ Es sei an das Auftreten und die Verbreitung glykopeptidresistenter Enterokokken und den Einsatz des Glykopeptid-Antibiotikums Avoparcin erinnert. Vor allem Untersuchungen am Robert Koch-Institut und in Dänemark zur Verbreitung der übertragbaren Glykopeptidresistenz (Nachweis des *vanA*-Genclusters gleicher Struktur bei *E. faecium* von Tieren⁴, aus Fleischprodukten, bei gesunden und an einer entsprechenden Infektion erkrankten Menschen^{5,6}) hatten bereits im April 1997 zu einem EU-weiten Verbot für Avoparcin geführt. Für Virginiamycin liegen vergleichbare erste Indizienbeweise für

die Ausbreitung der Resistenz aus den Niederlanden⁷ und aus Deutschland⁸ vor.

Andere bakteriell wirksame Leistungsförderer, bei denen gegenwärtig keine Beziehungen zur Resistenz gegen die für die Behandlung von Infektionen beim Menschen zugelassenen antibakteriellen Chemotherapeutika erkennbar sind, bleiben vorerst weiter zugelassen. Hier ist weitere Aufmerksamkeit erforderlich, weil künftige Auswirkungen nicht ausgeschlossen werden können.⁹ Im Sinne der Prävention erscheint es sinnvoll, einen generellen Verzicht auf antibakteriell wirksame Leistungsförderer in der Tiermast anzustreben. Daß dies möglich ist, zeigt das Beispiel Schwedens. Hier sind Leistungsförderer in der Tiermast seit 1986 verboten, ohne daß unvertretbare negative Auswirkungen auf die Tierproduktion auftraten.¹⁰

Bericht aus dem Nationalen Referenzzentrum für Staphylokokken am Robert Koch-Institut

1. WHO scientific working group on monitoring and management of bacterial resistance to antimicrobial agents WHO/CDS/BVI/95.7, Geneva, Switzerland, 1994
2. Report of the WHO meeting on the medical impact of the use of antimicrobial drugs in food animals. Berlin, 13 to 17 October 1997, available at www.who.ch/programmes/emc/zoo/oct97.pdf
3. Report of the Joint Committee on the Use of Antibiotics in Animal Husbandry and Veterinary Medicine (Swan Committee, Her Majesty's Stationary Office, London, September 1969)
4. Werner G et al.: *FEMS Microbiol Lett* 1997; 155: 55–61

5. Klare I et al.: *Microb Drug Res* 1995; 1: 265–272
6. Aarestrup FM: *Microb Drug Res* 1995; 1: 255–257
7. Jensen B, Stobberingh EE: *Antimicrob Agents Chemother* 1998; 42: 3330–3331

8. Werner G et al.: *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1998; 17: 401–402
9. Witte W: *Science* 1998; 297: 996–997
10. *Antimicrobial Feed Additives, Government Official Report 132, Stockholm, 1997*

ARE/Influenza: Aktuelle Situation in Deutschland

Weiterhin zirkulieren vermehrt Influenzaviren. Das spiegelt sich z. B. in dem Anteil der positiven Virusnachweise an den Gesamteinsendungen des Nationalen Referenzzentrums für Influenza wider, der zu Beginn des Monats bei 5% lag und in den letzten beiden Wochen etwa 20% betrug. Am NRZ sind bisher insgesamt 135 Influenza-A-Viren charakterisiert worden. Es wurde ausschließlich der Subtyp H3N2 nachgewiesen. Seit der 2. Januarwoche ist auch von einer erhöhten Influenza-B-Aktivität auszugehen, bisher liegen 57 Influenza-B-Isolate vor. Alle bisher feintypisierten Influenzaviren entsprechen den im Impfstoff enthaltenen Varianten.

Die Häufigkeit an akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) liegt allerdings trotz des erhöhten Anteils der Influenza-Infektionen insgesamt weiter im Bereich der jahres-

zeitlichen Erwartungswerte in epidemiefreien Zeiträumen. Der mittlere Anteil der ARE an den Konsultationen in den Arztpraxen lag in der 3. Januarwoche bei 11,2% (9,0% in allgemeinmedizinischen, 21,8% in pädiatrischen Praxen). – Sowohl die ARE-Morbidität als auch die Influenza-Aktivität lassen zur Zeit keine regionalen Schwerpunkte erkennen. Da nach seroepidemiologischen Daten des NRZ die Immunität der Erwachsenen (älter als 30 Jahre) gegenüber der aktuellen Variante Influenza A/Sydney/5/97 (H3N2) nur einen geringen Umfang hat, könnte sich durchaus noch eine Zunahme der Erkrankungshäufigkeit ergeben.

Quellen: Berichte des NRZ für Influenza am Niedersächsischen LGA, Hannover (Dr. R. Heckler) und am Robert Koch-Institut, Berlin (Frau Dr. B. Schweiger) sowie der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI), Marburg (Dr. H. Uphoff).

Zum Übergang von »Infektionsepidemiologische Forschung« zu »Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz«

Wie angekündigt, haben alle bisherigen Bezieher der *Infektionsepidemiologischen Forschung* die erste Ausgabe der Zeitschrift *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* erhalten, die aus der Fusion von *InfFo* und *Bundesgesundheitsblatt* entstanden ist. Da das Verfahren zu Irritationen und Nachfragen geführt hat, hier noch einige zusätzliche Informationen.

Zeitgleich mit der ersten Ausgabe von *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* haben Sie für den Fall eines geplanten Abonnements eine Rechnung vom Springer-Verlag erhalten. Wir möchten darauf hinweisen, daß es keine Automatismen und keine Verpflichtungen gibt, ein solches Abonnement abzuschließen. Die erste Ausgabe soll Ihnen einen Eindruck von der neuen Zeitschrift vermitteln. Falls Sie zu dem Schluß kommen, daß die Zeitschrift interessant und nützlich für Sie sein könnte, würden wir uns freuen, wenn Sie ein Abonnement bestellen würden. Falls Sie ein Abonnement nicht wünschen, würden wir Sie bitten, die Rechnung mit einer kurzen Mitteilung an den Springer-Verlag zurückzusenden oder über die auf Seite A5 im Impressum aufgeführten Abo-Telefon- oder Fax-Nr. eine

entsprechende Mitteilung zu machen. Dadurch vermeiden Sie eine weitere Zahlungsaufforderung sowie Mahnungen vom Springer-Verlag. Aber auch wenn Sie auf diese weiteren Schreiben des Verlags nicht reagieren, entstehen Ihnen keine unerwünschten Kosten, sondern es wird lediglich Ihre Adresse aus dem Abonnentenverteiler gestrichen.

Für Institutionen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes besteht im übrigen die Möglichkeit, wie bisher auch ein Vorzugsabonnement des neuen *Bundesgesundheitsblattes* zu einem reduzierten Abonnementpreis zu beantragen. Entsprechende Anträge müssen zunächst zur Prüfung an die Redaktion im Robert Koch-Institut (Postfach 65 02 80, 13302 Berlin) eingereicht werden. Bisherige Bezieher eines Vorzugsabonnements des *Bundesgesundheitsblattes* sollten bereits automatisch eine entsprechend reduzierte Rechnung erhalten haben.

Zur Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

In dieser Ausgabe wird – nachdem die Wochenstatistik für die 51. Woche übersprungen wurde – die Wochenstatistik für die 52. und die 53. Woche 1998 zusammengefaßt wiedergegeben. Das wurde u. a. dadurch notwendig, weil aus datentechnischen Gründen nicht in allen kooperierenden Bundesländern die Werte der 53. Woche gesondert dargestellt werden konnten. Mit dieser Wochenstatistik ist jetzt ein erster vorläufiger Endstand für das Jahr 1998 erreicht. Die Jahresstatistik wird nach Abschluß der Bearbeitung noch einmal gesondert publiziert.

3. Kurs und Intensivtraining für kosten- und umweltbewußtes Hygienemanagement im Krankenhaus

Termin: 26. und 27. April 1999

Ort: Freiburg

Veranstalter: Beratungszentrum für neue Standards im Hygienemanagement, Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Umwelt-

medizin und Krankenhaushygiene (Direktor: Prof. Dr. med. F. Daschner)

Auskunft/Anmeldung:

Frau Doris Federer, Frau Waltraud Schleipen
Beratungszentrum für neue Standards im Hygienemanagement
Universitätsklinikum Freiburg
Institut für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene
Breisacher Straße 60, 79106 Freiburg
Tel.: 0761/270-5498, -5497; Fax: 0761/270-5492

14. Meeting of the European Working Group on
Legionella Infections

Termin: 26.–29. Juni 1999

Ort: Dresden

Themen: Epidemiologie, Ökologie, Pathogenität, Diagnostik der
Legionellen bzw. Legionella-Infektionen

Auskunft/Anmeldung:

Dr. P. Christian Lück

Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene

der Technischen Universität Dresden

Nationales Konsiliarlabor für Legionellen

Dürerstr. 24, 01307 Dresden

Tel.: 0351 / 463-8585; Fax: 0351 / 463-8573

E-Mail: cl4.@irz.inf.tu-dresden.de