



Epidemiologisches Bulletin

4. Februar 2000 / Nr. 5

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Obduktionen – Teil der Qualitätssicherung in der Medizin

Welches Maß ist erforderlich?

Entwicklungen innerhalb einzelner medizinischer Disziplinen führen zu Rückwirkungen auf andere Disziplinen, die mitunter erst allmählich erkannt werden. Unter dem Public-Health-Aspekt gibt es Veranlassung, sich mit den Folgen einer aus verschiedenen Gründen eingetretenen Entwicklung in der klassischen Pathologie, den immer geringer werdenden Obduktionsraten, zu befassen. Dazu ein Beitrag aus Rheinland-Pfalz:

Trends bei Obduktionsraten

Seit der Mitte dieses Jahrhunderts ist weltweit ein Rückgang der klinischen Obduktionen zu beobachten. Dazu einige Daten: In den USA wurden 1964 41% aller in Krankenhäusern verstorbenen Patienten obduziert, 1974 noch 18%, 1988 12%; 1999 liegt die Obduktionsrate (OR) in den meisten US-amerikanischen Krankenhäusern zwischen 0 und 5%. In Schweden ging der Anteil der Obduktionen von 46% im Jahre 1969 auf 22% 1995 zurück. In der DDR wurden 1970 30% aller Verstorbenen obduziert, 1987 noch 18% (H. David, 1989). Für die BRD wird 1980 eine OR von 14,6% genannt. Schon 1985 lag sie bei nur 5,6% aller Verstorbenen; 10 Jahre danach nehmen W.-W. Höpker und St. Wagner (1998) einen weiteren Rückgang auf etwa 10.000 Obduktionen an. Das entspräche einer OR von 1,2%. Der Berufsverband Deutscher Pathologen erwartete für 1998 wieder niedrigere Zahlen. Es gibt jetzt schon Ärzte, die nie eine Obduktion erlebt haben. Deutschland bildet hinsichtlich seiner Obduktionsraten offenbar das Schlusslicht in Europa.

Nicht alle Länder und Krankenhäuser nehmen an der Entwicklung in diesem Ausmaß teil: In Österreich ist seit über 200 Jahren, seit den Zeiten von Swietens und der Maria Theresia, eine vergleichsweise hohe OR zu verzeichnen; sie beträgt gegenwärtig 30 bis 35% bezogen auf alle Verstorbenen. In den österreichischen Universitäts-Krankenhäusern lag die OR 1970 bei nahezu 100%, 1993 ist sie lediglich auf 80% zurückgegangen (J. H. Holzner, 1998). Aus Finnland wird über eine landesweite OR von 38% berichtet. In den großen Krankenhäusern in den Niederlanden und der Schweiz werden verbreitet OR von 30 bis 50% erreicht. In der Berliner Charité lag die OR bis Ende der 80iger Jahre bei über 90%.

Ursachen der Entwicklung

Die Ursachen für den Rückgang der Obduktionsraten sind vielfältig. Das Interesse der Kliniker an Obduktionsergebnissen hat nachgelassen. Dabei spielt die Auffassung eine Rolle, dass die heutige klinische Diagnostik, moderne Verfahren der Labormedizin, der Molekularbiologie und Immunologie, nicht zuletzt die bildgebenden Verfahren und die Endoskopie eine hohe Diagnosesicherheit zur Folge hätten. Andererseits sind die Aufgaben der Pathologen für die Diagnostik am Lebenden explosionsartig gewachsen, ihre personelle und finanzielle Ausstattung dagegen nicht. Sparzwänge in der stationären wie ambulanten Betreuung wirken in der gleichen Richtung. Das gilt auch für die geltenden Gebührenordnungen. Schließlich befinden sich klinische Obduktionen rechtlich

Diese Woche

5/2000

Public Health:

Obduktionen als Teil der Qualitätssicherung in der Medizin

Krebs:

Neuerkrankungen in Deutschland 1997

Influenza:

Aktuelle Situation

Importierte

Infektionskrankheiten:

Europäisches Network TropNetEurop

Hinweis:

Tagungsbericht
>Die neue Gesundheitspolitik der Europäischen Union< erschienen

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Wochenstatistik 50/99



noch immer in einer gewissen Grauzone und die Öffentlichkeit, erkennbar an Äußerungen der Medien, steht Obduktionen vielfach unsachlich und ablehnend gegenüber.

Folgen der niedrigen Obduktionsraten

US-amerikanische Autoren vertreten den Standpunkt, dass der Prozentsatz der Nichtübereinstimmungen zwischen klinischer und pathologisch-anatomischer Diagnose in Krankenhäusern zu Beginn des Jahrhunderts, in den 30iger und in den 70iger Jahren konstant bei etwa 40% gelegen hat und noch liegt. Das bedeutet nicht 40% schuldhaftes Verhalten. U. Bleyl (1998) geht davon aus, dass etwa 35–40% der in den europäischen und nordamerikanischen Universitätskliniken als todesursächlich vermuteten pathogenetischen Prozesse in deutlicher Diskrepanz stehen zum Ergebnis klinischer Obduktionen, dass also 35–40% aller klinischen Diagnosen irgendwo falsch sind, nicht völlig falsch, aber doch korrekturbedürftig, ergänzungsbedürftig, verbesserungsbedürftig. – Am Institut für Klinische Pathologie der Universität Wien mussten die klinischen Todesursachen in den Jahren 1990 bis 1993 bei 4.702 Obduktionen in 314 Fällen (6,7%) vollständig und in 900 Fällen (19,1%) teilweise korrigiert werden (J.H. Holzner, 1998).

In der letzten verfügbaren Obduktionsstatistik des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz aus dem Jahre 1992 werden bezogen auf 42.635 Verstorbene nur 672 Obduktionen (1,6%) mit einem Anteil von 18,3% Nichtübereinstimmungen zwischen klinischer und Obduktionsdiagnose ausgewiesen. Der Anteil der Nichtübereinstimmungen nimmt mit wachsendem Alter zu und liegt bei Verstorbenen, die älter als 80 bis 90 Jahre waren, besonders hoch. Es ist zu befürchten, dass schon jetzt unsere Vorstellungen, unsere Statistiken vom Sterbegeschehen erheblich lückenhaft bis grob falsch sind.

Nachdenklich muss auch stimmen, wenn in einer multizentrischen Studie gerichtsmedizinischer Institute in Deutschland kürzlich bei 13.000 Obduktionen (1,5% aller Verstorbenen) unter den »natürlichen Todesfällen« 10 bis dahin nicht bekannte Tötungsdelikte erkannt und unter den Verstorbenen mit »unklarer Todesursache« sich 35 als durch fremde Hand herbeigeführt erwiesen haben (G.B. Brinkmann et al., 1997). Mörder hätten damit gegenwärtig in Deutschland tatsächlich eine gute Chance, ungestraft davon zukommen.

Klinische Obduktionen und Qualitätssicherung

Klinische Obduktionen sind von zentraler Bedeutung für die Qualitätssicherung medizinischer und pflegerischer Arbeit (s. §§ 135, 137 und 137a SGB V und § 80 SGB XI), für die medizinische Wissenschaft, für gesundheitspolitische Planungen, für die medizinische Bildung und für die Rechtssicherheit im Lande. Bereits 1991 hieß es in einem Positionspapier des Vorstandes der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Pathologie: »Die Innere Leichenschau ist eine der wichtigsten Qualitätssicherungsmaßnahmen der Klinischen Medizin und Pathologie sowie von großer Bedeutung für die Aus-, Fort- und Weiterbildung.« V. Becker (1986) hebt in einer umfassenden Darstellung zur Obduktion hervor: »Die Qualitätskontrolle, die sowohl einen wissenschaftlichen, einen erkenntnistheoretischen wie auch einen nationalökonomischen und damit

politischen Aspekt besitzt, kann auf die klinische Obduktion nicht verzichten.«

Die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin (AQS) bei der Bundesärztekammer hat wiederholt auf die zentrale Bedeutung klinischer Obduktionen für die Qualitätssicherung in der Medizin hingewiesen und den Erlass allgemeiner Sektionsgesetze nach dem Beispiel von Berlin gefordert (so 1997 in einem Schreiben an die für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder, GMK).

Laut den Allgemeinen Vertragsbedingungen für Krankenhäuser ist eine Obduktion zulässig, wenn der Verstorbene zu Lebzeiten zugestimmt oder der nächste erreichbare Angehörige eingewilligt hat und ein entgegengesetzter Wille des Verstorbenen nicht bekannt geworden ist. Laut Urteil des Bundesgerichtshofes vom 31.5.1990 ist ergänzend dazu auch eine Obduktionsklausel zulässig, die diese Einwilligung des Patienten bereits mit Abschluss des Krankenhausaufnahmevertrages herbeiführt. Eine unterbliebene Sektion kann im Arzthaftpflichtprozess zur Umkehr der Beweislast führen.

Schlussfolgerungen

Ein Fortdauern der jetzigen Lage wird zu negativen Auswirkungen auf unser Gesundheitswesen führen – möglicherweise hat sie das schon – und sollte deshalb nicht weiter angenommen werden. Zu einer solchen Einschätzung besteht Zustimmung von kritischen Klinikern, der Mehrzahl der Pathologen, von sonst in der medizinischen Qualitätssicherung Tätigen (darunter den Epidemiologen), von Juristen, Versicherungen, Berufsgenossenschaften, der Kriminalpolizei u. a. m. Verbreitet werden Obduktionsraten von 30% aller Verstorbenen zur Qualitätssicherung in einem entwickelten Gesundheitswesen gefordert. In der Entwicklung der Obduktionsraten in Deutschland sollte eine Trendwende herbeigeführt werden. Eine deutlich höhere OR kann einen wirksameren Beitrag zur Qualitätssicherung in der Medizin, insbesondere der internen Qualitätssicherung in Krankenhäusern, leisten als manches ausgeklügelte bürokratische Verfahren. Bei gemeinsamem Willen aller Beteiligten erscheinen Fortschritte durchaus möglich. Landes-Sektionsgesetze sind wünschenswert, aber keine unbedingte Voraussetzung.

Abschließend ein Beispiel aus Rheinland-Pfalz. Dort hat die Vertreterversammlung der Landesärztekammer am 8. Mai 1999 zur Frage der Obduktionen einen Beschluss gefasst. Darin wird u. a. gefordert, im Interesse der Qualitätssicherung eine OR von mindestens 10% bezogen auf alle Verstorbenen, von 20–30% in Krankenhäusern der Grundversorgung und von 50% in Krankenhäusern der Maximalversorgung und in Universitätskliniken anzustreben. Weiterbildungsermächtigungen sollen künftig an das Erreichen dieser Obduktionsraten gebunden werden. Mit Unterstützung der Medien soll darauf hingewirkt werden, dass die klinische Obduktion als letzte ärztliche Handlung in der Bevölkerung eine höhere Akzeptanz erfährt. In einer zeitweiligen Arbeitsgruppe der Landesärztekammer, in der alle Beteiligten zusammengeführt werden, werden Lösungswege im Einzelnen gesucht.

Für diesen Bericht (ähnlich im Ärzteblatt Rheinland-Pfalz, Nov. 1999, S. 318–319, veröffentlicht) danken wir Herrn Prof. Dr. Jürgen P. Großer, Arzt für Hygiene und Umweltmedizin, der als Diskussionspartner zur Verfügung steht und bei dem Literatur zu diesem Beitrag angefordert werden kann (Friedelsheimer Str. 10, 67157 Wachenheim a. d. Weinstraße, Tel.: 063 22/98 2016, Fax: 063 22/98 2017, E-Mail: JPGrosser@aol.com).

Neuerkrankungen an Krebs: Schätzung für Deutschland 1997

In der seit 1983 bestehenden **Dachdokumentation Krebs** am Robert Koch-Institut werden die anonymisierten Daten aller bevölkerungsbezogenen Krebsregister in Deutschland zusammenfassend und übergreifend ausgewertet. Ziel dieser Auswertung ist nach einer Überprüfung der Daten auf Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit vor allem die Berechnung, Beobachtung und Analyse wichtiger epidemiologischer Kennziffern zu Krebskrankheiten. Neben der geschätzten Zahl der jährlichen Neuerkrankungen an Krebs sind für Epidemiologen, Gesundheitspolitiker, den praktischen Arzt und den betroffenen Patienten auch andere epidemiologische Basiszahlen von Bedeutung. Dazu gehören vor allem Trends in Neuerkrankungs- und Sterberaten oder Überlebensraten. Solche Daten können inzwischen auf den Internetseiten des Robert Koch-Institutes (<http://www.rki.de/KREBS/>) abgerufen werden.

Die Anzahl der in der Bundesrepublik Deutschland neu an Krebs Erkrankten (Inzidenz) wird von der »Dachdokumentation Krebs« für das Jahr 1997 auf rund 338.000 geschätzt. Aufgrund der gegenwärtig noch unvollständigen Krebsregistrierung kann bisher nur eine Schätzung erfolgen. Grundlage dieser Schätzung sind die saarländischen Inzidenzraten unter Berücksichtigung der Mortalitätsunterschiede zwischen dem Saarland und allen anderen Bundesländern. Die folgende Tabelle enthält Schätzungen der in der Bundesrepublik Deutschland 1997 neu an Krebs Erkrankten differenziert nach Geschlecht und der Lokalisation der bösartigen Neubildung sowie zusätzlich der Altersgruppe »unter 60 Jahre«.

Ansprechpartner im RKI ist Herr Dr. D. Schön, Tel.: 01888/754-3321, Fax: 01888/754-3333.

Lokalisation	Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD 9)	Männer		Frauen	
		unter 60 Jahren	insgesamt	unter 60 Jahren	insgesamt
Mundhöhle und Rachen	140–149	4000	7200	900	2500
Speiseröhre	150	1300	3200	300	900
Magen	151	2000	9700	1300	8300
Dickdarm	153	2 400	14400	2600	18000
Mastdarm	154	2700	9700	1600	9600
Leber	155	700	3400	200	1800
Gallenblase und -gänge	156	300	1800	300	3900
Bauchspeicheldrüse	157	1200	4700	600	5400
Verdauungsorgane	150–159	11100	47900	7200	48800
Kehlkopf	161	1100	2900	300	400
Lunge	162	6700	28200	2500	8900
Atmungsorgane	160–165	8100	32400	3000	10100
Knochen	170	300	700	200	500
Bindegewebe	171	400	800	300	700
M. Melanom der Haut	172	1400	3100	1500	3800
Brustdrüse	174–175	100	400	17000	45800
Gebärmutterhals	180	–	–	3400	5800
Gebärmutterkörper	179, 182	–	–	2100	10000
Eierstöcke	183	–	–	2200	8200
Weibl. Geschlechtsorgane	179–184	–	–	8200	26500
Prostata	185	2500	27800	–	–
Hoden	186	3000	3600	–	–
Penis	187	100	600	–	–
Harnblase	188	2100	10300	400	4700
Niere	189	2000	6900	1300	5200
Nervensystem	191–192	2200	4000	1700	3600
Schilddrüse	193	400	800	900	2000
Ungenau bez. Lokalisation	195–199	1000	5200	800	6300
Non-Hodgkin-Lymphome	200, 202	2100	5400	1500	5200
Hodgkin-Lymphome	201	700	1000	400	800
Multiples Myelom	203	400	1500	300	1700
Leukämien	204–208	1300	4400	1100	4500
Lymphome und Leukämien	200–208	4500	12300	3300	12200
Alle bösartigen Neubildungen ohne nicht-melanotischen Hautkrebs	140–208 ohne 173	43400	164900	47000	173400

Tabelle 1: Geschätzte Zahl der Neuerkrankungen an Krebs, Deutschland 1997

Akute respiratorische Erkrankungen/Influenza – aktuelle Situation

Das gesamte Bundesgebiet ist weiterhin von einer Influenzawelle erfasst. Die erreichten Morbiditätswerte und die virologischen Parameter entsprechen Gipfelwerten einer gewöhnlichen Influenzawelle. Unter den insgesamt vermehrten akuten respiratorischen Erkrankungen überwiegt gegenwärtig der Anteil der Influenza, es treten örtlich ausgeprägte Erkrankungshäufungen in Erscheinung. – Im Netz der Beobachtungspraxen der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) hat sich der ARE-Anteil überwiegend noch weiter erhöht. In der 4. Woche erfolgten im Mittel 15,6 % aller Praxiskontakte wegen akuter respiratorischer Erkrankungen, 28,9 % in pädiatrischen, 13,0 % in allgemeinmedizinischen Praxen. Ganz Deutschland ist betroffen, hervorzuheben ist eine aktuelle Zunahme der Influenza-Aktivität im Gebiet der neuen Bundesländer und eine Zunahme der Erkrankungshäufigkeit bei Kleinkindern und Schulkindern in allen Regionen.

Im Nationalen Referenzzentrum für Influenza (Hannover, Berlin) wurden bis zur 3. Woche d. J. insgesamt 593 Influenzaviren isoliert und charakterisiert. Die angezüchteten Virusstämme sind überwiegend dem Referenzstamm Moskau/10/99(H₃N₂), vereinzelt mehr der Variante A/Sydney/5/97(H₃N₂) ähnlich. Beide Varianten unterscheiden sich nicht sehr stark voneinander und entsprechen damit erwartungsgemäß den Stämmen, gegen die aktuelle Impfstoffe ihre Schutzwirkung entfalten. Im Untersuchungsmaterial des NRZ liegt der Anteil der positiven Influenzavirus-

Nachweise (Kultur, IFT, PCR) weiter bei 25–30 %. In der 4. Kalenderwoche wurde in Berlin jetzt auch ein Influenzavirus des Typs B isoliert, das dem im aktuellen Impfstoff enthaltenen Referenzstamm B/Beijing/184/93 ähnlich war.

Nach bisherigen Informationen war der zu erwartende Anteil schwerer Verlaufsformen (Bronchitiden, Pneumonien, zerebrale und kardiale Manifestationen) nicht ungewöhnlich erhöht. Aus den Meldepraxen der AGI wird erwartungsgemäß über vermehrte Krankenhauseinweisungen, vor allem bei älteren Patienten, berichtet. In Einzelfällen kam es zu tödlichen Verläufen. In einem Fall war eine 49-jährige, bisher gesunde und leistungsfähige Frau aus Nordrhein-Westfalen betroffen. Sie war mit einer ausgeprägten und zunehmend starken grippalen Symptomatik erkrankt, nach 4 Tagen wurde sie in ein Krankenhaus aufgenommen und starb dort trotz aller Maßnahmen nach drei Stunden. Es handelte sich um eine fulminant verlaufende Virusmyokarditis, die pathologisch-anatomisch gesichert wurde. In Lungen- und Myokardgewebe wurde mittels PCR Influenzavirus nachgewiesen (NLGA Hannover).

In allen **Nachbarländern** wird eine erhöhte Influenza-Aktivität beobachtet, die Varianten des Virus entsprechen den in Deutschland nachgewiesenen. In den westlichen und nördlichen Nachbarländern gehen die Erkrankungszahlen deutlich zurück. Anstiege der Influenza-Aktivität werden aus Polen, Russland (vermehrt A/H₁N₁), Kroatien, aber auch Portugal gemeldet.

Quellen: NRZ für Influenza am NLGA, Hannover (Dr. R. Heckler) und am RKI, Berlin (Frau Dr. B. Schweiger) sowie der AGI, Marburg (Dr. H. Uphoff).

Partner im infektionsepidemiologischen Netzwerk stellen sich vor:

Europäisches Netzwerk für importierte Infektionskrankheiten (TropNetEurop)

Die Initiative ›TropNetEurop‹ dient der Erfassung und Erforschung nach Europa importierter Infektionskrankheiten. Inhaltlich liegt die Betonung des Netzwerkes auf einem Zusammenschluss klinischer Zentren mit infektiologischem und tropenmedizinischem Schwerpunkt. Hierdurch ist der direkte Patientenkontakt gewährleistet; das verbessert sowohl die Qualität der detaillierten Datenerfassung als auch potenzielle Möglichkeiten zur Durchführung klinischer Studien. Spezialisierte infektiologische Zentren haben ein beträchtliches Potenzial zur frühen Erfassung neuer Trends bei importierten Infektionen mit einer möglichen regionalen, nationalen oder globalen Bedeutung.

Durch jeden Partner von TropNetEurop erfolgt eine anonymisierte und standardisierte Erfassung von Patienten. Die Daten werden kontinuierlich an die koordinierende Stelle in München weitergeleitet und dort ausgewertet. Im Anschluss an die Aufbauphase des Netzwerkes, die im Februar 1999 begonnen hat, wird TropNetEurop als Mittel zur Erfassung eines breiten Spektrums importierter Infektionskrankheiten dienen können, insbesondere auch solcher, die nicht meldepflichtig sind. Weiterhin ergibt sich hier erstmals eine Kooperation auf europäischer Ebene, die neben der Information nationaler Gesundheitssysteme auch zur Erfolgskontrolle derselben eingesetzt werden kann. Über den epidemiologischen Aspekt hinaus wird der europaweite Zusammenschluss infektiologischer Zentren die Möglichkeit eröffnen,

multizentrische Forschungsprojekte mit vergleichsweise geringem Aufwand ins Leben zu rufen und zu koordinieren.

Aktuell besteht TropNetEurop aus 29 Partnern, die sich aus den führenden infektiologischen und tropenmedizinischen Institutionen in 14 europäischen Ländern rekrutieren. Aus Deutschland arbeiten 7 Kliniken bzw. Institute mit. Das Netzwerk erhält derzeit keine nennenswerte finanzielle Unterstützung. Meldungen erfolgen per Fax mittels standardisierten Fragebogen, die Daten werden in München erfasst und ausgewertet. Die Entwicklung eines elektronischen Meldesystems ist avisiert. TropNetEurop ist als offizielle Initiative von TropMedEurop, dem Zusammenschluss aller tropenmedizinischen Institute Europas, anerkannt worden. Enge Kooperation bestehen bereits mit der International Society of Travel Medicine und den Centers of Disease Control. Arbeitskontakte bestehen mit dem Robert Koch-Institut, der Europäischen Gemeinschaft und der WHO. Erste Forschungsprojekte zu klinischen Fragestellungen sind bereits innerhalb des Netzwerkes realisiert. – Bisher nicht beteiligte Kliniken mit geeigneten Patienten werden auf die Möglichkeit der Mitarbeit hingewiesen.

Für diesen Bericht danken wir dem Koordinator des TropNetEurop, Herrn Dr. Tomas Jelinek, Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin, Medizinische Klinik, Klinikum Innenstadt, Ludwig-Maximilians-Universität. Er steht für weitere Informationen zur Verfügung: Leopoldstr. 5, 80802 München, Fax: 089/33 61 12, E-Mail: jelinek@lrz.uni-muenchen.de.

Ziele und erwartete Ergebnisse von TropNetEurop:

1. Das Identifizieren neuer Trends bei importierten Infektionskrankheiten, die von Bedeutung für das öffentliche Gesundheitswesen in Europa sein könnten, durch das Erfassen von Erkrankungen bei Reisenden im internationalen Verkehr, Immigranten und Besuchern;
2. das Identifizieren neuer Trends bei spezifisch pathogenen Erregern (einschließlich ihrer Resistenz gegenüber Medikamenten), klinischen Verläufen und den Risikofaktoren der Entstehung und Ausbreitung von Infektionen in der erfassten Population;
3. das Entwickeln und Erproben innovativer und effektiver Methoden zur Datenerfassung und -analyse im Hinblick auf schnelle Identifizierung neuer Trends bei importierten Infektionskrankheiten;
4. das Entwickeln und Erproben von Kommunikationsstrategien zur schnellen Übermittlung relevanter Informationen an öffentliche Gesundheitsdienste in Europa sowie ggf. an niedergelassene Ärzte, Regierungsbehörden oder die Öffentlichkeit;
5. das Bereitstellen von epidemiologischen Informationen und klinischer Kompetenz für detaillierte Untersuchungen und ggf. auch Interventionsmaßnahmen durch öffentliche Gesundheitsdienste;
6. das Unterstützen der epidemiologischen und klinisch-infektiologischen Ausbildung in Europa und des internationalen Daten- und Erfahrungsaustausches bezüglich neuer infektiologischer Probleme;
7. das Schaffen einer soliden Basis für multizentrische klinische Forschungsprojekte zu infektiologischen Fragestellungen in Europa.

Kooperierende Partner innerhalb des europäischen Netzwerkes für importierte Infektionskrankheiten (TropNetEurop)

- 1 Division of Infectious Diseases, Tropical Medicine and AIDS, Travel Immunization Clinic, Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands
Dr. F. Cobelens
- 2 Prins Leopold Instituut voor Tropische Geneskunde, Clinical Services, Antwerp, Belgium
Dr. J. Clerinx
- 3 Sección de Medicina Tropical, Hospital Clinic, Barcelona, Spain
Prof. Dr. M. Corachán
- 4 Swiss Tropical Institute, Basel, Switzerland
Dr. C. Hatz
- 5 Institut für Tropenmedizin, Berlin, Germany
Prof. Dr. U. Bienzle
- 6 Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Infektiologie, Charite/Campus Virchow-Klinikum, Berlin, Germany
Dr. M. Grobusch
- 7 Clinica di Malattie Infettive e Tropicali, Università di Brescia, Italy
Prof. Dr. F. Castelli
- 8 Centre of Medical Parasitology, University of Copenhagen, Denmark
Prof. Dr. I. Bygbjerg
- 9 Trinity College, Tropical Medical Bureau, Dublin
Dr. Graham Fry
- 10 Institute of Maritime and Tropical Medicine, Gdynia, Poland
Prof. Dr. A. Kotłowski
- 11 Institute de Médecine Sociale et Préventive, Centre Médical Universita, Geneve, Switzerland
Prof. Dr. L. Loutan
- 12 Imperial College School of Medicine, Dept. of Infection & Tropical Medicine, Harrow, Middlesex, UK
Prof. Dr. G. Pasvol
- 13 Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen, Universität Heidelberg, Germany
Dr. T. Junghans
- 14 Epidemiological Services, Military Medical Academy, Hradec Kralove, Czech Republic
Dr. J. Beran
- 15 Schifffahrtsmedizinisches Institut der Marine, Infektion-, Tropen- und Präventivmedizin, Kronshagen, Germany
Dr. G. Boeken
- 16 Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisbon, Portugal
Prof. Dr. J. Costa
- 17 Hospital for Tropical Diseases Travel Clinic, London, UK
Dr. R. Behrens
- 18 Hospital Carlos III, Department of Infectious Diseases, Madrid, Spain
Dr. A. Benito
- 19 Centre de Formation et de Recherche en Médecine et Santé Tropicale, Faculté de Médecine, Marseille, France
Prof. J. Delmont
- 20 Department of Infectious Diseases & Tropical Medicine, University of Munich, Germany
Dr. T. Jelinek (Koordinator)
- 21 The Centre for Tropical Medicine, John Radclif Hospital, Oxford, UK
Prof. Dr. D. Warrell
- 22 Centro per le Malattie Tropicali, Ospedale S. Cuore, Negrar (Verona), Italy
Dr. Z. Bisoffi
- 23 Institut de Médecine et Epidemiologie Africaine, IMEA, Hôpital Bichat - Claude Bernard, Paris, France
Prof. Dr. J.P. Coulaud
- 24 Tropical Medicine Laboratory, Praha, Czech Republic
Dr. I. Rubik
- 25 Harbour Hospital & Institute for Tropical Diseases, Rotterdam
Dr. D. Overbosch
- 26 Karolinska Hospital, Department of Medicine, Unit of Infectious Diseases, Stockholm, Sweden
Prof. Dr. S. Britton
- 27 Institut für Tropenmedizin, Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Germany
Prof. Dr. J. Knobloch
- 28 Institut für Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin, Universität Wien, Austria
Prof. Dr. H. Kollaritsch
- 29 Missionsärztliche Klinik, Würzburg, Germany
Prof. Dr. K. Fleischer

Publikationshinweis: Die neue Gesundheitspolitik der Europäischen Union

Vom 27.–29. Januar 1999 fand in Potsdam die Konferenz »Die neue Gesundheitspolitik der Europäischen Union, Erfahrungen - Anforderungen - Perspektiven« statt, die vom Robert Koch-Institut, unterstützt vom Bundesministerium für Gesundheit und der EU, durchgeführt wurde (s. a. Epid. Bull. 5/99: 29). In einem Ende 1999 erschienenen zweisprachigen (Englisch/Deutsch) Tagungsbericht (Herausgeber: Bärbel-Maria Bellach, RKI, Hans Stein, BMC) wird über die Ergebnisse der Konferenz berichtet. Darüber hinaus wird die Entwicklung der europäischen Gesundheitspolitik unter den neuen Anforderungen durch den geplanten Beitritt zentral- und osteuropäischer Länder in die EU erörtert. Mit der Darstellung und

Bewertung unterschiedlicher Aspekte europäischer Gesundheitspolitik wollen die Herausgeber die weitere Diskussion anregen und die gemeinsame Entwicklung fördern.

»The new Public Health Policy of the European Union/Die neue Gesundheitspolitik der Europäischen Union« Tagungsbericht. Urban und Vogel Medien und Medizin, München 1999. ISBN 3-86094-114-3. Bezug über den Buchhandel, Einzelexemplare sind – soweit der Vorrat reicht – auch im Robert Koch-Institut verfügbar (Frau C. Lange, General-Pape-Str. 62–66, 12101 Berlin, Tel.: 01888/754–3409, Fax: –3513).

Wochenstatistik ausgewählter meldepflichtiger Infektionskrankheiten

50. Woche (13.12.1999 – 19.12.1999)

Land	Enteritis infectiosa						Virushepatitis								
	Salmonellose			übrige Formen			Hepatitis A			Hepatitis B			übrige Formen		
	50.	1.–50.	1.–50.	50.	1.–50.	1.–50.	1.–50.	1.–50.	1.–50.	50.	1.–50.	1.–50.	50.	1.–50.	1.–50.
	1999		1998	1999		1998	1999		1998	1999		1998	1999		1998
Regierungsbezirk	1999		1998	1999		1998	1999		1998	1999		1998	1999		1998
Baden-Württemberg	84	9563	9563	69	7128	7747	3	292	301	4	309	328	7	326	266
Stuttgart	29	3493	3611	18	2066	2328		97	91	1	85	102	1	59	67
Freiburg	26	1701	1999	26	1420	1383	2	54	53	1	42	41	2	43	26
Karlsruhe	7	2668	2324	9	2301	2655		105	115	1	112	116	3	182	147
Tübingen	22	1701	1629	16	1341	1381	1	36	42	1	70	69	1	42	26
Bayern	125	12040	14121	139	10561	11990	15	442	532	8	784	842	24	1165	1107
Oberbayern	42	3890	4355	64	4628	5381	9	211	196	2	343	309	5	510	425
Niederbayern	9	1278	1508	12	990	1202	2	22	12	1	78	101	4	182	219
Oberpfalz	12	1001	1032	11	677	802	1	28	25	2	50	55	3	78	76
Oberfranken	13	1046	1384	5	766	681	1	23	36		84	61	2	51	67
Mittelfranken	12	1538	1421	22	1218	1427		66	181		110	118	5	225	152
Unterfranken	15	1142	1697	9	681	898		28	41	3	62	78	3	51	60
Schwaben	22	2145	2724	16	1601	1599	2	64	41		57	120	2	68	108
Berlin	30	2714	3393	70	3796	3676	9	197	331	1	145	180		92	94
Brandenburg	42	3345	4635	166	5970	6295		32	63	1	48	41		25	27
Bremen	12	620	648	8	750	656		23	36		30	45		58	75
Hamburg	26	1855	2821	54	3100	3571	3	151	249	1	144	214	2	160	95
Hessen	55	5494	5668	80	4233	4387	2	373	311	6	439	387	21	518	444
Darmstadt	28	3115	3185	43	2521	2483	2	249	223	2	240	181	8	166	131
Gießen	16	921	1117	7	592	749		74	41	1	68	81	1	71	91
Kassel	11	1458	1366	30	1120	1155		50	47	3	131	125	12	281	222
Mecklenburg-Vorp.	34	3219	3859	80	5166	3999		13	31		23	35	3	23	17
Niedersachsen	109	8011	8840	131	8876	8005	6	262	354	10	470	646	11	605	743
Braunschweig	14	1582	1693	28	1236	1045	3	67	75	1	156	173	4	154	219
Hannover	31	1884	2010	32	2687	2221	2	84	118	2	104	218	2	130	214
Lüneburg	27	1657	1953	14	2113	1732	1	27	61	2	90	116	2	115	133
Weser-Ems	37	2888	3184	57	2840	3007		84	100	5	120	139	3	206	177
Nordrhein-Westfalen	167	15382	16586	396	19469	20592	24	834	911	37	1345	1442	48	1993	2090
Düsseldorf	55	4538	4491	117	5263	6002	7	226	307	14	415	432	12	504	570
Köln	48	3911	4593	93	4555	4213	9	240	252	10	379	421	17	687	564
Münster	22	2279	2595	85	3196	3474	4	128	88	1	115	125	2	117	65
Detmold	18	1640	1755	30	2045	2409	1	46	59	3	180	199	9	375	440
Arnsberg	24	3014	3152	71	4410	4494	3	194	205	9	256	265	8	310	451
Rheinland-Pfalz	66	5028	5048	57	4496	5096	2	126	159	8	340	376	11	439	534
Koblenz	22	1860	1722	20	1605	1532	2	57	53	2	112	117	9	307	301
Trier	13	689	863	5	628	943		5	17	2	23	22	2	26	37
Rheinl.-Pf.	31	2479	2463	32	2263	2621		64	89	4	205	237		106	196
Saarland	11	844	913	60	1713	2102	2	41	91		38	68	1	16	25
Sachsen	41	5562	6828	523	16958	14832		49	71	7	72	65	2	49	44
Chemnitz	18	2046	2669	244	6153	4649		21	21	1	21	24	1	22	16
Dresden	13	2087	2306	221	7221	6007		16	34		13	24	1	14	9
Leipzig	10	1429	1853	58	3584	4176		12	16	6	38	17		13	19
Sachsen-Anhalt	62	3434	4157	105	6458	6647	1	21	63	2	57	40	3	93	81
Schleswig-Holstein	36	2595	3526	34	3233	3445	1	85	111		89	157	1	106	142
Thüringen	44	3812	4052	84	5303	5720	1	45	47	1	43	42		63	43
Gesamt	944	83518	94658	2056	107210	108760	69	2986	3661	86	4376	4908	134	5731	5827

50. Woche (13.12.1999 – 19.12.1999)

Wochenstatistik ausgewählter meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Meningitis/Enzephalitis										Shigellose			Land		
Meningokokken-M.			andere bakterielle M.			Virus-Meningoenzeph.			übrige Formen						
50.	1.–50.	1.–50.	50.	1.–50.	1.–50.	50.	1.–50.	1.–50.	50.	1.–50.	1.–50.	50.	1.–50.	1.–50.	Regierungsbezirk
1999	1998	1998	1999	1998	1998	1999	1998	1998	1999	1998	1998	1999	1998	1998	
2	84	49		116	86	1	133	125		78	64	1	238	250	Baden-Württemberg
	30	25		54	33	1	53	40		30	31		52	80	Stuttgart
1	16	11		15	31		51	32		11	5	1	88	54	Freiburg
	17	7		26	14		20	35		22	10		55	58	Karlsruhe
1	21	6		21	8		9	18		15	18		43	58	Tübingen
2	93	90	2	166	185	3	156	136	3	145	145	4	234	277	Bayern
1	33	34	1	65	60	2	57	28		38	34	3	144	166	Oberbayern
	11	15		14	14	1	8	11	1	11	22		4	13	Niederbayern
1	11	7		6	9		10	13		5	8		12	15	Oberpfalz
	4	9		21	25		26	26	1	28	31		21	14	Oberfranken
	5	8		17	20		12	19		22	12		21	29	Mittelfranken
	10	9		16	27		21	29		18	9		6	11	Unterfranken
	19	8	1	27	30		22	10	1	23	29	1	26	29	Schwaben
	18	34	1	55	53		26	76		13	25		95	110	Berlin
	34	23		35	50	1	20	36		7	4	1	36	35	Brandenburg
	3	5	1	7	4		2	1			1		7	6	Bremen
2	29	16	1	17	21		3	7		5	13	2	69	57	Hamburg
1	37	42		130	125		78	46		13	17		94	90	Hessen
1	23	25		92	88		45	35			11		71	66	Darmstadt
	9	8		10	14		19	6			2		8	7	Gießen
	5	9		28	23		14	5		13	4		15	17	Kassel
	26	22	1	28	37		12	22		2			17	18	Mecklenburg-Vorp.
1	57	54	4	130	143	1	50	72	2	122	110		79	51	Niedersachsen
1	8	11	1	20	24	1	11	27		17	20		34	20	Braunschweig
	14	9		23	52		11	16	1	58	30		14	4	Hannover
	10	17	2	42	31		16	5		18	27		12	9	Lüneburg
	25	17	1	45	36		12	24	1	29	33		19	18	Weser-Ems
3	178	192	3	262	230		177	147	1	303	130	2	134	151	Nordrhein-Westfalen
	52	51	2	69	60		45	40		49	17		14	21	Düsseldorf
3	53	47		53	37		32	15		19	18	1	65	76	Köln
	22	23	1	25	22		11	6	1	64	29		18	12	Münster
	20	29		24	28		8	11		58	14		16	26	Detmold
	31	42		91	83		81	75		113	52	1	21	16	Arnsberg
	28	34	2	45	50	1	38	26		46	30		94	71	Rheinland-Pfalz
	10	12	1	27	32	1	29	22		14	16		17	17	Koblenz
	4	3		5	4			1		1	1		8	5	Trier
	14	19	1	13	14		9	3		31	13		69	49	Rheinl.-Pf.
	10	12	1	16	13		16	13		15	23		13	10	Saarland
	37	32	2	85	50	1	65	112		2	1	3	190	200	Sachsen
	13	7	2	37	26		16	38		1		1	48	51	Chemnitz
	13	15		28	14		26	32		1	1		63	84	Dresden
	11	10		20	10	1	23	42				2	79	65	Leipzig
	25	23		41	50		22	38				2	106	78	Sachsen-Anhalt
	18	22	1	32	33		5	7	1	10	15		28	22	Schleswig-Holstein
1	18	27		30	18		6	9		11	24	2	120	128	Thüringen
12	695	677	19	1195	1148	8	809	873	7	772	602	17	1554	1554	Gesamt

Wochenstatistik – andere meldepflichtige Infektionskrankheiten

50. Woche (13.12.1999 – 19.12.1999)

Krankheit	50. Woche 1999	1.–50. Woche 1999	1.–50. Woche 1998	1.–52. Woche 1998
Botulismus		18	23	23
Brucellose		21	15	17
Cholera		3	5	5
Diphtherie		1	1	1
Fleckfieber			1	1
Gasbrand	1	89	110	114
Gelbfieber		1		
Hämorrh. Fieber		14	8	8
Lepra		6	5	5
Leptospirose, M. Weil		19	17	17
Leptospirose, sonstige	1	23	22	23
Malaria	16	877	958	997
Milzbrand				
Ornithose		105	148	156
Paratyphus		85	61	61
Pest				
Poliomyelitis				
Q-Fieber		275	148	150
Rotz				
Rückfallfieber		1	1	1
Tetanus		8	7	7
Tollwut				
Trachom		2	1	2
Trichinose		22	28	51
Tularämie		2	3	3
Typhus	1	106	76	76
<i>angeborene</i>				
Listeriose	1	30	39	41
Lues		5	6	6
Rötelnembryopathie		4	4	4
Toxoplasmose	1	30	21	21
Zytomegalie	1	23	10	14

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.

Impressum**Herausgeber**

Robert Koch-Institut

RedaktionNordufer 20
13353 Berlin

Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl (v. i. S. d. P.)

Tel.: 01888.754-2457

E-Mail: kiehllw@rki.de

Sylvia Fehrmann

Tel.: 01888.754-2455

E-Mail: fehrmanns@rki.de

Fax.: 01888.754-2459

Vertrieb und AbonentenserviceVertriebs- und Versand GmbH
Düsterhauptstr. 17

13469 Berlin

Abo-Tel.: 030.403-3985

Das Epidemiologische Bulletin

gewährleistet im Rahmen des infektions-epidemiologischen 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 für einen Unkostenbeitrag von DM 96,- per Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit DM 8,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die **aktuelle** Ausgabe des Epidemiologischen Bulletins kann über die Fax-Abruf-funktion (Polling) unter 01888.754-2265 abgerufen werden.

Die Ausgaben ab 1997 stehen im Internet unter <http://www.rki.de> zur Verfügung.

Druck

Paul Fieck KG, Berlin

Nachdruck

mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu werblichen Zwecken.

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A14273