

Epidemiologisches Bulletin



**Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten**

2/96

Zum Fortgang der Influenza-Epidemie in Deutschland

Im Norden und Osten Gipfel überschritten, im Süden und Westen weiterer Anstieg

In Deutschland läuft in der Saison 1995/96 eine Influenzaepidemie von mittlerem Ausmaß ab, die deutliche örtliche und zeitliche Unterschiede aufweist. Klinische und virologische Befunde zeigen auch, daß die gegenwärtig zu beobachtenden grippalen Erkrankungen nicht ausschließlich durch Influenzaviren verursacht werden.

Die Daten des bundesweiten Sentinel der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) bestätigten den bereits in der Vorwoche beschriebenen unterschiedlichen zeitlichen Ablauf des Geschehens. Zunächst waren besonders die Bundesländer im Norden und Osten Deutschlands betroffen. Hier wurde bereits um die Jahreswende der Gipfel erreicht und teilweise überschritten. Aus den beteiligten Arztpraxen im Süden und Westen Deutschlands wurde übereinstimmend noch in der ersten Woche 1996 über einen anhaltenden Anstieg der Neuerkrankungen berichtet. Die Abbildung 1 zeigt die aktuellen Anteile akuter respiratorischer Erkrankungen an den Arztkonsultationen für Deutschland insgesamt und für

Diese Woche:

Influenza aktuell

Diphtherie in der GUS

Gelbfieber in Liberia

Ebola-Fieber

**ANOMO-Studie
publiziert**

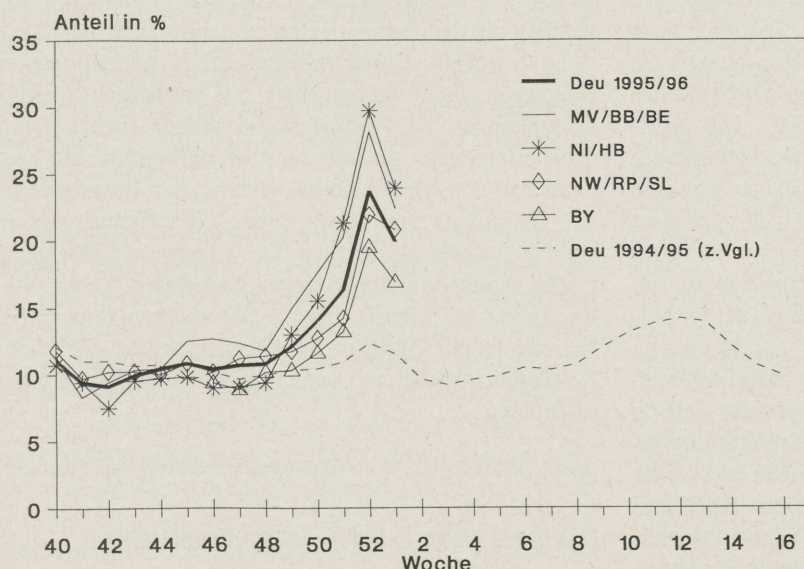


Abb. 1 Aktuelle Ergebnisse des Sentinel der AGI: Anteil der ARE an den Arztkonsultationen

16. Januar 1996

ROBERT KOCH
RKI
INSTITUT

ausgewählte Regionen. Bei der Betrachtung der Abbildung ist besonders zu beachten, daß die ermittelten Werte der 52. Woche unreal hoch sind, weil die Zahl der Meldepraxen um die Jahreswende üblicherweise vorübergehend zurückgeht und in den meldenden Praxen zu dieser Zeit eine besondere Häufung akuter Erkrankungen zu verzeichnen ist. Das sind Grenzen dieser Methode der Sentinel-Erhebung, die berücksichtigt werden müssen.

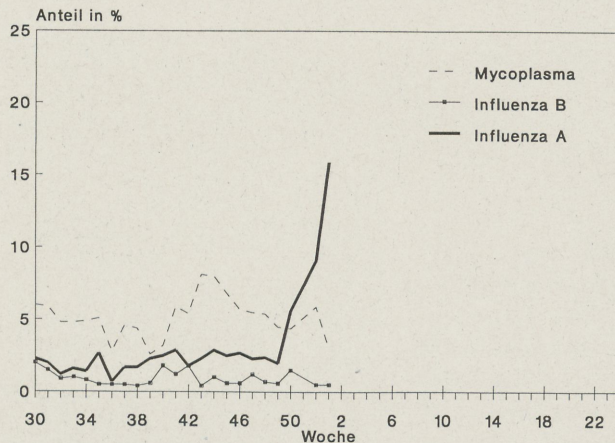


Abb. 2 Labor-Sentinel der neuen Bundesländer:
Anteile positiver serologischer Befunde bei akuten respiratorischen Erkrankungen

Die aus dem Labor-Sentinel vorliegenden serologischen Ergebnisse aus den östlichen Bundesländern weisen einen weiteren Anstieg der Influenzavirus-A-Positivrate aus, die jetzt bei 15,9% liegt (Abb. 2). Ein höherer Wert (21,7%) wurde letztmalig im Jahr 1990 (A/H3N2) erreicht.

Im Nationalen Referenzzentrum für die Influenzaüberwachung in Hannover liegen aus dieser Saison bisher insgesamt 20 Influenzavirus-A-Isolate vor. Von diesen wurden 17 als Subtyp H3N2 typisiert, sie stammen aus Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen und Thüringen. Damit wurde weiter bekräftigt, daß die gegenwärtige, überwiegend epidemische Häufung von Influenza fast ausschließlich durch Influenzavirus A des Subtyps H3N2 verursacht wird. Die Einschätzung, daß die isolierten Influenza-A(H3N2)-Stämme der im diesjährigen Impfstoff enthaltenen aktuellen Driftvariante „A/Johannesburg/33/94“ ähnlich sind, wurde bestätigt. Die übrigen 3 Influenzavirus-Isolate wurden dem Subtyp H1N1 zugeordnet (Herkunft: Baden-Württemberg, Bayern, Hessen). Auch die Stämme des Subtyps H1N1 entsprechen der im Impfstoff enthaltenen Variante. – Die bisher isolierten Stämme beider Subtypen sind untereinander sehr ähnlich. In anderen Viruslaboratorien liegen bereits weitere Isolate vor, deren Übersendung an das Nationale Referenzzentrum noch aussteht (so z.B. 8 A(H3N2)-Stämme aus Sachsen).

Berichte aus dem Ausland

Diphtherie in der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS)

Am Jahresende ist festzustellen, daß sich der Anstieg der Diphtherie in den Staaten der GUS in diesem Jahr – wie zu befürchten war – insgesamt noch fortgesetzt hat. Gegenüber 47.261 Erkrankungen im Jahr 1994 werden 1995 nach einer Einschätzung des WHO-Regionalbüros in Kopenhagen um 60.000 Erkrankungsfälle gemeldet werden (geschätzt wurden allerdings ursprünglich 100.000 bis 200.000). Die Hälfte dieser Fälle trat in Rußland auf, dort kam das Fortschreiten der Epidemie durch erfolgreiche Impfkampagnen jetzt zum Stehen, d.h. es wurde zunächst kein Anstieg mehr registriert. In den übrigen Staaten der GUS – ganz besonders in Mittelasien – war dagegen noch eine kräftige Zunahme zu verzeichnen, die den Gesamtanstieg bewirkte. Das RKI weist in diesem Zusammenhang noch einmal darauf hin, daß Reisende in diese Staaten unbedingt über einen aktuellen Impfschutz verfügen sollten. Dieser wird bei bisher nicht Geimpften durch eine Grundimmunisierung (komplett drei Impfungen, davon vor einer Ausreise mindestens zwei) und bei bereits früher vollständig immunisierten Personen durch eine Auffrischimpfung 10 Jahre nach der letzten Impfung erreicht. In den nächsten Wochen werden wir auf der Basis der gegenwärtig von der WHO vorgenommenen Auswertung der Situation eine ausführlichere Analyse des Fortgangs dieser Epidemie im Bulletin vorlegen.

Quelle: WHO Kopenhagen

Gelbfieber in Liberia und Sierra Leone

Der Gelbfiebersausbruch in Liberia (Epidemiologisches Bulletin 23/95) hat sich weiter ausgedehnt. Bis zum 29.12.95 wurden der WHO 359 Erkrankungen, darunter 9 Fälle mit einem tödlichen Ausgang, gemeldet. Hauptsächlich ist der Bezirk Bassa, daneben auch der Bezirk Bong betroffen. Einige Verdachtsfälle wurden aus der Hauptstadt Monrovia gemeldet. Die tatsächliche Zahl der Erkrankungen wird höher veranschlagt, ebenso ist die genaue regionale Verbreitung noch unbekannt. Ein bestätigter Fall von Gelbfieber trat jetzt auch in der angrenzenden Ostprovinz von Sierra Leone (in Kenema) auf. Sowohl in Liberia als auch in Sierra Leone werden gegenwärtig Massenimpfungen gegen Gelbfieber durchgeführt. Reisende nach Liberia (über 1 Jahr alt) benötigen für die Einreise einen gültigen Impfschutz gegen Gelbfieber, Reisenden nach Sierra Leone wird dies ebenfalls dringend empfohlen.

Quellen: WHO WER 51–52/95 und Epidemiological Bulletin der WHO v. 29.12.95

Zum Ebola-Fieber in der Republik Elfenbeinküste

Der 25jährige Liberianer, der im Krankenhaus von Gozon (Elfenbeinküste), nahe der Grenze zu Liberia, isoliert worden war und dessen Erkrankung am 06.12.95 als Ebola-Fieber bestätigt wurde (Epidemiologisches Bulletin

23/95), ist inzwischen genesen und wurde entlassen. Alle Kontaktpersonen in der Familie und im Krankenhaus waren nachweislich frei von Zeichen einer Infektion durch das Ebola-Virus. Damit handelte es sich in diesem Fall um eine einzige sporadische Erkrankung in diesem Gebiet.

Das Ebola-Virus gehört zu den für den Menschen pathogensten Erregern, etwa 80% der Infektionen enden tödlich. Der natürliche Wirt dieses Virus ist immer noch unbekannt. Seine Identifikation wäre der Schlüssel zur Aufklärung der Übertragung auf den Menschen, zur Einschätzung des Risikos von Ausbrüchen beim Menschen und zur gezielten Verhütung solcher Ausbrüche. Deshalb fahnden Experten seit längerer Zeit intensiv nach dem

Reservoir des Virus. Die WHO nahm den jüngsten Erkrankungsfall zum Anlaß, eine zweijährige Studie im Tai-Nationalpark in der Republik Elfenbeinküste zu starten, an der 12 Experten aus 10 Ländern mitwirken. Der Tai-Nationalpark ist ein geschützter Rest der westafrikanischen Regenwälder. Es handelt sich um ein gut definiertes und untersuchtes Ökosystem, von dem man aufgrund einzelner Fälle von Ebola-Fieber in den letzten Jahren weiß, daß der gesuchte Erreger hier präsent sein muß. Besonders untersucht werden sollen die Beziehungen zwischen den Primaten (Schimpansen), anderen Affen, weiteren Wirbeltieren und Arthropoden, die in diesen Wäldern leben.

Quellen: WHO WER 50/95 und 51-52/95; Epidemiological Bulletin der WHO v. 29.12.95; Press Release WHO/93 v. 15.12.95

Sentinel-Surveillance sexuell übertragbaren Krankheiten durch „Anonymes Monitoring in den Praxen niedergelassener Ärzte (ANOMO)“

Ergebnisse der ANOMO-Studie 1988 bis 1994 jetzt publiziert

Das Auftreten von HIV-Infektionen und AIDS in der Bundesrepublik Anfang der 80er Jahre verdeutlichte die Grenzen und die Unzulänglichkeit der klassischen Erhebungsinstrumente für sexuell übertragbare Krankheiten in besonderer Weise. Durch die freiwilligen anonymen Fallmeldungen der behandelnden Ärzte an das AIDS-Fallregister konnten zwar zuverlässige Daten zur Gesamtzahl, zur regionalen Verteilung und zu den Anteilen der verschiedenen Risikogruppen unter den bereits an AIDS Erkrankten gewonnen werden, eine zuverlässige Abschätzung des Bestandes der HIV-Infizierten – der HIV-Prävalenz – war jedoch auch mit der 1987 eingeführten Laborberichtsverordnung nicht zu erreichen. Es ging also darum, ein geeignetes Instrumentarium zu entwickeln, um die Häufigkeit neu aufgetretener Infektionen oder Erkrankungen (Inzidenz) und den Bestand an vorhandenen Fällen (Prävalenz) hinreichend genau abzuschätzen und zu beurteilen. Dies galt nicht nur für die HIV-Infektionen, sondern auch für die zur Beurteilung von Präventionsmaßnahmen wichtigen „klassischen“ sexuell übertragbaren Krankheiten.

Der seit 1988 in Form jährlicher Querschnittsuntersuchungen durchgeführte ANOMO-Untersuchungsansatz stellt eine besondere Form der Systeme der sogenannten Meldepraxen oder Beobachtungpraxen (Sentinel-Systeme) dar. Im Unterschied zu anderen Meldepraxensystemen basiert der ANOMO-Ansatz auf einer repräsentativen Stichprobe von Praxen niedergelassener Ärzte ausgewählter Fachrichtungen. Das Ziehen einer repräsentativen Stichprobe garantiert ein repräsentatives Abbild der realen Situation und ist vor allem bei solchen Krankheiten von großer Bedeutung, bei denen die Betroffenen

bevorzugt ganz bestimmte Einrichtungen aufsuchen. Dies ist vor allem bei sozial stigmatisierten Krankheiten – wie bei sexuell übertragbaren Krankheiten einschließlich AIDS – der Fall.

Während die ANOMO-Studie die Einschätzung des RKI zur Ausbreitung der HIV-Epidemie bestätigt, wird ein dramatisches Erfassungsdefizit (Underreporting) bei den klassischen Geschlechtskrankheiten (und auch bei den Virushepatitiden) belegt. Zum Beispiel wurden im Jahr 1994 nach dem Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im gesamten Bundesgebiet insgesamt 5.212 Gonorrhoe-Erkrankungen gemeldet, dagegen ergab die Hochrechnung nach den Daten aus der ANOMO-Studie 54.700 Gonorrhoe-Erkrankungen (bei einem Konfidenzintervall (KI) von ± 7.800). Bei der Syphilis stehen 1.039 gemeldete Fälle einer nach der ANOMO-Hochrechnung ermittelten Zahl von 5.200 Fällen (KI ± 1.500) gegenüber.

Die bisher nur in Teilen vorgestellten Ergebnisse wurden jetzt im Rahmen der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit veröffentlicht (W. Kirschner und B. Schwartländer, „Sentinel-Surveillance von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten: Ergebnisse der ANOMO-Studie 1988 bis 1994“, Band 63, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 1996).

Wir freuen uns, daß wir mit der Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit dem derzeitigen Abonnementkreis des Epidemiologischen Bulletins des Robert Koch-Institutes in dieser Woche ein Gratisexemplar dieser interessanten und wichtigen Publikation übersenden können. Diejenigen unserer Leser, die das Epidemiologische Bulletin im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des RKI erhalten und an dieser Schrift interessiert sind, müssen wir bitten, sich an den Buchhandel zu wenden oder ihre Bestellung direkt an den Verlag zu richten.

Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten

Stand: 51. Woche (18.12. – 24.12.1995)

Land Regierungsbezirk	Enteritis infectiosa						Virushepatitis								
	Salmonellose			übrige Formen			Hepatitis A			Hepatitis B			übrige Formen		
	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.
	1995		1994	1995		1994	1995		1994	1995		1994	1995		1994
Gesamt	1138	113177	131022	924	73805	63302	107	6444	5355	105	5966	5034	108	4119	3180
Baden-Württemberg	161	12731	17501	71	6670	6134	8	560	553	3	397	515	7	278	463
Stuttgart	88	4800	6629	30	1909	1717	5	204	240	1	165	226	5	134	213
Freiburg	43	2416	3666	13	1468	1286	2	88	62		59	81		41	33
Karlsruhe	10	3476	3999	13	2170	1835		192	157		109	142	1	75	168
Tübingen	20	2039	3207	15	1123	1296	1	76	94	2	64	66	1	28	49
Bayern	157	16488	20139	156	7183	6277	17	617	515	37	832	515	42	716	366
Oberbayern	58	5160	6419	60	3265	2750	10	229	203	14	331	244	20	320	167
Niederbayern	11	2015	2876	16	667	556		45	30	1	103	36	6	107	15
Oberpfalz	16	1345	1664	16	556	502		46	12	3	67	20	1	35	9
Oberfranken	10	998	1537	5	310	209	1	47	41	6	59	32	10	55	21
Mittelfranken	13	1649	1676	21	905	965	2	99	80	5	103	77	1	94	90
Unterfranken	19	1661	2392	17	529	477	2	74	54	6	75	39	3	35	22
Schwaben	30	3660	3575	21	951	818	2	77	95	2	94	67	1	70	42
Berlin	23	3602	4055	18	1012	1109	14	785	602	3	301	313	5	152	86
Brandenburg	88	5411	6015	69	3841	3325	1	124	81		73	69		15	11
Bremen	13	706	606	12	484	465	1	30	23	2	49	53	6	81	50
Hamburg	29	2652	2717	23	1692	1850	9	346	321	3	262	372	4	260	382
Hessen	77	7987	8732	45	2743	2281	8	583	448	9	494	472	8	241	193
Darmstadt	42	4543	4967	16	1471	1238	2	406	306	4	313	312	4	118	94
Gießen	18	1504	1626	5	306	315	4	117	74	1	92	68	3	65	38
Kassel	17	1940	2139	24	966	728	2	60	68	4	89	92	1	58	61
Mecklenburg-Vorp.	37	4677	5962	33	3684	3064		57	26	1	45	52		10	9
Niedersachsen	97	9128	10166	37	5431	5465	3	425	488	6	909	646	1	520	453
Braunschweig *		2132	2201	*	860	914	*	87	138	*	146	148	*	67	73
Hannover *		2048	2420	*	1161	1192	*	121	140	*	269	197	*	191	168
Lüneburg	18	1513	1527	14	1269	1258		69	70	2	170	118	1	117	68
Weser-Ems	79	3435	4018	23	2141	2101	3	148	140	4	324	183		145	144
Nordrhein-Westfalen	184	20594	21700	207	16492	14280	38	2191	1675	27	1868	1333	21	1397	750
Düsseldorf	83	5864	6276	80	4531	3690	21	829	530	13	627	432	13	487	292
Köln *		5352	4702	*	2707	2153	*	477	457	*	356	274	*	310	161
Münster	37	3354	3718	40	2931	2670	10	319	215	4	172	130	2	70	46
Detmold	24	1920	2211	31	2015	1595	1	107	201	6	311	199	1	157	94
Arnsberg	40	4104	4793	56	4308	4172	6	459	272	4	402	298	5	373	157
Rheinland-Pfalz	88	7010	7028	43	3555	3285		175	175	10	317	251	11	229	206
Koblenz	17	2609	2598	11	1246	1029		77	51	3	92	75	2	67	37
Trier	23	1230	990	8	630	588		23	13	1	39	21	2	34	23
Rheinl.-Pf.	48	3171	3440	24	1679	1668		75	111	6	186	155	7	128	146
Saarland	9	1700	1825	19	1205	1133		67	50		60	90		34	89
Sachsen	70	8009	9532	74	9604	5750	1	106	108	1	97	93		24	26
Chemnitz	32	3023	3542	29	2999	1884	1	37	36	1	43	29		9	7
Dresden	28	3056	3383	31	3906	2414		36	49		41	33		5	4
Leipzig	10	1930	2607	14	2699	1452		33	23		13	31		10	15
Sachsen-Anhalt	52	5304	5991	49	4172	4110	3	100	71		58	70		19	20
Schleswig-Holstein	29	2817	3490	31	2141	1615	3	174	144	3	159	134	3	129	69
Thüringen	24	4361	5563	37	3896	3159	1	104	75		45	56		14	7

Stand: 51. Woche (18.12. – 24.12.1995)

Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten

Meningitis/Enzephalitis												Shigellose			Land Regierungsbezirk
Meningokokken-M.			andere bakterielle M.			Virus-Meningoenzeph.			übrige Formen						
51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.	
1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1994	
11	650	700	16	913	1056	10	716	1293	6	520	1518	14	1846	2270	Gesamt
	73	79	1	88	116	1	155	179		25	286	3	294	497	Baden-Württemberg
	20	24	1	38	41		77	61		8	133	2	62	144	Stuttgart
	14	19		12	22	1	37	56		6	12		61	94	Freiburg
	29	22		22	42		29	36		7	133	1	75	89	Karlsruhe
	10	14		16	11		12	26		4	8		96	170	Tübingen
3	82	83	3	134	166	1	101	174	2	86	154	5	346	352	Bayern
1	36	33		41	48		11	22		13	12	3	219	203	Oberbayern
1	4	7		13	7		20	14		3	24		30	10	Niederbayern
	7	6		7	14		12	10		8	7	2	9	7	Oberpfalz
	6	12	2	26	27	1	26	23		26	49		6	10	Oberfranken
	7	5		18	16		10	12		13	18		41	39	Mittelfranken
1	8	7		9	12		3	12		10	17		5	14	Unterfranken
	14	13	1	20	42		19	81	2	13	27		36	69	Schwaben
1	24	25	2	28	33		15	12		53	65	1	156	147	Berlin
1	22	29		36	41		22	46		7	28		109	82	Brandenburg
	8	7	1	15	8		1			1	2		6	10	Bremen
	19	16		13	12		11	12		6	16	2	62	57	Hamburg
	47	53	2	83	68	1	29	51		32	125	1	86	134	Hessen
	37	30		51	39	1	14	31		24	85	1	77	88	Darmstadt
	5	7		13	18		8	15		3	4		4	12	Gießen
	5	16	2	19	11		7	5		5	36		5	34	Kassel
1	34	39		25	28	1	24	69			1		24	147	Mecklenburg-Vorp.
1	51	59	2	92	100		39	71		72	178		75	70	Niedersachsen
*	12	8	*	30	29	*	17	49	*	13	39	*	26	22	Braunschweig
*	7	15	*	11	25	*	2	8	*	29	101	*	10	14	Hannover
	13	16	1	16	22		6	3		8	12		2	7	Lüneburg
1	19	20	1	35	24		14	11		22	26		37	27	Weser-Ems
	133	115	2	205	240	2	142	335	1	150	343		175	178	Nordrhein-Westfalen
	28	38	1	38	51		44	67		14	66		23	31	Düsseldorf
*	29	17	*	47	42	*	17	31	*	8	33	*	64	73	Köln
	18	23		34	33	1	7	22	1	48	74		14	8	Münster
	20	10		26	40		16	66		3	22		49	48	Detmold
	38	27	1	60	74	1	58	149		77	148		25	18	Arnsberg
2	28	46		50	103		29	135	3	45	282		92	110	Rheinland-Pfalz
	10	17		32	51		21	95	1	19	55		36	18	Koblenz
1	2	10		1	3		2	1		3	2		8	16	Trier
1	16	19		17	49		6	39	2	23	225		48	76	Rheinl.-Pf.
	6	14		21	21	1	15	11		23	14	1	5	14	Saarland
	37	45		58	37	3	75	105		3		1	260	277	Sachsen
	9	13		23	9		15	44					62	62	Chemnitz
	14	20		25	16	2	39	30		3		1	113	92	Dresden
	14	12		10	12	1	21	31					85	123	Leipzig
1	41	44	3	31	41		26	50			1		65	63	Sachsen-Anhalt
	21	25		15	23		14	19		17	23		21	20	Schleswig-Holstein
1	24	21		19	19		18	24					70	112	Thüringen

Wochenstatistik - andere meldepflichtige Infektionskrankheiten

Stand: 51. Woche (18.12. – 24.12.1995)

Krankheit	51. Woche	1.-51. Woche	1.-51. Woche	1.-52. Woche
	1995	1995	1994	1994
Botulismus	5	12	13	13
Brucellose	1	36	27	27
Cholera		1	7	7
Diphtherie		4	6	6
Fleckfieber		3	1	1
Gasbrand	3	133	134	138
Gelbfieber				
Hämorrh. Fieber			1	1
Lepra		2	5	5
Leptospirose, M. Weil	2	24	17	17
Leptospirose, sonstige		20	11	11
Malaria	19	924	799	814
Milzbrand			1	1
Ornithose	4	179	133	136
Paratyphus		96	114	114
Pest				
Poliomyelitis		4	1	1
Q-Fieber		45	64	64
Rotz				
Rückfallfieber			1	1
Tetanus	1	12	17	17
Tollwut				
Trachom		9	4	4
Trichinose		10		
Tularämie		2	5	5
Typhus	5	159	172	174
angeborene				
Listeriose	2	38	21	22
Lues		4	6	7
Rötelnembryopathie		2	1	1
Toxoplasmose		23	24	24
Zytomegalie		13	15	17

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.

Herausgeber:
Robert Koch-Institut
Bundesinstitut
für Infektionskrankheiten und
nicht übertragbare Krankheiten



Fachgruppe
Infektionsepidemiologie
Reichpietschauer 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 66

Das *Epidemiologische Bulletin* soll 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 – gewährleisten und damit der Optimierung der Prävention dienen.

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).

Jahresabonnement DM 96,00
in Verbindung mit der vierteljährlich erscheinenden Zeitschrift *Infektionsepidemiologische Forschung (InfFo)*.
Kündigung bis 4 Wochen vor Ablauf.

Das *Epidemiologische Bulletin* kann über die Fax-Abbruffunktion (Polling) unter der Nummer 030 / 45 47 – 22 65 abgerufen werden.

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

Druck
Paul Fieck KG, Berlin

Nachdruck
mit Quellenangabe gestattet