

Epidemiologisches *Bulletin*



**Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten**

10/96

Hepatitis A in einer Gemeinschaftseinrichtung

Maßnahmen des Infektionsschutzes

Regelungen zur Infektionsprophylaxe bei verschiedenen Krankheiten, wie z.B. im Merkblatt Nr. 26 **Richtlinien für die Wiederzulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen** des ehemaligen BGA, müssen regelmäßig auf ihre Aktualität und Praktikabilität überprüft werden. Verschiedene Anfragen aus Gesundheitsämtern und von Ärzten zur Prophylaxe und zur Dauer des Infektionsrisikos bei der Virushepatitis unterstreichen, daß gerade bei den verschiedenen Formen dieser Krankheit Aktualisierungen erforderlich geworden sind, die den gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen. Das RKI wird im Laufe dieses Jahres eine vollständige Neufassung des alten Merkblattes Nr. 26 erarbeiten. Im Vorgriff darauf werden hier nachfolgend zunächst Empfehlungen zur Hepatitis A gegeben.

Epidemiologische Grundlagen

Bei der Hepatitis A handelt es sich um eine ausschließlich beim Menschen auftretende, akute Viruserkrankung. Als Infektionsquelle kommt folglich nur der infizierte Mensch in Frage, unabhängig davon, ob die Infektion symptomatisch oder asymptomatisch verläuft. Weil der Erreger nur mit dem Stuhl ausgeschieden wird, erfolgt die Übertragung fast ausschließlich fäkal-oral, entweder direkt über eine sogenannte »Schmierinfektion« auf Kontaktpersonen oder indirekt über Lebensmittel bzw. Trinkwasser sowie Gegenstände, falls diese durch infektiösen Stuhl kontaminiert wurden. Eine Übertragung über diese Vehikel ist – obwohl sich der Erreger nicht weiter vermehrt – möglich, weil das Virus im Stuhl des Infektiösen eine extrem hohe Konzentration erreichen kann.

Ein enger körperlicher Kontakt ermöglicht erfahrungsgemäß Ansteckungen, so daß Familienangehörige, Kinder der gleichen Gruppe in einer Kindereinrichtung oder Spielkameraden erkrankter Kinder besonders infektionsgefährdet sind. Enges Zusammenleben und mögliche hygienische Probleme begünstigen die Weiterverbreitung in Gemeinschaftseinrichtungen aller Art. In den letzten Jahren haben allerdings Hepatitis-A-Infektionen, die im Ausland erworben wurden (z.B. durch den Verzehr von Muscheln oder anderen Lebensmitteln), eine zunehmende Bedeutung erlangt. Eine Übertragung über Blut ist prinzipiell möglich, wurde aber nur in seltenen Einzelfällen beobachtet. Wegen der kurzen Dauer der virämischen Phase und wegen der Untersuchung der Blutspender ist sie in der Praxis äußerst unwahrscheinlich.

Diese Woche:

**Hepatitis A
in Gemeinschafts-
einrichtungen**

**Fallbericht:
HTLV-1-Infektion**

**Kommission
Krankenhaushygiene
und Infektionsprävention
am RKI**

**Joint Workshop
der DVV und GfV**

12. März 1996

ROBERT KOCH
RKI INSTITUT

Nach neueren Erkenntnissen ist die Erregerkonzentration im Stuhl während der letzten beiden Wochen der Inkubationszeit am höchsten. Nach Ausbruch der klinischen Erkrankung sinkt die Erregerkonzentration im Stuhl rasch ab und ist nach ein, maximal zwei Wochen für eine Übertragung nicht mehr ausreichend. Nur bei infizierten Neugeborenen scheint eine Erregerausscheidung über Wochen bis Monate vorzukommen.

In anderen Ländern, z.B. in den USA und in Großbritannien, entsprechen die Festlegungen zu »Absonderungsmaßnahmen« für Personen, die an Hepatitis A erkrankt sind, bereits diesen neuen Erkenntnissen. Auch in der *Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention: Anforderungen der Hygiene an die Infektionsprävention bei übertragbaren Krankheiten* wird die Aufrechterhaltung der »Isolierung« (Einzelunterbringung, Desinfektionsmaßnahmen, Maßnahmen zum Schutz des Personals vor einer Kontamination) von Patienten mit Hepatitis A nur für eine Woche nach Auftreten des Ikterus für notwendig gehalten. Siehe dazu auch:

Control of Communicable Diseases Manual: An official report of the American Public Health Association. Sixteenth Edition. Washington, 1995

»The prevention of human transmission of gastrointestinal infections«, *Communicable Disease Report (London): Review Nr. 11, 13. Oktober 1995*

Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention: Anforderungen der Hygiene an die Infektionsprävention bei übertragbaren Krankheiten: Anlage zur Ziffer 5.1, Bundesgesundheitsblatt, Sonderheft Mai 1994

Definitionen

Erkrankung an Hepatitis A: Die Verdachtsdiagnose ergibt sich aus typischen klinischen Symptomen und/oder Laborbefunden, die Diagnose »Hepatitis A« wird durch den Nachweis von anti-HAV-IgM bestätigt. Zu beachten ist, daß die Hepatitis A – besonders bei Kindern – häufig anikterisch bzw. oligosymptomatisch verläuft und dadurch die Grenzen zwischen einer asymptomatischen HAV-Infektion und einer manifesten Hepatitis-A-Erkrankung oft unscharf sind. Unter seuchenhygienischem Aspekt muß eine durch den Nachweis von anti-HAV-IgM gesicherte frische HAV-Infektion unabhängig von den klinischen Symptomen wie eine Erkrankung behandelt werden. Ebenso sind bei einer ätiologisch noch ungeklärten akuten Hepatitis zunächst die gleichen Maßnahmen wie bei einer Hepatitis A erforderlich.

Inkubationszeit: 15–45 Tage, für praktische Maßnahmen ist die Annahme einer mittleren Inkubationszeit von 28 Tagen ausreichend.

Dauer der Ansteckungsfähigkeit: 1–2 Wochen vor und bis zu 2 Wochen nach Auftreten der ersten Symptome, maximal bis zu einer Woche nach Auftreten des Ikterus.

Empfehlungen zur Handhabung präventiver Maßnahmen in einer Gemeinschaftseinrichtung

Absonderung bezüglich des Besuches oder der Tätigkeit in einer Gemeinschaftseinrichtung: Personen, bei denen der Verdacht auf eine Hepatitis A besteht oder bei denen die Diagnose »Hepatitis A« bestätigt wurde, dürfen eine Gemeinschaftseinrichtung nicht besuchen bzw. nicht in ihr tätig sein. – Personen aus einer Gemeinschaftseinrichtung dürfen nach einem Kontakt zu einem an Hepatitis A Erkrankten außerhalb der Einrichtung (z.B. in der Familie oder Wohngemeinschaft) die Einrichtung nur besuchen, wenn sie eine der nachfolgend genannten Bedingungen erfüllen.

Wiederzulassung zum Besuch oder zur Tätigkeit in einer Gemeinschaftseinrichtung nach einer Hepatitis-A-Erkrankung: Zwei Wochen nach Auftreten der ersten Symptome bzw. eine Woche nach Auftreten des Ikterus.

Zulassung von Personen, die verdächtig sind, angesteckt zu sein (Ansteckungsverdächtige, Kontaktpersonen) zum Besuch oder zur Tätigkeit in einer Gemeinschaftseinrichtung:

1. **sofort** möglich für Personen mit bestehender Immunität
 - durch Impfschutz,
 - durch Immunglobulin-Prophylaxe,
 - durch den Nachweis von anti-HAV-IgG,
2. **sonst nach 4 Wochen**, gerechnet vom letztmaligen Kontakt zu einem Infektiösen.

Hinweis zur Wiederzulassung von Beschäftigten in Lebensmittelbetrieben bzw. im Verkehr mit Lebensmitteln: Für Personen, die in Lebensmittelbetrieben oder in einer Gemeinschaftseinrichtung im Verkehr mit Lebensmitteln tätig sind, könnten nach Ablauf einer Hepatitis-A-Erkrankung oder nach einem Kontakt zu einem Hepatitis-A-Kranken (z.B. in der Familie) die hier für Gemeinschaftseinrichtungen angeführten Regeln ebenfalls gelten, die Tätigkeit darf allerdings grundsätzlich erst nach der Zustimmung des Gesundheitsamtes wieder aufgenommen werden (§ 17, Abs. 1, Nr. 1 und Abs. 2 und 3, § 18 BSeuchG). Bei Kontaktpersonen wird diese Zustimmung in der Regel bei unauffälligen Transaminasen nach 4 Wochen gegeben werden können.

Beschränkung für Neuaufnahmen / Neueinstellungen: In Gemeinschaftseinrichtungen, in denen durch das Auftreten einer Hepatitis A für Kinder und Personal eine Ansteckungsgefahr besteht, sollten für die Dauer von 4 Wochen nach der Absonderung des Erkrankten Neuaufnahmen ungeimpfter Kinder oder Neueinstellungen ungeimpften Personals nicht erfolgen. Werden entsprechende Hinweise des Gesundheitsamtes nicht befolgt, kommt die Anordnung einer entsprechenden Aufnahmebeschränkung durch die zuständige Behörde aufgrund des § 10, Abs. 1 BSeuchG in Betracht.

Immunprophylaxe: Im Zusammenhang mit dem Auftreten einer Hepatitis-A-Erkrankung sollte in einer Kindereinrichtung neben der passiven Immunisierung mit Immunglobulin, die ja keinen hundertprozentigen Schutz gegen eine Infektion bietet, auch die Schutzimpfung der möglicherweise infizierten Kinder erwogen werden. Auf jeden Fall sollte die Impfung des Personals erfolgen, soweit dies nicht bereits – entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision am RKI (STIKO) – früher erfolgt ist. Die Impfung bietet auf die Dauer einen besseren Schutz als die mehrfache Gabe von Immunglobulin, insbesondere in Kindereinrichtungen mit einem hohen Anteil ausländischer Kinder, in denen das Risiko einer wiederholten Einschleppung (z.B. nach Besuchen der Kinder im Herkunftsland der Eltern) besonders hoch ist.

Beobachtung der Kontaktpersonen: Das Personal in der Einrichtung, Eltern bzw. weitere Angehörige sollten sorgfältig über die bestehende Infektionsgefahr und die Frühzeichen einer Hepatitis-Erkrankung informiert werden. Das aufmerksame Beobachten des Gesundheitszustandes aller möglicherweise angesteckten Personen ist für die Dauer der Inkubationszeit erforderlich. Wegen des hohen Anteils anikterischer Verlaufsformen sollte nicht auf ärztliche Untersuchungen verzichtet werden.

Reinigung und Desinfektion: Im sanitären Bereich sind adäquate Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen erforderlich. In Kindereinrichtungen ist die Reinigung der Hände besonders zu beachten.

Erste nicht-importierte HTLV-1-Infektion in Deutschland

Die zu den humanen Retroviren gehörenden Humanen T-Zell-Leukämie-Viren (HTLV) sind mit Leukämien, malignen Lymphomen sowie neurologischen Erkrankungen (tropische spastische Paraparese) assoziiert. Infektionen durch den Typ 1, die vor allem in Japan, Westafrika und in der Karibik häufiger auftreten, aber in einer zunehmenden Zahl von Ländern und Gebieten nachgewiesen werden, sind in Deutschland bisher nur als »importierte« Fälle beobachtet worden. HTLV wird ähnlich wie HIV über Geschlechtsverkehr und Blut bzw. von der Mutter auf ihr Kind (intrauterin oder durch das Stillen) übertragen. Im Gegensatz zum HIV ist die Übertragung strikt zellgebunden. HTLV-1-Infektionen führen in der Regel erst nach sehr langen Inkubationszeiten (u.U. 30–50 Jahre) zu klinischen Symptomen.

In Zusammenarbeit mit der Robert-Rössle-Klinik des Universitätsklinikums Charité wurde am RKI jetzt eine T-Zell-Leukämie bei einer 42jährigen Frau serologisch und

mit Hilfe der PCR als HTLV-1-assoziierte Adulte T-Zell-Leukämie (ATL) bestätigt. Es handelt sich um die erste HTLV-1-Infektion, die nicht in einem nachweisbaren Kontakt zu einem Endemiegebiet stand. Reisen in Länder mit einem bekannten erhöhten Vorkommen von HTLV-1 sind ausgeschlossen, ebenso entfielen Kontakte zu Bewohnern dieser Länder. Die Patientin hat keine Bluttransfusion oder Blutprodukte erhalten. Interessant ist, daß die Mutter der Patientin vor zwei Jahren an einer Chronisch-lymphatischen Leukämie (CLL) verstorben ist. Es wird gegenwärtig versucht, an noch vorhandenem, vor vielen Jahren entnommenen Biopsiematerial abzuklären, ob bereits die Mutter HTLV-1-infiziert war. Ein positiver HTLV-1-Nachweis würde darauf hindeuten, daß dieses Virus in Einzelfällen in Deutschland schon seit längerer Zeit existiert hat. Weitere Einzelheiten zur Klinik, zu immunologischen, virologischen, serologischen und zytogenetischen Befunden dieser Erkrankung werden gesondert publiziert.

Kommission Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am RKI vor neuem Start

Im Februar 1996 wurden die Mitglieder der Kommission Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am RKI für die Dauer von 3 Jahren neu berufen. Das Gremium besteht aus 15 Vertreterinnen und Vertretern der Bereiche Krankenhaushygiene, Mikrobiologie, Krankenpflege, Krankenhausverwaltung, Öffentlicher Gesundheitsdienst und aus klinischen Disziplinen. Die vorrangige Aufgabe

dieser Kommission besteht darin, Maßnahmen und Strategien zu erarbeiten, mit deren Hilfe die Zahl der Krankenhausinfektionen verringert werden kann. Die Kommission nimmt am 16. April ihre Tätigkeit auf. Hinweise zu besonderen Problemen in der Praxis können dem RKI (Fachbereich 4, Reichpietschufer 74, 10785 Berlin, Tel.: 030 / 4547-3470) zugeleitet werden.

Joint Workshop der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) und der Gesellschaft für Virologie (GfV)

Am 18. und 19. Oktober 1996 findet in Frankfurt am Main der Joint Workshop der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) und der Gesellschaft für Virologie (GfV) zum Thema *Neue Wege in der Epidemiologie der Viruskrankheiten* statt. Auskün-

te dazu werden am *Institut für Medizinische Virologie im Klinikum der J. W. Goethe-Universität Frankfurt am Main* erteilt (Prof. Dr. H. W. Doerr, Dr. H. F. Rabenau: Paul-Ehrlich-Str. 40, 60596 Frankfurt, Tel.: 069 / 6301-5312 / -5219, Fax: 069 / 6301-6477).

Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten

Stand: 7. Woche (12.2. – 18.2.1996)

Land	Enteritis infectiosa						Virushepatitis								
	Salmonellose			übrige Formen			Hepatitis A			Hepatitis B			übrige Formen		
	7.	1.-7.	1.-7.	7.	1.-7.	1.-7.	7.	1.-7.	1.-7.	7.	1.-7.	1.-7.	7.	1.-7.	1.-7.
Regierungsbezirk	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	
Gesamt	831	6032	8846	1617	8844	11113	87	716	919	118	706	774	80	553	451
Baden-Württemberg *			1058 *			802 *			82 *			41 *			26
Stuttgart *			374 *			208 *			35 *			17 *			14
Freiburg *			200 *			193 *			6 *			9 *			2
Karlsruhe *			303 *			269 *			16 *			12 *			8
Tübingen *			181 *			132 *			25 *			3 *			2
Bayern	119	867	1078	164	967	903	6	64	92	25	135	69	31	145	74
Oberbayern	46	290	316	76	473	453	1	31	31	7	51	26	11	53	40
Niederbayern	3	60	132	6	72	59	1	5	3	3	14	10	11	39	2
Oberpfalz	10	97	81	17	100	81	2	2	1	1	11	5	3	12	3
Oberfranken	10	71	76	12	48	51		3	11	2	11	6		5	4
Mittelfranken	20	96	132	31	134	126		10	34	2	12	11	2	13	18
Unterfranken	12	105	104	10	57	37		4	6	7	12	9	1	6	3
Schwaben	18	148	237	12	83	96	2	9	6	3	24	2	3	17	4
Berlin	37	236	403	46	172	259	10	96	168	10	42	46	8	32	29
Brandenburg	23	253	351	143	787	605		9	16		7	9		1	1
Bremen	4	43	60	8	58	61		2	6	2	8	4	1	10	7
Hamburg	25	148	260	77	307	325	10	79	39	4	30	41		20	36
Hessen	43	483	602	42	345	319	6	83	53	13	75	79	2	37	20
Darmstadt	33	301	327	19	189	173	5	43	42	9	55	44	2	16	7
Gießen *		68	98 *		27	44 *		30	7 *		8	16 *		8	7
Kassel	10	114	177	23	129	102	1	10	4	4	12	19		13	6
Mecklenburg-Vorp.	31	213	271	61	339	510		5	11	1	3	13			1
Niedersachsen	79	514	756	130	668	809	8	44	67	13	91	142	6	56	70
Braunschweig	22	97	176	16	101	161	5	20	19	7	28	37	2	13	11
Hannover *		75	153 *		88	156 *		5	13 *		17	27 *		9	21
Lüneburg	22	126	128	51	203	196	1	9	12	3	12	21		15	21
Weser-Ems	35	216	299	63	276	296	2	10	23	3	34	57	4	19	17
Nordrhein-Westfalen	179	1338	1809	355	2153	2507	31	217	310	38	232	247	23	176	128
Düsseldorf	48	432	490	98	600	586	14	85	105	11	76	88	9	59	46
Köln	38	325	485	55	367	481	8	55	96	10	61	39	5	55	27
Münster	28	204	312	46	324	383	4	27	49	5	29	28	2	4	10
Detmold	15	99	157	38	177	257	2	10	17	2	24	58	2	13	16
Arnsberg	50	278	365	118	685	800	3	40	43	10	42	34	5	45	29
Rheinland-Pfalz	57	491	603	79	473	567	4	31	19	7	35	37	6	35	31
Koblenz	24	192	211	23	130	248	1	6	10		10	12	1	9	6
Trier	9	77	125	20	111	58		1	1		6	6		4	7
Rheinl.-Pf.	24	222	267	36	232	261	3	24	8	7	19	19	5	22	18
Saarland	8	77	80	17	131	166	1	7	12		4	11			8
Sachsen	91	542	555	234	1186	1621	4	34	4	1	8	8	1	6	1
Chemnitz	41	228	241	79	513	395	1	20	2	1	4	7	1	2	
Dresden	26	178	160	95	415	478	2	12			2	1			1
Leipzig	24	136	154	60	258	748	1	2	2		2			4	
Sachsen-Anhalt	56	369	476	115	493	688		8	10	1	8	8		2	1
Schleswig-Holstein	29	179	191	47	217	187	5	23	20	3	25	15	1	28	18
Thüringen	50	279	293	99	548	784	2	14	10		3	4	1	5	

Stand: 7. Woche (12.2. – 18.2.1996)

Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten

Meningitis/Enzephalitis											Shigellose			Land	
Meningokokken-M.			andere bakterielle M.			Virus-Meningoenzeph.			übrige Formen			7.	1.-7.		1.-7.
7.	1.-7.	1.-7.	7.	1.-7.	1.-7.	7.	1.-7.	1.-7.	7.	1.-7.	1.-7.				
1996	1995	1995	1996	1995	1995	1996	1995	1995	1996	1995	1995	1996	1995		Regierungsbezirk
15	127	91	19	139	123	8	38	54	8	23	35	10	107	180	Gesamt
*		13	*		8	*		5	*			*		38	Baden-Württemberg
		5	*		2	*		3	*			*		5	Stuttgart
		4	*		1	*		2	*			*		11	Freiburg
		3	*		5	*			*			*		9	Karlsruhe
		1	*		*	*		*	*			*		13	Tübingen
2	10	13	2	21	19	3	7	6	2	6	4	2	35	34	Bayern
1	5	6		5	9		2	1	1	3	1	1	19	27	Oberbayern
		2		1	1								2	3	Niederbayern
		1	1	4	1			1					1		Oberpfalz
	1	1			2	1	1	1		1					Oberfranken
1	1	3		3	2						2	1	2		Mittelfranken
				4	2		2				1		4		Unterfranken
	3		1	4	2	2	2	3	1	2			7	4	Schwaben
2	7	3	3	18	5		1	3	1	4	5	1	3	10	Berlin
2	6	5		3	3	1	1	1			1		2	9	Brandenburg
	1	1		2	5		1					1	1		Bremen
	1	1	1	3	4						1	1	7	6	Hamburg
1	8	6		7	13		1	1		2	5	2	8	10	Hessen
1	6	6		3	8			1		2	3	2	8	9	Darmstadt
*		*		3	3	*		*			1	*			Gießen
	2			1	2		1				1			1	Kassel
	4	4		5	2	1	5	2					2	1	Mecklenburg-Vorp.
	6	6	3	16	7		1	8		3	6		2	10	Niedersachsen
	2			4	1		1	6		1	1			3	Braunschweig
*	2	1	*	1	1	*		*				*		2	Hannover
	2	2		5	3						2		1	1	Lüneburg
	2	3	1	6	2			2		2	3		1	4	Weser-Ems
5	33	13	7	30	30	1	7	12	2	5	7	3	14	12	Nordrhein-Westfalen
2	7	1	1	7	6		1	7	1	1	1		3	2	Düsseldorf
	7	4	2	6	7		1	2		1		1	8	5	Köln
	7	2	1	3	4						1				Münster
3	7	1	1	6	2		1						1	3	Detmold
	5	5	2	8	11	1	4	3	1	3	5	2	2	2	Arnsberg
1	4	5		4	6			6			4		13	8	Rheinland-Pfalz
	2			1	4			4			3		2	4	Koblenz
													2	1	Trier
1	2	5		3	2			2			1		9	3	Rheinl.-Pf.
				2	3						1		1	1	Saarland
1	21	6		8	6		10	6	1	1			15	35	Sachsen
	6			3	4		1	1					2	10	Chemnitz
1	13	3		3	2		5	3	1	1			7	14	Dresden
	2	3		2			4	2					6	11	Leipzig
	10	6		6	5	1	2	3					2	1	Sachsen-Anhalt
	7	6	2	9	1				2	2	1			2	Schleswig-Holstein
1	9	3	1	5	6	1	2	1					2	3	Thüringen

Wochenstatistik – andere meldepflichtige Infektionskrankheiten

Stand: 7. Woche (12.2. – 18.2.1996)

Krankheit	7. Woche 1996	1.–7. Woche 1996	1.–7. Woche 1995	1.–52. Woche 1995
Botulismus	1	6	2	12
Brucellose		2	3	36
Cholera				1
Diphtherie			2	4
Fleckfieber				3
Gasbrand		10	15	134
Gelbfieber				
Hämorrh. Fieber				
Lepra				2
Leptospirose, M. Weil			1	26
Leptospirose, sonstige			2	20
Malaria	19	91	158	947
Milzbrand				
Ornithose	1	22	35	180
Paratyphus		1	6	96
Pest				
Poliomyelitis			1	4
Q-Fieber		2	5	45
Rotz				
Rückfallfieber				
Tetanus				12
Tollwut				
Trachom		1	1	9
Trichinose	1	1	1	11
Tularämie				2
Typhus		6	13	162
angeborene				
Listeriose		3	4	40
Lues			1	4
Rötelnembryopathie				2
Toxoplasmose	1	5	2	23
Zytomegalie			6	13

Die hier ausgewiesene Wochen- bzw. Quartalsstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten dient der aktuellen Information. Sie enthält die bis zum Ende des angegebenen Berichtszeitraums vorliegenden Meldungen. Es handelt sich um vorläufige Daten, die unter dem Vorbehalt späterer Korrekturen veröffentlicht werden. Daten zu Tuberkulose, Gonorrhoe und Syphilis werden ausschließlich quartalsweise veröffentlicht, ebenso Daten nach der HIV-Laborberichtsverordnung und zum AIDS-Fallregister. – 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 44

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). Es kann im *Jahresabonnement* in Verbindung mit der vierteljährlich erscheinenden Zeitschrift *Infektionsepidemiologische Forschung (InfFo)* für einen Unkostenbeitrag von DM 96,00 per Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit DM 8,00 je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

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

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

Druck
Paul Fieck KG, Berlin

Nachdruck
mit Quellenangabe gestattet