

# Epidemiologisches Bulletin



**Aktuelle Daten und Informationen  
zu Infektionskrankheiten**

**17/96**

Zur Tätigkeit der Nationalen Referenzzentren:  
**Leistungsangebot des Nationalen Referenzzentrums  
für Poliomyelitis- u.a. Enteroviren**

Das NRZ für Poliomyelitis- u.a. Enteroviren bietet seinen Partnern – behandelnden Ärzten, Laboratorien, Gesundheitsbehörden – folgende Leistungen an:

- Beratung zu Fragen der Diagnostik und der Immunität,
- Feststellung der individuellen Immunität gegen Poliomyelitis bei bestehender Indikation,
- Anzucht und Typisierung von Poliomyelitis- und anderen Enteroviren,
- intratypische Differenzierung von Poliovirusisolaten (d.h. Unterscheidung zwischen Impf- und Wildviren) bei Poliomyelitisverdachtsfällen durch den Einsatz virologischer und molekularer Methoden,
- molekularbiologische Feincharakterisierung von Enterovirusisolaten, z.B. im Rahmen der Aufklärung von Ausbrüchen,
- Abgabe von Referenzvirusstämmen.

Bei speziellen diagnostischen Anforderungen wird eine vorherige Absprache mit dem Labor erbeten. Das Untersuchungsmaterial (Stuhl, Rachenspülwasser, Liquor, Serumpaar) sollte auf dem schnellstmöglichen Wege transportiert werden. Zum diagnostischen Vorgehen bei einem Verdacht auf Poliomyelitis – einschließlich vakzineassoziiierter Fälle – wird auf das *Epidemiologische Bulletin* 1/96 hingewiesen. – Das NRZ ist wie folgt zu erreichen:

*Robert Koch-Institut – NRZ für Poliomyelitis- u.a. Enteroviren –  
Nordufer 20  
13353 Berlin  
Tel.: 030 / 4547-2379, 4547-2378; Fax: 030 / 4547-2617*

**Leistungsangebot des Nationalen Referenzzentrums  
für Salmonellen u.a. bakterielle Enteritiserreger**

Im Rahmen der Neustrukturierung und Neuernennung der Nationalen Referenzzentren ist das Nationale Referenzzentrum für Salmonellen u.a. bakterielle Enteritiserreger eingerichtet worden, das damit die bisherigen Referenzzentren (Cholera-Vibrionen, Enteritiserreger, Escherichia coli und Salmonellen) ablöst. Die Funktion dieses NRZ üben das **Robert Koch-Institut** (Bereich Wernigerode) und das **Hygienische Institut Hamburg** gemeinsam aus. Die Berichterstattung obliegt dem

**Diese Woche:**

**Leistungsangebot  
des NRZ für  
Poliomyelitis-  
u.a. Enteroviren**

**Leistungsangebot  
des NRZ für  
Salmonellen  
u.a. bakterielle  
Enteritiserreger**

**Influenza-Epidemie  
1995/96  
– abschließende  
Einschätzung**

**30. April 1996**

ROBERT KOCH  
**RKI**  
INSTITUT

RKI. Beide Einrichtungen bearbeiten anteilmäßig die komplexe Typisierung von intestinalen Erregern für epidemiologische Zwecke, die Resistenz- und Virulenzanalyse sowie die Diagnostik seltener oder schwer bestimmbarer Erregerspezies. Das NRZ bietet seinen Partnern – Laboratorien, medizinischen Einrichtungen, Gesundheitsbehörden – folgende Leistungen an:

**Arbeitsgruppe Hamburg:**

- serofermentative Diagnostik von Salmonellen, Shigellen, Escherichia coli, Yersinien, Vibrionen und Campylobacter; Bestätigungsdiagnostik bei Verdacht auf Cholera,
- Virulenztestung von intestinalen Escherichia-coli-Bakterien,
- Diagnostik anderer potentieller Enteritiserreger.

**Arbeitsgruppe Wernigerode:**

- serofermentative Diagnostik von Salmonellen und Shigellen,
- Feindifferenzierung von Salmonellen und anderen Enteritiserregern – inkl. Typhus und Paratyphus – mit Hilfe der Lyso-, Geno- und Elektrotypie,

- Überwachung der Resistenz- und Virulenzentwicklung von Salmonellen und anderen Enteritiserregern,
- Identifizierung und Taxonomie unklarer bzw. unbekannter Erreger von Darminfektionen,
- Vorhalten einer Stammsammlung von Salmonellen und anderen Enteritiserregern für Referenzzwecke, auch aus epidemiologischer Sicht.

Beide Arbeitsgruppen bieten Beratung in Fragen der Diagnostik und Epidemiologie an und bitten bei Materialeinsendung um die gleichzeitige Übermittlung klinischer und epidemiologischer Primärdaten zum Erkrankungsfall. Sie sind wie folgt zu erreichen:

*Robert Koch-Institut, Bereich Wernigerode  
– NRZ für Salmonellen u.a. bakterielle Enteritiserreger –  
Burgstraße 37  
38855 Wernigerode  
Tel. 03943 / 679-206, Fax 03943 / 679-207*

*Hygienisches Institut Hamburg  
– NRZ für Salmonellen u.a. bakterielle Enteritiserreger –  
Marckmannstr. 129a  
20539 Hamburg  
Tel. 040 / 78964-201/202, Fax 040 / 78964-483 oder 783561*

**Die Influenza-Epidemie in der Saison 1995/96**

**Abschließende Einschätzung**

Nachdem jetzt alle wesentlichen Daten (darunter auch Angaben zur Sterblichkeit aus der Mortalitätsstatistik des Statistischen Bundesamtes) vorliegen, veröffentlichen wir noch einmal eine kurze zusammenfassende Bewertung der abgelaufenen Influenza-A-Epidemie. Gleichzeitig verweisen wir auf Berichte zu diesem Thema im *Epidemiologischen Bulletin* 1/96 und 2/96 sowie die ausführliche Darstellung in der *InfFo* 1/96.

**Ablauf und Ätiologie der Epidemie:** Sowohl das Sentinel der *Arbeitsgemeinschaft Influenza* (Abb. 1) als auch die Positivraten gegen Influenzavirus A bei in den östlichen Bundesländern untersuchten Serumproben und die Zahl der im NRZ für Influenza typisierten Isolate (Abb. 2) belegen den Beginn dieser Epidemie bereits im Dezember 1995. In einigen Bundesländern im Norden und Osten Deutschlands, in denen die Epidemie besonders früh begonnen hatte, wurde der Morbiditätsgipfel infolge der Ausbreitung des Subtyps H3N2 möglicherweise bereits Ende Dezember erreicht. Allerdings zeigen die durch das Sentinel erhobenen Daten am Jahresende wegen einer niedrigeren Zahl meldender Arztpraxen und insgesamt weniger Gesamtkonsultationen regelmäßig zu hohe Werte an. Der in der Abb. 1 sichtbare Gipfel in der 52. Woche 1995 ist deshalb als überhöht anzusehen. Auch der anschließende erhebliche Rückgang in den ersten Wochen des Jahres 1996 ist wahrscheinlich teilweise meldebedingt. Die Abb. 2 zeigt sowohl für die serologischen Befunde als auch für die H3N2-Isolate den Gipfel erst im Januar 1996. – Die abgelaufene Epidemie wurde ganz wesentlich durch Influenzavirus des **Subtyps A-H3N2** bestimmt. In einer zweiten, deutlich späteren Erkrankungswelle gewann der **Subtyp A-H1N1** eine erhebliche Bedeutung (Abb. 2). Die

intensive Zirkulation dieses Subtyps im Februar hatte erwartungsgemäß keinen so massiven Einfluß auf die Morbidität wie die zuvor abgelaufene Erkrankungswelle durch den Subtyp A-H3N2. Die Ursache dafür ist eine bei vielen Erwachsenen noch vorhandene Durchseuchungsimmunität infolge der ausgedehnten Zirkulation des Subtyps A-H1N1 in den Jahren vor 1957. Die damals erworbene Immunität ist bei vielen Erwachsenen noch wirksam, weil bei diesem Subtyp seitdem nur eine unwesentliche Antigendrift vorliegt. Die zweite Erkrankungswelle wurde deshalb nur bei den Meldungen der Pädiater deutlich sichtbar.

**Influenzavirus B** kam – vor allem ab Februar 1996 – zwar ebenfalls sporadisch vor, erreichte jedoch keine epidemische Bedeutung. Bis zum 11. März wurden dem NRZ für Influenza 12 Influenza-B-Stämme bekannt, die aus Proben im Zeitraum der 4. bis 9. Woche isoliert wurden. Die auch bei den Anfang April untersuchten Serumproben noch erhöhte Influenza-B-Positivrate (Abb. 2) ist ein Hinweis auf eine langanhaltende Zirkulation dieses Typs.

**Schweregrad der Epidemie:** Bereits aus den Daten des Sentinels konnte auf Grund der erheblichen Zunahme der erfaßten Hospitalisierungen bei über 60jährigen Patienten auf eine in dieser Epidemie zu erwartende erhöhte Sterblichkeit geschlossen werden. Ab Januar 1996 wurden dann auch, allerdings vorwiegend aus den neuen Bundesländern (vor allem aus Sachsen), Sterbefälle durch Influenza erfaßt. Im ersten Quartal wurden insgesamt 43 Influenza-Sterbefälle gemeldet, darunter 35 aus den neuen Bundesländern und Berlin. Die übrigen Fälle meldeten die Länder Hamburg (1), Niedersachsen (7), Rheinland-Pfalz (1) und Schleswig-Holstein (2). Von

den 35 aus den neuen Bundesländern und Berlin gemeldeten Sterbefällen waren 22 serologisch (darunter 1 Fall durch Influenza B), 6 pathologisch-anatomisch bestätigt worden. Bei 7 der Sterbefälle führte allein die klinische Verdachtsdiagnose zur Meldung. Bei den Verstorbenen handelte es sich um ein Kleinkind (klinischer Verdachtsfall bei »plötzlichem Kindstod«), einen 32jährigen Mann (pathologisch und serologisch bestätigte Diagnose), 12 Personen im Alter zwischen 40 und 59 Jahren (darunter 3 klinische Verdachtsfälle) und 21 Personen im Alter über 59 Jahre (darunter 3 klinische Verdachtsfälle). *Die relativ geringe Zahl ärztlicher Meldungen von Influenza-Sterbefällen (Meldepflicht gemäß BSeuchG) gibt nur Hinweise auf das Gesamtgeschehen, die allerdings sehr wichtig sind. Offensichtlich erfolgen aber in verschiedenen Bundesländern überhaupt keine derartigen Meldungen. Das ist bedauerlich, weil damit ein wichtiger direkter Indikator für den Schweregrad und die medizinische Bedeutung einer Influenza-Epidemie fehlt.*

Die Größenordnung der durch Influenza bedingten oder mitbedingten Sterblichkeit läßt sich jedoch nicht allein an Hand der Todesursache »Influenza« und ggf. »Pneumonie« abschätzen. Es ist international üblich, auch die sog. Übersterblichkeit (Exzeßmortalität) zu ermitteln und als Indikator für den Schweregrad einer Epidemie zu verwenden. Dabei wird die Zahl aller im Epidemiezeitraum und unmittelbar danach Verstorbenen mit der Zahl der innerhalb des gleichen Zeitraumes in Jahren ohne Epidemie Verstorbenen verglichen. Für diese Epidemie läßt sich auf der Grundlage der vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten monatlichen Gesamtsterblichkeit bis zum Januar 1996 bereits jetzt ein Exzeß von ca. 20.000 Todesfällen ableiten (Abb. 3). Aus den uns vorliegenden näheren Angaben zu 35 gemeldeten Sterbefällen (s.o.) geht hervor, daß diese sich fast ausschließlich auf die Monate Dezember 1995 bis Februar 1996 verteilen, so daß auch im Februar noch eine überhöhte Gesamtsterblichkeit anzunehmen ist. Es ist deshalb zu vermuten, daß die in dieser Saison abgelaufene Influenza-A-Epidemie, gemessen an der Mortalität, die Epidemien der Jahre 1986 (verursacht durch Influenza B) und 1990 (verursacht durch Influenzavirus A-H3N2) in ihrem Schweregrad übertroffen hat.

**Besondere Beobachtung:** Im Zusammenhang mit der Influenza-Epidemie kam es in diesem Jahr in verschiedenen Bundesländern besonders im Januar zu einer ungewöhnlichen Zunahme von Erkrankungen an bakteriellen Meningitiden, vor allem durch Meningokokken und Pneumokokken. Die Zahl der im I. Quartal 1996 erfaßten Meningokokken-Meningitiden liegt 34% über dem Vergleichswert des Vorjahres. Bei den übrigen Meningitiden betrug der Anstieg 16% gegenüber dem Vergleichswert des Jahres 1995. Dieses schon öfter im Rahmen von Influenza-Ausbreitungen beobachtete Phänomen könnte als »Infektbahnung« gedeutet werden.

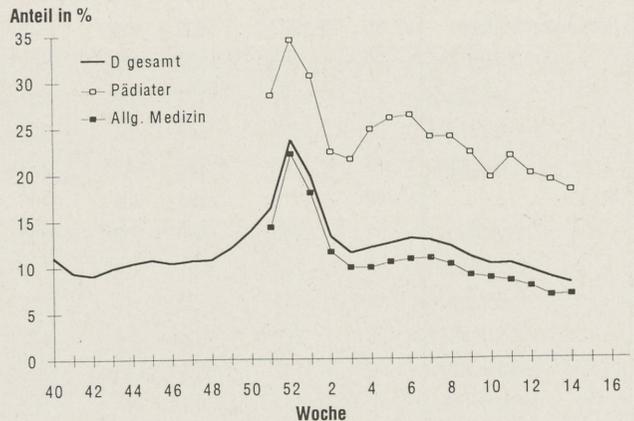


Abb. 1 Ergebnisse des Sentinels der AGL in der Saison 1995/96: Anteil der ARE an den Arztkonsultationen insgesamt

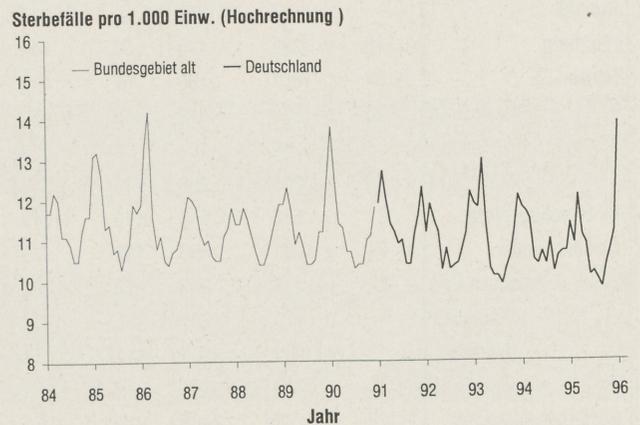


Abb. 3 Sterberate in Deutschland nach Jahren (Daten des Statistischen Bundesamtes)

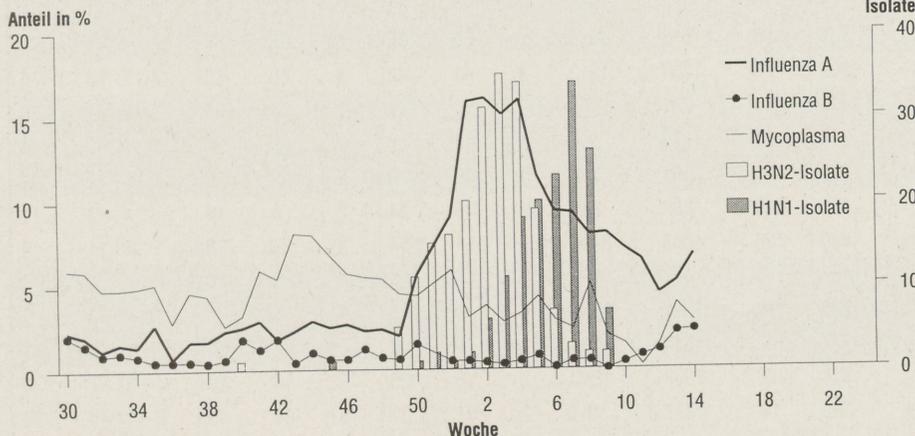


Abb. 2 Ergebnisse der Labordiagnostik der ARE: Anteile positiver Serumproben (in den neuen Bundesländern) und Zahl der im NRZ für Influenza typisierten Isolate

**Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten**

14. Woche (1.4. – 7.4.1996)

Land Regierungsbezirk	Enteritis infectiosa						Virushepatitis								
	Salmonellose			übrige Formen			Hepatitis A			Hepatitis B			übrige Formen		
	14.	1.– 14.	1.– 14.	14.	1.– 14.	1.– 14.	14.	1.– 14.	1.– 14.	14.	1.– 14.	1.– 14.	14.	1.– 14.	1.– 14.
	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996
<b>Gesamt</b>	<b>771</b>	<b>14046</b>	<b>16918</b>	<b>2098</b>	<b>26826</b>	<b>24343</b>	<b>52</b>	<b>1313</b>	<b>1671</b>	<b>78</b>	<b>1567</b>	<b>1562</b>	<b>87</b>	<b>1274</b>	<b>998</b>
Baden-Württemberg	85	1297	1890	119	1546	1731	6	117	118	6	104	97	3	95	63
Stuttgart	29	468	683	38	434	511	2	51	48	4	43	45	1	37	28
Freiburg	19	292	329	18	287	372	3	28	10		23	15		10	7
Karlsruhe	28	321	548	51	592	597	1	24	30	1	25	25	2	32	22
Tübingen	9	216	330	12	233	251		14	30	1	13	12		16	6
Bayern	89	1718	2184	204	2405	1927	6	118	135	15	295	152	21	309	149
Oberbayern	33	488	659	106	1206	935	3	54	48	5	110	51	8	123	72
Niederbayern	8	134	251	12	201	119	1	10	5	4	35	24	8	77	3
Oberpfalz	11	188	152	13	196	146		6	4		23	6	3	19	7
Oberfranken	8	267	138	8	122	108		8	13		24	13		16	7
Mittelfranken	3	192	229	13	283	329		13	44	2	28	26	1	29	34
Unterfranken	11	182	207	30	172	109	1	8	13	3	29	16		13	16
Schwaben	15	267	548	22	225	181	1	19	8	1	46	16	1	32	10
Berlin	26	422	632	45	443	411	2	153	313	3	86	96	6	46	52
Brandenburg	76	692	679	126	2588	1298	3	21	43		13	18	1	5	4
Bremen	*	84	112	*	117	110	*	8	11	*	11	15	*	20	12
Hamburg	18	386	475	53	741	649	6	122	72	7	58	88	5	51	69
Hessen	34	1051	1136	61	916	728	7	158	104	5	144	158	6	76	50
Darmstadt	20	698	648	33	436	382	3	79	84	4	89	98	2	31	29
Gießen	6	148	192	9	138	95	1	45	14		29	31	3	25	9
Kassel	8	205	296	19	342	251	3	34	6	1	26	29	1	20	12
Mecklenburg-Vorp.	31	512	543	148	1213	1334		8	12		7	16			7
Niedersachsen	70	1091	1473	142	1926	1936	4	76	126	8	187	263	14	131	151
Braunschweig	22	211	342	23	294	352	3	30	33	1	56	52	2	28	21
Hannover	*	170	281	*	204	365	*	14	34	*	41	71	*	27	47
Lüneburg	18	261	266	44	574	474	1	14	19	3	27	42	8	33	47
Weser-Ems	30	449	584	75	854	745		18	40	4	63	98	4	43	36
Nordrhein-Westfalen	122	2782	3468	319	4986	5254	9	349	589	25	476	465	22	389	313
Düsseldorf	48	910	1028	110	1464	1321	4	124	221	9	156	158	9	125	105
Köln	*	647	836	*	775	880	*	96	160	*	122	70	*	126	52
Münster	25	411	627	58	746	785	2	45	78	1	51	49	2	13	17
Detmold	18	239	272	36	488	593	3	20	32	7	55	103	4	41	51
Arnsberg	31	575	705	115	1513	1675		64	98	8	92	85	7	84	88
Rheinland-Pfalz	49	898	1209	76	1204	1213	2	41	43	4	80	76	7	75	75
Koblenz	13	326	409	26	351	490	2	10	23	1	23	27	1	21	20
Trier	10	152	238	11	279	190		1	7	1	8	11	2	12	13
Rheinl.-Pf.	26	420	562	39	574	533		30	13	2	49	38	4	42	42
Saarland	7	162	176	29	388	343	2	16	14		8	18		2	11
Sachsen	76	1279	1030	366	4023	3466		51	14		24	18		11	6
Chemnitz	23	479	437	148	1646	1032		26	6		9	10		4	3
Dresden	35	444	316	116	1325	1041		19	5		8	6		2	2
Leipzig	18	356	277	102	1052	1393		6	3		7	2		5	1
Sachsen-Anhalt	37	749	904	220	2009	1840	2	16	25		16	19		7	4
Schleswig-Holstein	21	382	370	64	727	464	2	31	31	3	46	49	2	46	30
Thüringen	30	541	637	126	1594	1639	1	28	21	2	12	14		11	2

14. Woche (1.4. – 7.4.1996)

Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten

Meningitis/Enzephalitis												Shigellose			Land Regierungsbezirk
Meningokokken-M.			andere bakterielle M.			Virus-Meningoenzeph.			übrige Formen			14.	1.-14.	1.-14.	
14.	1.-14.	1.-14.	14.	1.-14.	1.-14.	14.	1.-14.	1.-14.	14.	1.-14.	1.-14.				
1996	1995	1995	1996	1995	1995	1996	1995	1995	1996	1995	1995	1996	1995	1995	
<b>10</b>	<b>262</b>	<b>212</b>	<b>15</b>	<b>296</b>	<b>265</b>	<b>8</b>	<b>83</b>	<b>104</b>	<b>2</b>	<b>60</b>	<b>79</b>	<b>9</b>	<b>228</b>	<b>311</b>	<b>Gesamt</b>
1	29	27		16	21	1	5	12		10	3	3	38	54	Baden-Württemberg
	9	7		5	8		2	6		3	3	3	14	7	Stuttgart
1	6	8		1	2	1	1	4		5			11	15	Freiburg
	6	8		5	9		1	1		2			7	10	Karlsruhe
	8	4		5	2		1	1					6	22	Tübingen
3	19	28	1	35	40	2	11	12		8	14	1	67	64	Bayern
1	6	13		10	14	1	3	2		3	2	1	41	44	Oberbayern
	1	2		1	1			1		1			3	5	Niederbayern
	1	2		4	3			1					2	1	Oberpfalz
	3	4		1	5		2	2		1	2		1		Oberfranken
	1	3		5	10			1			7		5	5	Mittelfranken
	2	1	1	5	2		2			1	1		5		Unterfranken
2	5	3		9	5	1	4	5		2	2		10	9	Schwaben
1	12	8		32	10		2	3		6	7		9	22	Berlin
	10	7	1	13	6		4	5			2		2	14	Brandenburg
*	4	3	*	3	5		1	*		3	*		1	1	Bremen
	2	4		4	6			1		1	2		9	10	Hamburg
1	15	12	1	12	21		1	3		5	8	1	12	21	Hessen
	10	10	1	6	11			3		4	4	1	11	19	Darmstadt
1	2	1		5	6						3		1		Gießen
	3	1		1	4		1			1	1			2	Kassel
	8	10	1	8	9		6	3					6	3	Mecklenburg-Vorp.
1	16	14	1	28	22		3	10		8	10	1	6	14	Niedersachsen
1	6	3		9	5		1	6		2	2		1	5	Braunschweig
*	2	2	*	3	4	*		*		2	2	*	1	2	Hannover
	2	3	1	8	4		1				2		2	1	Lüneburg
	6	6		8	9		1	4		4	4	1	2	6	Weser-Ems
	65	45	2	66	62	2	18	19	1	12	16	1	21	17	Nordrhein-Westfalen
	17	11		15	17		2	8	1	4	1		3	4	Düsseldorf
*	15	10	*	19	14	*	5	4	*	1	*		9	6	Köln
	10	9	1	8	5	2	2			2	2				Münster
	8	6		9	6		1	2				1	7	3	Detmold
	15	9	1	15	20		8	5		5	13		2	4	Arnsberg
	7	13		7	14		1	11			11		16	17	Rheinland-Pfalz
	2	6		4	8		1	9			7		3	11	Koblenz
	1										1		2	1	Trier
	4	7		3	6			2			3		11	5	Rheinl.-Pf.
	4	1		6	7		1	3		1	1		2	2	Saarland
	29	10	4	26	22	2	23	10		1		1	22	60	Sachsen
	6	2	2	8	13		7	3					3	18	Chemnitz
	19	5	1	13	6	2	10	4		1		1	10	28	Dresden
	4	3	1	5	3		6	3					9	14	Leipzig
	18	12	1	12	10		4	9					9	3	Sachsen-Anhalt
1	11	9	1	14	2				1	5	5	1	2	4	Schleswig-Holstein
2	13	9	2	14	8	1	3	3					6	5	Thüringen

**Wochenstatistik – andere meldepflichtige Infektionskrankheiten**

14. Woche (1.4. – 7.4.1996)

Krankheit	14. Woche	1.– 14. Woche	1.– 14. Woche	1.– 52. Woche
	1996	1996	1995	1995
Botulismus		8	3	12
Brucellose	2	4	8	36
Cholera				1
Diphtherie		1	2	4
Fleckfieber				3
Gasbrand	3	22	35	134
Gelbfieber				
Hämorrh. Fieber		1		
Lepra	1	2	1	2
Leptospirose, M. Weil		1	2	26
Leptospirose, sonstige		2	2	20
Malaria	10	240	278	947
Milzbrand				
Ornithose		52	70	180
Paratyphus	2	11	21	96
Pest				
Poliomyelitis			1	4
Q-Fieber		8	12	45
Rotz				
Rückfallfieber				
Tetanus		1	3	12
Tollwut				
Trachom		2	3	9
Trichinose		1	2	11
Tularämie		1		2
Typhus		21	35	162
angeborene				
Listeriose		9	8	40
Lues		1	1	4
Rötelnembryopathie				2
Toxoplasmose		9	9	23
Zytomegalie		4	8	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  
Reichpietschufer 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* gewährleistet 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 – 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* 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