

Epidemiologisches Bulletin



**Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten**

11/96

Diese Woche:

Hantavirus-Infektionen

**Meningokokken-
Meningitis in Nigeria**

**Impfung gegen
Meningokokken-
Meningitis
bei Auslandsreisenden**

**Cholera
in Westafrika**

**Informationsblatt
HIV/AIDS
und Kinderwunsch**

Infektionen durch Hantaviren

Infektionsmöglichkeiten auch in Deutschland

Hantaviren, eine Gattung aus der Familie der Bunyaviridae, sind weltweit verbreitet. Erregerreservoir dieser Zoonose sind Mäuse- und Rattenpopulationen. Innerhalb der Gattung der Hantaviren sind mehrere Arten und Serotypen bekannt, nicht alle sind humanpathogen. Infektionen beim Menschen kommen durch indirekte Kontakte zu Nagetierausscheidungen (Kot, Urin, Speichel), meist über Aerosole zustande. Auch die Aufnahme kontaminierter Nahrung kann – wenn auch vergleichsweise selten – Infektionen auslösen. Hantavirusinfektionen sind nicht direkt von Mensch zu Mensch übertragbar.

Die Erkrankungen, die unter Beteiligung der Nieren, Lunge und weiterer innerer Organe verlaufen können, wurden bisher unter der Bezeichnung Hämorrhagisches Fieber mit Renalem Syndrom (HFRS) zusammengefaßt. Ein kürzlich in Nordamerika nachgewiesener neuer Virustyp führt zu einer restriktiven Atemwegserkrankung, dem Hantavirus Pulmonary Syndrome (HPS), auch Hantavirus Adult Respiratory Distress Syndrome (ARDS), das mit einer sehr hohen Letalität belastet ist. In Europa besitzen nach bisherigen Erkenntnissen zwei Typen praktische Bedeutung: das **Hantaan-Virus** als Erreger des in der Regel besonders schwer verlaufenden HFRS und das **Puumala-Virus** als Erreger der weniger schwer verlaufenden Nephropathia epidemica. Während ausgeprägte klinische Bilder meist auch diagnostisch geklärt werden, werden leichtere Verlaufsfomen erfahrungsgemäß oft nicht richtig zugeordnet.

Besonders infektionsgefährdet sind Personen, deren Lebens- und Arbeitsbedingungen einen Kontakt zu infizierten Nagern und ihren Exkrementen begünstigen, so z.B. Waldarbeiter und Beschäftigte in der Landwirtschaft. Dieser Personenkreis weist eine gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhte Seroprävalenz auf. Darüber hinaus bestehen besondere Infektionsmöglichkeiten im Zusammenhang mit längerem Aufenthalt im Freien oder in provisorischen Unterkünften auch für Militärpersonal oder Flüchtlinge, wie durch Berichte über verschiedene Ausbrüche belegt wurde. Nachfolgend werden aktuelle Beobachtungen aus Deutschland und aus Bosnien mitgeteilt.

Zum Vorkommen von Hantavirusinfektionen in Deutschland: Auch in Deutschland existieren in den Nagetierpopulationen nachweislich Hantaviren, so daß grundsätzlich Infektionsmöglichkeiten für Menschen bestehen. Erkrankungsfälle sind seit 1986 in steigender Zahl, teils als sporadische Einzelfälle, teils im

19. März 1996

ROBERT KOCH
RKI
INSTITUT

Rahmen von Ausbrüchen beobachtet worden. Die tatsächliche Häufigkeit und die genaue regionale Verteilung der Hantavirusinfektionen beim Menschen sind gegenwärtig allerdings noch unbekannt. Es gibt Hinweise darauf, daß Hantavirus-Infektionen nicht so selten wie ursprünglich angenommen sind, und daß viele Fälle bisher nicht erkannt wurden. Die Mehrzahl dieser Infektionen verläuft unbemerkt. Im Rahmen einer aktuellen Seroprävalenz-Studie wurden im Raum Berlin-Brandenburg unter 7.000 untersuchten Personen aus der Allgemeinbevölkerung 1,2–1,5% als seropositiv ermittelt (D. Krüger, H. Meisel, Berlin). Damit wird auch deutlich, daß Hantaviren nicht – wie früher beschrieben – nur im Westen und im Süden Deutschlands prävalent sind.

Fallbeispiele: Zur Verdeutlichung der epidemiologischen Problematik sollen hier noch zwei zusammenhängende Krankheitsfälle, die im Jahr 1995 nahe Detmold in Nordrhein-Westfalen aufgetreten sind, als Fallbeispiele erwähnt werden. Es handelt sich um zwei Beschäftigte einer Wollspinnerei, die an ihrem gemeinsamen Arbeitsplatz offensichtlich den Erreger mit dem Staub eingeatmet hatten. In 2 von 10 nachträglich gewonnenen Proben aus Staub, Mäuseexkrementen und Wollresten wurde Hantavirus mittels der PCR nachgewiesen. Eine 54jährige Frau erkrankte an einer schweren diffusen interstitiellen Pneumonie, eine 47jährige Frau an einer schweren chronisch verlaufenden Bronchitis.

In beiden Fällen wurden durch die PCR Varianten des Hantavirus nachgewiesen, bei denen zumindest in einem Fall eine enge Beziehung zum Puumala-Virus besteht. Der Nachweis spezifischer Antikörper im Serum gelang nicht. Diese Fälle zeigen, daß neben dem bisher nur in Teilen Amerikas beschriebenen Hantavirus Pulmonary Syndrome auch in Deutschland mit Erkrankungen gerechnet werden muß, die mit Lungenfunktionsstörungen einhergehen.

Quelle: M. Schreiber, T. Laue, C. Wolff: Hantavirus Pulmonary Syndrome in Germany, The Lancet, Vol. 347, February 3, 1996, 336 – 337; M. Schreiber, Bernhard Nocht-Institut Hamburg, pers. Mitteilung

Meningokokken-Meningitis in Nigeria

Seit Januar 1996 hat sich in Nigeria eine ausgedehnte Meningokokken-Meningitis-Epidemie entwickelt. Der WHO wurden bis zum 15. März insgesamt 22.545 Erkrankungen gemeldet, von denen 3.889 tödlich verliefen. Die Epidemie betrifft 17 im Norden des Landes gelegene Bundesstaaten; besonders stark betroffen sind Bauchi, Jigawa, Kano, Kaduna, Katsina, Kebbi, Sokoto und Yobe. Die Letalität wies – örtlich unterschiedlich – Werte von 2,5–30% auf. Als Erreger wurden Meningokokken der Serogruppe A nachgewiesen. Das nigerianische Ministerium für Gesundheitswesen wurde bei der Bekämpfung dieser Epidemie aktiv durch die WHO, die UNICEF und weitere Hilfsorganisationen, darunter besonders Ärzte

Zur spezifischen Diagnostik von Hantavirusinfektionen: Beim Verdacht auf eine Hantavirus-Infektion sollte versucht werden, spezifische Antikörper im Serum nachzuweisen. Neben dem indirekten Immunfluoreszenztest stehen kommerzielle Enzymtests zum Nachweis von IgG und IgM zur Verfügung. Fällt bei einem begründeten klinischen Verdacht (Nierenversagen, schwere Lungenbeteiligung) der serologische Befund negativ aus, sollte in einem Speziallabor die PCR eingesetzt werden. Diese Spezialdiagnostik wird in mehreren Instituten vorgehalten.

Literaturhinweis: Zöller, L., Meisel, H., Krüger, D.: Infektionen durch Hantaviren. Diagn. Labor, Vol. 44, 1994, 139 – 148

Hinweise auf präventive Maßnahmen: Information und Aufklärung gefährdeter Personengruppen, Bekämpfung von Mäusen und Ratten in Wohn- und Arbeitsstätten, Expositionsprophylaxe (Vermeiden ungeschützter Kontakte zu Mäusen oder Ratten oder ihren Exkrementen), sichere Aufbewahrung von Lebensmitteln.

Hämorrhagisches Fieber mit renalem Syndrom in Bosnien: Die Health Monitoring Unit der WHO in Zagreb hatte bereits im Vorjahr darauf aufmerksam gemacht, daß sich in Bosnien kriegsbedingt Nagetiere stark vermehrt haben, die als Reservoir von Krankheitserregern Bedeutung besitzen. Dadurch traten einige durch Nagetiere vermittelte Infektionskrankheiten (*rodentborne diseases*) dort vermehrt in Erscheinung. Besondere Aufmerksamkeit verdient in diesem Zusammenhang die Feststellung von 367 Fällen Hämorrhagischen Fiebers mit Renalem Syndrom in Nordost-Bosnien (Raum Tuzla) im Zeitraum von Januar bis November 1995. Besonders hoch war die Inzidenz in den Monaten März (75 Fälle) und August (54). Die serologischen Befunde belegen das Vorkommen sowohl des Puumala-Virus als auch des Hantaan-Virus. Die Zirkulation weiterer menschenpathogener Hantaviren wird in diesem Raum für möglich gehalten. Im Falle unklarer Erkrankungen bei Kriegsflüchtlingen aus Bosnien sollte an die Möglichkeit dieser Infektionen gedacht werden.

Quellen: WHO WER 07/96; WHO EMC 08.02.96; Hukic M, Kurt A, Torstensson S, Lundkvist A, Wigler D, Niklasson B: The Lancet, Vol. 347, January 6, 1996, 56-57

ohne Grenzen (MSF) unterstützt. Impfstoff (bisher 8 Millionen Dosen), Antibiotika und Infusionsflüssigkeit kamen zum Einsatz. Weitere 10 Millionen Impfungen sollen erfolgen, um alle Bewohner städtischer Territorien in der betroffenen Region zu erreichen. Das Gesundheitsministerium Nigerias hofft, daß es durch die vereinten Anstrengungen gelungen ist, diesen Ausbruch unter Kontrolle zu bringen. – Ein gehäuftes Vorkommen der Meningokokken-Meningitis ist gegenwärtig auch in den benachbarten Staaten Burkina Faso (8.252 Erkrankungen) und Niger (4.808) zu verzeichnen.

Quellen: WHO EMC 07. und 15.03.96; WHO Press release 15 (05.03.96)

Zur Immunprophylaxe der Meningokokken-Meningitis

Im Zusammenhang mit dem regelmäßig zu beobachtenden epidemischen Vorkommen der Meningokokken-Meningitis (Übertragbare Genickstarre, Meningitis epidemica) in Zentralafrika und Südamerika treten immer wieder Fragen zur Impfung gegen diese Krankheit auf.

Die Schutzimpfung gegen Meningokokken-Meningitis ist eine Impfung für Auslandsreisende mit ganz spezieller Indikation (Reiseimpfung in Sonderfällen). Der verfügbare Impfstoff ist ein Polysaccharidimpfstoff gegen *Neisseria meningitidis* der Serogruppen A und C. Meningokokken der Serogruppe A sind in den tropischen Gebieten Afrikas vorherrschend, in Südamerika dominieren Stämme der Serogruppe C.

Es besteht die grundsätzliche Empfehlung der Ständigen Impfkommission am RKI (STIKO), Personen zu impfen, die in ein Land des afrikanischen »Meningitisgürtels« (tropisches Afrika) oder nach Südamerika (besonders Brasilien) reisen und sich dort längere Zeit

und in einem engen Kontakt mit der einheimischen Bevölkerung aufhalten, z.B. als Entwicklungshelfer, Mitarbeiter von Hilfsorganisationen oder Expeditionsteilnehmer. Die enge Indikation ergibt sich aus der Tatsache, daß die Übertragung des Erregers über Expirationströpfchen einen Face-to-face-Kontakt erfordert. Bei Reisen in aktuelle Epidemiegebiete (auch in anderen Regionen der Welt), die mit einer erhöhten Ansteckungsgefahr verbunden sein könnten, sollte die Impfindikation ggf. situationsgerecht erweitert werden. So sollte angesichts der oben dargestellten massiven Epidemie Reisenden in den Norden Nigerias z.Z. eine Impfung empfohlen werden.

Appliziert wird einmalig subkutan eine Dosis von 0,5 ml. Die Schutzwirkung soll bei 90% der Geimpften bereits 5 bis 7 Tage nach der Impfung eintreten und 3 Jahre andauern. Zeitabstände zu anderen Impfungen sind nicht erforderlich.

Cholera in Westafrika

In einigen benachbarten Ländern Westafrikas werden überwiegend seit Jahresbeginn 1996 Choleraausbrüche mit insgesamt mehreren Tausend Erkrankungen und einigen Hundert Todesfällen beobachtet. Im **Senegal** breitet sich eine Choleraepidemie in der Diourbel-Region (östlich von Dakar) sowie in den Verwaltungsbezirken Fatick, St-Louis und Thies aus. Die Hilfsorganisation »Ärzte ohne Grenzen« (MSF) berichtet über 3.180 Erkrankungen und 210 Todesfälle. Die deutsche Botschaft im Senegal wies ebenfalls auf die aktuelle Zunahme der Erkrankungen hin. Aus **Nigeria** (vor allem Bundesstaaten Kano, Kaduna, Kebbi, Kwara, Niger, Ondo und Oyo) wurden der WHO bis zum 15.03.96 insgesamt 6.117 Erkrankungen und 487 Todesfälle gemeldet. In der Republik **Elfenbeinküste** traten 1.500 Cholerafälle im Guiglo-Distrikt auf und betrafen Flüchtlinge aus Liberia. Weitere Ausbrüche haben sich in **Sierra-Leone** (weitflächig), **Guinea** (Flüchtlinge aus Sierra-Leone) und in **Niger** (Südwesten des Landes) ereignet.

Diese Ausbrüche, über die auch in den Medien mehrfach berichtet wurde, haben offensichtlich Furcht vor Reisen in diese Region erzeugt. Wir bekräftigen daher den in diesem Zusammenhang gegebenen Hinweis der WHO, daß für Reisende bei Beachten der üblichen Vorsichtsmaßnahmen bezüglich hygienisch unbedenklicher Speisen und Getränke keine Gefahr besteht (siehe auch *Epidemiologisches Bulletin* 4/96 und 6/96).

Es gibt Hinweise darauf, daß in einzelnen Infektionsgebieten Impfbescheinigungen verlangt werden, besonders, wenn die Einreise nicht über internationale Flughäfen erfolgt, so daß vor geplanten Rundreisen durch Westafrika eine vorherige Schutzimpfung gegen Cholera zu erwägen wäre.

Quellen: WHO Kopenhagen, CD Update, 08.03.96; WHO EMC 07. und 15.03.96; Reisemed. aktuell, CRM, 05.03.96; Information der Botschaft der Bundesrepublik Deutschland im Senegal an das Auswärtige Amt v. 04.03.96

Informationblatt »HIV/AIDS und Kinderwunsch«

Der Berliner Arbeitskreis »Frauen und AIDS« hat ein neues Faltblatt erarbeitet, das von der Berliner AIDS-Hilfe e.V. herausgegeben wird. Es wendet sich an Frauen mit Kinderwunsch und Schwangere und informiert über HIV/AIDS, HIV-Infektionsrisiken sowie den HIV-Antikörpertest und gibt Entscheidungshilfen für das Vorgehen bei positivem HIV-Nachweis. Das 12seitige

Faltblatt ist zum Einsatz in Berliner Beratungsstellen vorgesehen, kann aber selbstverständlich auch allgemein angefordert werden.

Anforderungen bitte mit frankiertem Rückumschlag an:

*Berliner AIDS-Hilfe
Meinekestr. 12, 10719 Berlin
Tel.: 030 / 883 30 17*

Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten

Stand: 8. Woche (19.2. – 25.2.1996)

Land	Enteritidis infectiosa						Virushepatitis								
	Salmonellose			übrige Formen			Hepatitis A			Hepatitis B			übrige Formen		
	8.	1.-8.	1.-8.	8.	1.-8.	1.-8.	8.	1.-8.	1.-8.	8.	1.-8.	1.-8.	8.	1.-8.	1.-8.
Regierungsbezirk	1996		1995	1996		1995	1996		1995	1996		1995	1996		1995
Gesamt	1043	7790	10013	1848	11341	12943	91	884	1032	125	891	903	100	705	537
Baden-Württemberg	107	787	1179	124	754	909	10	85	91	7	59	51	8	56	40
Stuttgart	36	301	426	36	218	233		41	39	3	21	23	4	23	20
Freiburg	22	171	221	22	155	217	2	14	6	2	18	10	1	7	3
Karlsruhe	25	182	332	51	235	309	5	19	21	2	14	14	3	16	14
Tübingen	24	133	200	15	146	150	3	11	25		6	4		10	3
Bayern	128	995	1232	143	1110	1100	9	73	95	31	166	88	25	170	83
Oberbayern	34	324	353	62	535	550	4	35	31	13	64	32	12	65	46
Niederbayern	15	75	157	17	89	68		5	3	4	18	11	6	45	2
Oberpfalz	18	115	96	14	114	90	1	3	2	3	14	5		12	3
Oberfranken	6	77	79	8	56	58	1	4	11		11	9	3	8	4
Mittelfranken	15	111	144	19	153	162		10	36	3	15	13	1	14	20
Unterfranken	12	117	114	11	68	58		4	6	3	15	10	1	7	4
Schwaben	28	176	289	12	95	114	3	12	6	5	29	8	2	19	4
Berlin	19	255	434	27	199	299	9	105	189	5	47	55	1	33	34
Brandenburg	56	309	384	198	985	695	2	11	20		7	11	1	2	2
Bremen	9	52	68	9	67	73		2	6		8	7	2	12	8
Hamburg	37	185	272	55	362	356	4	83	43	7	37	43	8	28	39
Hessen	70	587	674	58	422	382	18	103	60	11	95	97	7	47	25
Darmstadt	42	343	370	18	207	212	8	51	48	6	61	58	2	18	12
Gießen	9	111	112	11	57	51	5	37	8	4	21	18	4	15	7
Kassel	19	133	192	29	158	119	5	15	4	1	13	21	1	14	6
Mecklenburg-Vorp.	46	259	299	77	416	610		5	12	1	4	14			1
Niedersachsen	64	578	865	122	790	950	3	47	73	10	101	162	7	63	79
Braunschweig	12	109	198	17	118	187	2	22	22	4	32	41	1	14	11
Hannover *		75	176 *		88	185 *		5	13 *		17	32 *		9	25
Lüneburg	17	143	150	46	249	234		9	12	2	14	25	5	20	26
Weser-Ems	35	251	341	59	335	344	1	11	26	4	38	64	1	20	17
Nordrhein-Westfalen	206	1545	2061	389	2542	2894	24	241	357	38	270	278	28	204	157
Düsseldorf	57	489	566	107	707	704	5	90	124	18	94	96	5	64	52
Köln	54	379	534	57	424	518	9	64	108	7	68	40	10	65	33
Münster	22	227	383	53	377	439	2	29	52	6	35	36	1	5	13
Detmold	17	116	170	62	239	301	2	12	23	2	26	65	6	19	22
Arnsberg	56	334	408	110	795	932	6	46	50	5	47	41	6	51	37
Rheinland-Pfalz	57	548	727	76	549	671	3	34	24	3	38	40	8	43	38
Koblenz	15	207	239	17	147	275	1	7	14		10	14	5	14	9
Trier	14	91	155	24	135	72		1	2	1	7	6	2	6	7
Rheinl.-Pf.	28	250	333	35	267	324	2	26	8	2	21	20	1	23	22
Saarland	13	90	92	23	154	190	2	9	13	1	5	11			9
Sachsen	108	650	642	251	1437	1855	2	36	6	6	14	8	1	7	1
Chemnitz	38	266	279	78	591	462	2	22	3		4	7	1	3	
Dresden	41	219	187	103	518	536		12	1	4	6	1			1
Leipzig	29	165	176	70	328	857		2	2	2	4			4	
Sachsen-Anhalt	55	424	524	116	609	854	1	9	12	2	10	11	1	3	1
Schleswig-Holstein	23	202	221	45	262	208		23	21	2	26	21	2	31	20
Thüringen	45	324	339	135	683	897	4	18	10	1	4	6	1	6	

Stand: 8. Woche (19.2. – 25.2.1996)

Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten

Meningitis/Enzephalitis												Shigellose			Land Regierungsbezirk
Meningokokken-M.			andere bakterielle M.			Virus-Meningoenzeph.			übrige Formen			8.	1.–8.	1.–8.	
8.	1.–8.	1.–8.	8.	1.–8.	1.–8.	8.	1.–8.	1.–8.	8.	1.–8.	1.–8.				
1996	1995	1995	1996	1995	1995	1996	1995	1995	1996	1995	1995	1996	1995	1995	
22	162	101	27	174	143	4	44	59	7	35	42	13	140	192	Gesamt
3	16	15	4	12	9		2	5	2	7		3	23	39	Baden-Württemberg
2	4	5	1	4	2		1	3	1	2		1	8	5	Stuttgart
	3	5	1	1	1			2	1	4			8	11	Freiburg
1	3	3		3	5					1		2	4	9	Karlsruhe
	6	2	2	4	1		1						3	14	Tübingen
	10	15	1	22	22		7	6		6	5	7	42	39	Bayern
	5	8		5	9		2	1		3	1	3	22	29	Oberbayern
		2		1	1								2	3	Niederbayern
		1		4	1			1					1		Oberpfalz
	1	1	1	1	2		1	1		1					Oberfranken
	1	3		3	4						2	1	3	2	Mittelfranken
				4	2		2				1	1	5		Unterfranken
	3			4	3		2	3		2	1	2	9	5	Schwaben
	7	3	6	24	6	1	2	3		4	6	2	5	10	Berlin
1	7	5		3	4		1	2			1		2	13	Brandenburg
1	2	1		2	5		1		2	2			1		Bremen
	1	1	1	4	4						1		7	6	Hamburg
1	9	6	1	8	14		1	2		2	5		8	10	Hessen
	6	6	1	4	8			2		2	3		8	9	Darmstadt
1	1			3	4								1		Gießen
	2			1	2		1				1			1	Kassel
1	5	6		5	2		5	2					2	1	Mecklenburg-Vorp.
1	7	7	1	17	8		1	8		3	7		2	10	Niedersachsen
1	3	1		4	1		1	6		1	1			3	Braunschweig
*	2	1	*	1	1	*			*		1	*		2	Hannover
		2	1	6	3						2		1	1	Lüneburg
	2	3		6	3			2		2	3		1	4	Weser-Ems
9	42	14	7	37	36	2	9	12	1	6	11		14	12	Nordrhein-Westfalen
2	9	1	2	9	7		1	7		1	1		3	2	Düsseldorf
2	9	4	2	8	8		1	2		1			8	5	Köln
	7	2		3	4						1				Münster
1	8	1	1	7	2		1						1	3	Detmold
4	9	6	2	10	15	2	6	3	1	4	9		2	2	Arnsberg
	4	5		4	7	1	1	6			4		13	8	Rheinland-Pfalz
	2			1	5	1	1	4			3		2	4	Koblenz
													2	1	Trier
	2	5		3	2			2			1		9	3	Rheinl.-Pf.
				2	4			1			1		1	1	Saarland
2	23	6	4	12	9		10	6		1		1	16	35	Sachsen
	6			3	6		1	1					2	10	Chemnitz
2	15	3	4	7	2		5	3		1			7	14	Dresden
	2	3		2	1		4	2				1	7	11	Leipzig
2	12	6	1	7	6		2	5					2	2	Sachsen-Anhalt
	7	7		9	1				2	4	1			3	Schleswig-Holstein
1	10	4	1	6	6		2	1					2	3	Thüringen

Wochenstatistik – andere meldepflichtige Infektionskrankheiten

Stand: 8. Woche (19.2. – 25.2.1996)

Krankheit	8. Woche	1.– 8. Woche	1.– 8. Woche	1.– 52. Woche
	1996	1996	1995	1995
Botulismus		6	3	12
Brucellose		2	4	36
Cholera				1
Diphtherie			2	4
Fleckfieber				3
Gasbrand		11	19	134
Gelbfieber				
Hämorrh. Fieber				
Lepra				2
Leptospirose, M. Weil			1	26
Leptospirose, sonstige			2	20
Malaria	19	130	184	947
Milzbrand				
Ornithose	4	27	43	180
Paratyphus	1	3	7	96
Pest				
Poliomyelitis			1	4
Q-Fieber	1	3	6	45
Rotz				
Rückfallfieber				
Tetanus			1	12
Tollwut				
Trachom		1	1	9
Trichinose		1	1	11
Tularämie				2
Typhus	3	12	15	162
angeborene				
Listeriose	1	5	5	40
Lues			1	4
Rötelnembryopathie				2
Toxoplasmose	1	7	5	23
Zytomegalie		1	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 Abonnentenservice
Vertriebs- und Versand GmbH
Düsterhauptstr. 17
13469 Berlin
Abo-Tel.: 030 / 403 53 55

Druck
Paul Fieck KG, Berlin

Nachdruck
mit Quellenangabe gestattet