

Epidemiologisches *Bulletin*



**Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten**

45/96

Diese Woche:

**Meldepflichtige
Infektionskrankheiten
in Deutschland:
Situationsbericht
III. Quartal**

Zur Situation bei ausgewählten meldepflichtigen Infektionskrankheiten am Ende des III. Quartals

In der Ausgabe 43/96 des Epidemiologischen Bulletins wurde die Statistik ausgewählter meldepflichtiger Krankheiten für das III. Quartal 1996 veröffentlicht. Außergewöhnliche Entwicklungen haben sich dabei in diesem Jahr bisher nicht ergeben. Im folgenden soll auf einige für wesentlich erachtete Tendenzen hingewiesen werden:

Bei den **Salmonellosen** hat sich der nach 1992 zu beobachtende rückläufige Trend in diesem Jahr kaum noch fortgesetzt (Abb. 1). Im III. Quartal, in das der übliche saisonale Gipfel fällt, ergab sich gegenüber dem Vergleichszeitraum des Jahres 1995 praktisch ein Gleichstand (1996: 46.127 gemeldete Erkr., 1995: 46.213 Erkr.). Wie in den Vorjahren (seit 1992) wurde bei den Salmonellosen auch 1996 aus den neuen Bundesländern eine höhere Inzidenz gemeldet. Die am häufigsten nachgewiesenen Serovaren sind *S. Enteritidis* und *S. Typhimurium* (Abb. 2). Den ersten Rang nimmt weiterhin der Serovar **Enteritidis** mit einem Anteil von 62% an den 1996 bisher gemeldeten Infektionen ein (im III. Quartal 1995: 71%; 1995 insgesamt: 61%). Auch in diesem Jahr wurde das immer noch hohe Risiko einer Verbreitung von Infektionen durch diesen Serovar über Hühnereier sowohl durch zahlreiche Einzelinfektionen als auch durch mehrere Ausbrüche bestätigt. Ihm folgt – wie in den Vorjahren – der Serovar **Typhimurium** mit einem Anteil von 23% (im III. Quartal 1996: 16%; 1995: 23%). Die erfaßte Zahl der Infektionen durch den Serovar *Typhimurium* hatte sich bis zum Jahr 1992 zwar leicht erhöht, blieb aber seitdem weitgehend konstant. Der Lysotyp DT 104 des Serovars *Typhimurium* zeigt gegenwärtig vor allem in Großbritannien eine nahezu epidemische Ausbreitung, in Deutschland wurde diese Entwicklung allerdings bisher nicht in gleichem Umfang beobachtet. Eine Verdrängung des Serovars *Enteritidis* vom ersten Platz in der Rangfolge der Häufigkeit durch *S. Typhimurium* ist deshalb zur Zeit nicht zu erwarten.

Infektionen durch den Serovar **Hadar** wurden sowohl im Jahr 1994 als auch in diesem Jahr vermehrt beobachtet (s. a. *Epid. Bull.* 31/96). Dieser Serovar hat 1996 bereits einen Anteil von 1,2% (im III. Quartal: 0,8%) an den erfaßten Infektionen erreicht (1994: 0,9%, 1995: 0,6%). Trotz der Zunahme von erfaßten Infektionen durch diesen Serovar ist die Situation in Deutschland nicht vergleichbar mit der fast epidemischen Entwicklung der Erkrankungen durch *S. Hadar* in Frankreich. Im Juni 1996 hatte dort die kumulative Zahl der dem Nationalen Referenzzentrum gemeldeten Fälle bereits die Gesamtzahl der Fälle des

12. November 1996

ROBERT KOCH
RKI
INSTITUT

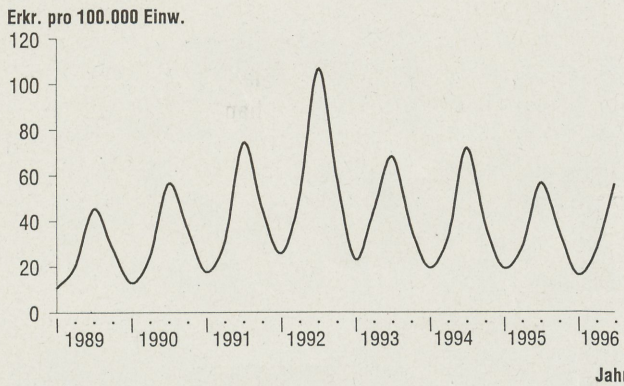


Abb. 1 Salmonellosen in Deutschland; Inzidenzrate pro Quartal

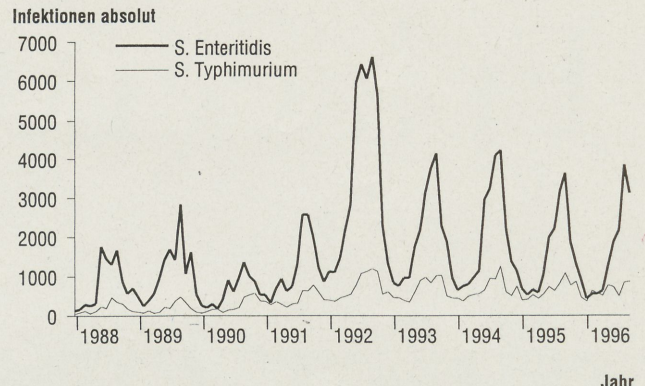


Abb. 2 Häufigkeit der wichtigsten Salmonella-Serovare (nur Gebiet der neuen Bundesländer und Berlin)

Jahres 1995 überschritten. Gezielte epidemiologische Untersuchungen in Frankreich sprechen für den Verzehr von unzureichend erhitztem Geflügel als Ursache für die Infektion mit diesem Serovar. Für Deutschland kann eine solche Aussage bisher nicht getroffen werden. – Der sich seit 1995 andeutende leichte Anstieg des in den Vorjahren eher unbedeutenden Serovars **Bovismorbificans** hat sich 1996 fortgesetzt. Sein Anteil liegt in diesem Jahr bisher bei 1,4% (1995: 1%, 1994: 0,3%). Der Anstieg ist überwiegend durch eine Zunahme von Einzelerkrankungen und nicht von Gruppenerkrankungen bedingt.

Der vor allem meldebedingte Anstieg bei den »**übrigen Formen**« der Enteritis infectiosa hat sich auch in diesem Jahr weiter fortgesetzt. Im III. Quartal 1996 lag die gemeldete Erkrankungszahl um 31% über dem Vorjahreswert und der Kumulativwert lag am Ende des dritten Quartals um immerhin 23% über dem Vergleichswert. Während in den neuen Bundesländern und im Saarland Rotavirus-Infektionen bei dieser Meldekategorie eine wichtige Rolle spielen, haben in den anderen Bundesländern, aus denen dazu allerdings keine differenzierten Angaben vorliegen, scheinbar Infektionen durch Campylobacter und möglicherweise auch unerkannte Salmonellosen einen erheblichen Anteil, zumindest spricht die deutlich andere saisonale Verteilung für eine solche Annahme (Abb. 3).

Der in der Meldestatistik dokumentierte deutliche Rückgang der Meldungen an Shigellose um 28% gegenüber dem Kumulativwert 1995 darf in seiner Bedeutung nicht überbewertet werden. Bei dieser Krankheit mit ihrer sehr niedrigen Morbidität suggerieren beispielsweise bereits leichte

Schwankungen der erfassten Importfälle erhebliche Veränderungen. – Im Rahmen eines Sentinels in den östlichen Bundesländern wurden 434 Einzelfallmeldungen ausgewertet. 81% (351 Erkr.) der hier untersuchten Erkrankungsfälle wurden durch *Shigella sonnei* verursacht, 14% (60) durch *Sh. flexneri*, 3% (13) durch *Sh. dysenteriae* und 2% (8) durch *Sh. boydii* (bei 2 Erkrankungen erfolgte keine Typisierung des Erregers). Insgesamt 320 Erkrankungsfälle (74%) wurden als »importiert« eingeordnet. An der Spitze der Länder, aus denen Shigellose importiert wurde, liegt die Türkei mit 86 (20%) Fällen, gefolgt von Ägypten mit 52 (12%), Tunesien mit 47 (11%) sowie Indien mit 17 (4%) Erkrankungsfällen. 69 Erkrankungen (16%) traten im Rahmen von 16 Ausbrüchen auf. Dabei erkrankten je Ausbruch 3 bis 12 Personen. Bei 13 dieser Ausbrüche handelte es sich um familiäre Häufungen, 8 der Ausbrüche standen in einem unmittelbaren Zusammenhang mit einer Auslandsreise.

Bei der Hepatitis A ergibt sich gegenüber 1995 bisher ein Rückgang um 28% (Abb. 4). Bis zum III. Quartal wurden 3.162 Erkrankungen an Hepatitis A registriert (1995 waren es im gleichen Zeitraum 4.403). Im III. Quartal ergab sich im Vergleich zu 1995 sogar eine Verringerung der Meldedaten um 37%. Selbst beim Vergleich mit den niedrigen Erkrankungszahlen der Jahre 1993 und 1994 ist der seit Anfang dieses Jahres zu beobachtende Rückgang noch deutlich. Es könnte tatsächlich eine verbesserte Situation z. B. durch die vermehrte Anwendung der Schutzimpfung vor Auslandsreisen oder aber als Riegelungsmaßnahme in Kindereinrichtungen erreicht worden sein. Für eine abschließende Einschätzung ist es allerdings zu früh, zumin-

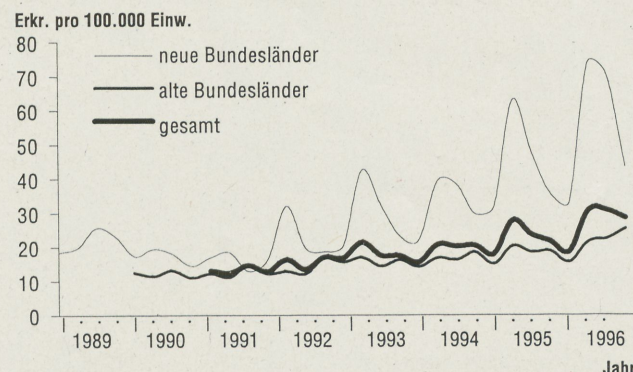


Abb. 3 Enteritis infectiosa in Deutschland, übrige Formen; Inzidenzrate pro Quartal

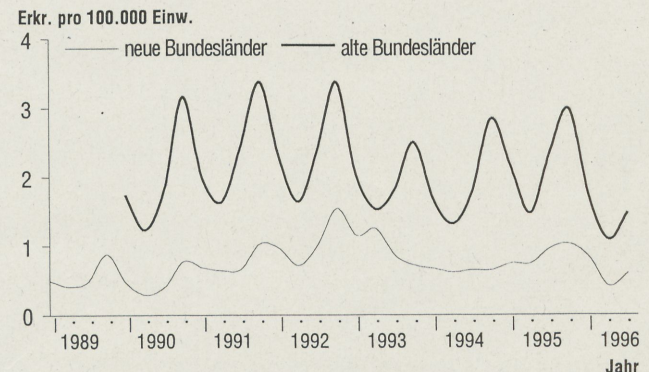


Abb. 4 Hepatitis A in Deutschland; Inzidenzrate pro Quartal

dest muß der übliche saisonale Gipfel im vierten Quartal noch abgewartet werden. – Der sich bei der **Hepatitis B** für 1996 bisher abzeichnende leichte Rückgang der Meldungen gegenüber dem Vorjahr kann noch nicht als Trendwende interpretiert werden. Die seit diesem Jahr gültigen Empfehlungen zur generellen Schutzimpfung im Säuglingsalter und vor der Pubertät lassen erst nach mehreren Jahren einen deutlichen Effekt erwarten.

Bei den nach Deutschland eingeschleppten Erkrankungen an **Malaria** wurden auch im III. Quartal höhere Zahlen im Vergleich zum Vorjahr registriert (329 gegenüber 270), so daß sich die bis September gemeldete Zahl der Erkrankungsfälle auf 835 erhöht hat. Damit setzt sich der seit 1994 wieder leicht steigende Trend fort (Abb. 5 u. 6). Der zwischen den alten und den neuen Bundesländern weiterhin bestehende Unterschied (aus den neuen Bundesländern werden weniger Malariaerkrankungen gemeldet) läßt sich durch noch unterschiedliche Reisegewohnheiten erklären. – Eine Auswertung von bisher 665 Malaria-Einzelfallmeldungen aus diesem Jahr ergab: 69% dieser Erkrankungen wurden durch *Plasmodium falciparum* verursacht, 17% durch *Pl. vivax*, 4% durch *Pl. ovale*, 1% durch *Pl. malariae*, 4% durch mehrere Erreger der Gattung Plasmodium, bei 5,0% blieb der Erreger unbekannt. Weiterhin ergab diese Untersuchung, daß – wie in den Vorjahren – rund 80% der Malariafälle (524 Erkr.) in Afrika erworben wurden, darunter sind Kenia und Ghana mit Anteilen von 17,0% (113 Erkr.) bzw. 15,8% (105 Erkr.) weiterhin die für Deutschland wichtigsten Infektionsgebiete (es folgen Kamerun und Nigeria). Aus Asien wurden 13% der Erkrankungen (84) importiert, darunter 29 (4%) aus Indien. Von den 7 Malariaerkrankungen, deren Quelle in anderen Ländern der europäischen Region (nach der Einteilung der WHO) lag, wurden 6 in der Türkei (Südosttürkei) erworben. – Die Analyse ergab, daß der Anteil der erkrankten Personen, die ohne jegliche Chemoprophylaxe in Infektionsgebiete gereist sind, gegenwärtig noch über 50% beträgt. Aber auch unter den trotz Prophylaxe Erkrankten haben lediglich 7,1% eine regelmäßige Medikamenten-Einnahme angegeben. Eine effektivere Beratung von Personen vor einer Reise in Malaria-Endemiegebiete bleibt folglich eine prioritäre Aufgabe. Dies gilt in besonderem Maße auch für die Expositionsprophylaxe gegenüber Mücken, da damit insbesondere auch das bei Reisen in die Tropen oder Subtropen zunehmende Risiko einer Infektion mit dem Dengue-Virus gesenkt werden kann.

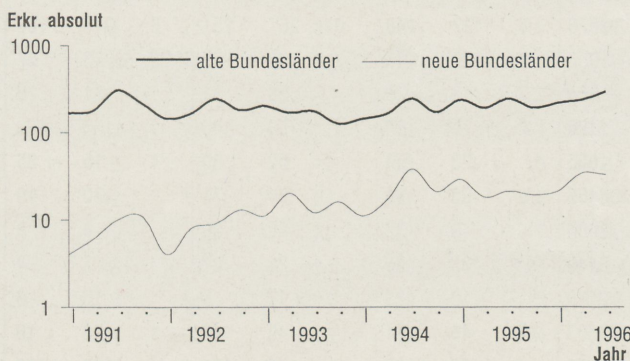


Abb. 5 Malaria in Deutschland; Erkrankungen pro Quartal

Bei der Betrachtung der eher seltenen Krankheiten fällt auf, daß im III. Quartal insgesamt 8 Erkrankungen an **virusbedingtem hämorrhagischem Fieber** zur Meldung kamen. Bei allen diesen Erkrankungen handelt es sich um Hantavirus-Infektionen, wobei die Einordnung als hämorrhagisches Fieber nicht für jeden dieser Fälle unumstritten ist (eine nähere Beschreibung dieser Erkrankungen erfolgt nach Vorliegen aller Einzelangaben in Kürze.) Da die Hantavirus-Infektionen ebenso wie Dengue normalerweise nicht direkt von Mensch zu Mensch übertragen werden, erfordern diese Erkrankungen nach Feststellung ihrer Ätiologie keine besonderen Vorsichtsmaßnahmen.

Zur **Tuberkulose** (s. a. letzter Bericht im *Epid. Bull.* 34/96: 235–236): Die bisher für das Jahr 1996 vorliegenden Meldedaten zur Lungentuberkulose lassen keine wesentliche Änderung der Situation erkennen, in der Mehrzahl der Bundesländer sind etwa gleiche Zahlen erfaßter Erkrankungsfälle bzw. leichte Rückgänge zu verzeichnen. Insgesamt ergeben die Meldedaten aus den 11 Bundesländern, die eine verlässliche laufende Meldung absichern konnten, einen Gleichstand gegenüber dem Vergleichszeitraum des Vorjahres. Weiterhin sind die in der Quartalsstatistik ausgewiesenen Daten zur Tuberkulose nur mit gewissen Einschränkungen interpretierbar. Die Hauptursache dafür ist, daß die Verlässlichkeit der aus einigen Bundesländern wöchentlich gemeldeten Tuberkulosefälle noch immer nicht so gut ist wie bei anderen meldepflichtigen Krankheiten. Im Jahr 1995 stimmte die im Laufe des Jahres erfaßte Kumulativzahl in 11 der 16 Bundesländer weitgehend mit der vom statistischen Bundesamt gemeldeten Jahresendsumme überein. In 4 Bundesländern (Hessen, Niedersachsen, Sachsen, Thüringen) ergab sich dagegen eine deutliche Differenz, d. h. die im Laufe des Jahres (wöchentlich) gemeldeten Erkrankungszahlen lagen zu niedrig. In diesem Jahr haben sich die Meldungen aus drei dieser Länder erheblich erhöht, das wird zunächst als Folge einer verbesserten Meldung und nicht als echter Morbiditätsanstieg interpretiert. Aus Bayern sind grundsätzlich nur am Jahresende Daten zur Häufigkeit der Tuberkulose zu erhalten.

Zu den **Masern** (s. a. *Epid. Bull.* 28/96) wird in der nächsten Ausgabe zusammenfassend berichtet. Eine Übersicht zur **Pertussis** in Deutschland ist in Vorbereitung.

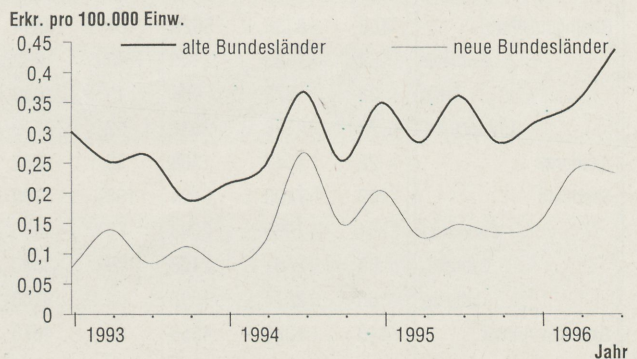


Abb. 6 Malaria in Deutschland; Inzidenzrate pro Quartal

Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten

42. Woche (14.10. – 20.10.1996)

Land Regierungsbezirk	Enteritis infectiosa						Virushepatitis								
	Salmonellose			übrige Formen			Hepatitis A			Hepatitis B			übrige Formen		
	42.	1.– 42.	1.– 42.	42.	1.– 42.	1.– 42.	42.	1.– 42.	1.– 42.	42.	1.– 42.	1.– 42.	42.	1.– 42.	1.– 42.
	1996		1995	1996		1995	1996		1995	1996		1995	1996		1995
Gesamt	2688	89759	94017	1667	78003	62924	151	3585	4999	146	4752	4870	113	3963	3223
Baden-Württemberg	310	9294	10508	179	6097	5615	28	325	402	9	316	332	13	300	201
Stuttgart	110	3378	3817	40	1715	1590	10	122	139	1	135	145	5	129	91
Freiburg	52	1702	2008	34	1256	1221	2	66	60	4	49	50	1	34	28
Karlsruhe	94	2526	2935	72	2120	1847	12	88	142	2	76	89	3	100	63
Tübingen	54	1688	1748	33	1006	957	4	49	61	2	56	48	4	37	19
Bayern	436	12526	13693	207	8512	5941	18	351	456	32	866	660	28	1000	550
Oberbayern	164	4056	4242	106	4085	2749	6	148	162	13	360	273	6	432	259
Niederbayern	33	1370	1658	26	926	543	1	32	35	2	107	80	6	188	69
Oberpfalz	43	1184	1127	11	568	437	1	16	35	5	67	55	7	90	25
Oberfranken	28	1041	852	6	457	257	3	44	33	1	56	47	1	50	36
Mittelfranken	45	1307	1398	21	815	752	3	39	82	1	89	76	4	111	79
Unterfranken	35	1285	1335	11	559	431		31	58	1	57	57		28	30
Schwaben	88	2283	3081	26	1102	772	4	41	51	9	130	72	4	101	52
Berlin	88	2776	2939	53	1721	877	6	347	623	6	228	256	2	102	124
Brandenburg	135	4361	4593	56	4894	3235	2	65	95	1	46	57		6	14
Bremen	12	515	583	10	506	406		21	21		38	42	1	59	55
Hamburg	75	2109	2159	72	2019	1418	2	235	259	6	154	209	3	118	199
Hessen	173	6157	6594	69	3091	2265	11	342	447	12	400	408	5	224	166
Darmstadt	99	3736	3714	28	1676	1199	8	211	309	5	235	256	1	88	81
Gießen	38	1182	1247	12	428	265	1	66	95	6	92	78	3	76	42
Kassel	36	1239	1633	29	987	801	2	65	43	1	73	74	1	60	43
Mecklenburg-Vorp.	94	4047	4067	49	3239	3155	3	27	40		29	41		4	10
Niedersachsen	179	7595	7585	97	5387	4701	16	308	349	12	630	761	7	421	430
Braunschweig	62	1713	1785	20	708	716	2	75	66	7	135	123	4	72	53
Hannover *		1792	1658		1022	1009		97	107	*	231	219	*	154	159
Lüneburg	25	1261	1269	34	1436	1095	8	45	54	2	87	140	3	110	92
Weser-Ems	92	2829	2873	43	2221	1881	6	91	122	3	177	279		85	126
Nordrhein-Westfalen	497	16081	17040	382	15402	14089	53	1125	1726	59	1461	1516	42	1290	1113
Düsseldorf	146	4496	4858	100	4428	3817	18	333	615	15	465	510	13	394	383
Köln	150	4592	4341	95	2827	2358	14	272	420	15	360	277	12	448	249
Münster	66	2514	2822	88	2719	2425	5	114	249	9	154	132	4	53	49
Detmold	52	1563	1585	33	1575	1707	9	160	90	5	166	263	5	147	132
Arnsberg	83	2916	3434	66	3853	3782	7	246	352	15	316	334	8	248	300
Rheinland-Pfalz	158	5256	5629	107	3894	3076	6	117	148	6	261	251	6	210	186
Koblenz	62	1885	2106	40	1232	1086	1	29	65	2	83	75	3	73	57
Trier	23	675	986	15	649	564	3	12	20		28	31		31	26
Rheinl.-Pf.	73	2696	2537	52	2013	1426	2	76	63	4	150	145	3	106	103
Saarland	22	1047	1368	38	1382	1065		28	59		52	50	1	15	25
Sachsen	203	7400	6704	198	11199	8455	2	96	81		64	75		30	19
Chemnitz	51	2665	2608	65	4436	2586	2	49	32		26	39		8	9
Dresden	69	2661	2488	79	3600	3440		35	26		21	27		7	4
Leipzig	83	2074	1608	54	3163	2429		12	23		17	9		15	6
Sachsen-Anhalt	140	4366	4558	60	4378	3603	2	46	81		49	47	1	26	16
Schleswig-Holstein	64	2782	2410	38	2219	1756	1	98	127	3	119	128	4	115	106
Thüringen	102	3447	3587	52	4063	3267	1	54	85		39	37		43	9

42. Woche (14.10. – 20.10.1996)

Wochenstatistik ausgewählter Infektionskrankheiten


Meningitis/Enzephalitis												Shigellose			Land Regierungsbezirk
Meningokokken-M.			andere bakterielle M.			Virus-Meningoenzeph.			übrige Formen			42.	1.– 42.	1.– 42.	
42.	1.– 42.	1.– 42.	42.	1.– 42.	1.– 42.	42.	1.– 42.	1.– 42.	42.	1.– 42.	1.– 42.				
1996	1995	1995	1996	1995	1995	1996	1995	1995	1996	1995	1995	1996	1995	1995	
10	580	541	17	885	753	17	621	625	24	404	447	48	1114	1485	Gesamt
3	75	60	1	64	72		68	146	1	38	23	8	169	233	Baden-Württemberg
1	23	16	1	26	32		33	75		21	8		46	42	Stuttgart
	17	11		11	9		15	34	1	7	6	2	39	47	Freiburg
1	20	25		14	21		11	25		3	7	1	28	63	Karlsruhe
1	15	8		13	10		9	12		7	2	5	56	81	Tübingen
	62	69	4	119	107	3	144	84	4	102	72	6	236	273	Bayern
	24	31		35	33	1	33	9	1	17	12	4	146	169	Oberbayern
	4	3		12	12		11	16		4	2		18	23	Niederbayern
	1	6		7	6		4	9	2	7	6		12	6	Oberpfalz
	6	6	1	12	21	2	19	26		25	23	1	10	5	Oberfranken
	6	7		12	12		4	8		5	11		20	33	Mittelfranken
	8	6	2	21	6		58	3	1	31	9	1	11	5	Unterfranken
	13	10	1	20	17		15	13		13	9		19	32	Schwaben
	30	21		45	22		10	13	1	21	39	6	65	128	Berlin
	18	19	2	36	28		39	21		1	7	1	40	74	Brandenburg
	6	7		35	12		16	1		8	1		2	5	Bremen
2	13	11		16	13		5	7		7	5		18	48	Hamburg
	37	38	2	54	70	4	23	23	1	29	25	1	57	71	Hessen
	24	28	2	38	44	4	17	10	1	21	19	1	49	62	Darmstadt
	5	5		9	12		4	8		1	3		8	4	Gießen
	8	5		7	14		2	5		7	3			5	Kassel
	19	27		31	23		15	22					15	16	Mecklenburg-Vorp.
	46	40	3	92	77	2	29	37	1	56	60	3	33	65	Niedersachsen
	9	9		18	23	1	11	16	1	10	11	3	14	22	Braunschweig
*	17	4	*	21	11	*	5	2	*	20	23	*	6	10	Hannover
	7	11	1	24	13		6	5		11	5		2	2	Lüneburg
	13	16	2	29	30	1	7	14		15	21		11	31	Weser-Ems
2	127	117	2	185	166	7	128	118	2	97	140	7	118	146	Nordrhein-Westfalen
	46	24		32	32	3	33	36		20	13	3	25	20	Düsseldorf
1	30	27		53	33	2	18	17		5	8	2	47	52	Köln
	15	15	1	23	27		2	4	1	29	44		4	12	Münster
1	13	19		23	21	1	13	13		4	3	2	29	41	Detmold
	23	32	1	54	53	1	62	48	1	39	72		13	21	Arnsberg
	15	21		31	45		15	25	13	24	37	3	62	77	Rheinland-Pfalz
	6	10		20	29		13	19	1	8	16		14	30	Koblenz
	1				1		1	1	12	13	2		4	7	Trier
	8	11		11	15		1	5		3	19	3	44	40	Rheinl.-Pf.
1	6	5		13	18	1	13	13	1	11	21		11	4	Saarland
	48	31	1	64	51		66	64		2	3	7	164	212	Sachsen
	10	7	1	23	22		16	13				2	36	43	Chemnitz
	29	13		27	20		25	33		2	3	3	78	95	Dresden
	9	11		14	9		25	18				2	50	74	Leipzig
1	34	36	1	33	22		34	24				6	61	58	Sachsen-Anhalt
	18	17	1	41	12		3	13		8	14		6	16	Schleswig-Holstein
1	26	22		26	15		13	14					57	59	Thüringen

Wochenstatistik – andere meldepflichtige Infektionskrankheiten

42. Woche (14.10. – 20.10.1996)

Krankheit	42. Woche	1.– 42. Woche	1.– 42. Woche	1.– 52. Woche
	1996	1996	1995	1995
Botulismus		12	5	12
Brucellose		19	29	36
Cholera			1	1
Diphtherie		3	3	4
Fleckfieber			2	3
Gasbrand		85	111	134
Gelbfieber				
Hämorrh. Fieber		10		
Lepra		3	2	2
Leptospirose, M. Weil	1	10	16	26
Leptospirose, sonstige	1	11	13	20
Malaria	16	879	786	947
Milzbrand				
Ornithose	1	112	156	180
Paratyphus		49	84	96
Pest				
Poliomyelitis		1	3	4
Q-Fieber		66	42	45
Rotz				
Rückfallfieber				
Tetanus		13	9	12
Tollwut		1		
Trachom		4	9	9
Trichinose		1	11	11
Tularämie		1	1	2
Typhus	1	108	113	162
angeborene				
Listeriose		27	28	40
Lues		3	2	4
Rötelnembryopathie		1	1	2
Toxoplasmose		21	22	23
Zytomegalie		18	12	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. Auswertungen zum CJK-Fallregister erfolgen aus aktuellem Anlaß, spätestens jedoch halbjährlich. – 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* 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 (Info)* 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,
jedoch nicht zu werblichen Zwecken