



Epidemiologisches Bulletin

II. Januar 2002 / Nr. 2

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Falldefinitionen für meldepflichtige Infektionskrankheiten

Die Anwendung von Falldefinitionen ist eine unverzichtbare Grundlage der Überwachung meldepflichtiger Erkrankungen (Surveillance). Sie ermöglicht eine einheitliche Bewertung des epidemiologischen Geschehens. Die Gesundheitsbehörden Deutschlands arbeiten seit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) mit Falldefinitionen. Diese wurden durch das Robert Koch-Institut für die festgelegten Meldungen von Erkrankungen bzw. Erregernachweisen (gemäß § 4 (2) IfSG) zur Verfügung gestellt. Publiziert sind sie in einer Broschüre, die den Gesundheitsbehörden vorliegt, in der Zeitschrift *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2000; 43: 845–869 und im Internet (http://www.rki.de/INFEKT/IFSG/IFSG_FALLDEF.HTM).

Zusätzlich wurden Falldefinitionen für Infektionskrankheiten bzw. Erregernachweise erforderlich für die in bestimmten Bundesländern eine Meldepflicht vorgesehen ist. Außerdem wurde zwischenzeitlich eine Änderung der Falldefinition für *Bacillus anthracis*/Milzbrand notwendig. Diese Ergänzungen werden nachfolgend mitgeteilt:

Falldefinitionen für die Gesundheitsbehörden der Länder, in denen zusätzlich zum IfSG eine Meldepflicht für weitere Krankheiten besteht

Das IfSG legt fest, dass die generell vorgesehene Meldepflicht in den Bundesländern per Landesverordnung ausgeweitet werden kann. Bisher haben insbesondere die östlichen Bundesländer davon Gebrauch gemacht. Für diese insgesamt 12 zusätzlich meldepflichtigen Krankheiten wurden im RKI Falldefinitionen erarbeitet und mit den zuständigen Landesbehörden sowie den jeweiligen Nationalen Referenzzentren und Konsiliarlaboratorien abgestimmt. Da die hierzu vorgesehenen Landesverordnungen noch nicht alle in Kraft sind, liegt gegenwärtig noch keine Gesamtübersicht darüber vor, welche der hier aufgeführten Krankheiten in welchen Bundesländern meldepflichtig sind. Auskünfte dazu erteilen z. Z. die obersten Gesundheitsbehörden der jeweiligen Bundesländer. Folgende Falldefinitionen werden in diesem Zusammenhang vorgegeben:

Röteln-Virus/Röteln (außer konnatale Röteln)

Klinisches Bild: Klinisches Bild vereinbar mit postnatalen Röteln mit mindestens einem der folgenden Merkmale:

- ▶ Lymphadenopathie im Nackenbereich,
- ▶ Generalisiertes makulopapulöses Exanthem.

Labordiagnostischer Nachweis: Positiver Befund mit **mindestens einer** der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ Virusisolierung aus klinischen Materialien,
- ▶ Nukleinsäure-Nachweis in klinischen Materialien (z. B. PCR),
- ▶ IgM-Antikörper-Nachweis (z. B. ELISA),
- ▶ IgG-Antikörper-Nachweis (≥ 4 facher Titeranstieg in zwei Proben, z. B. ELISA),
- ▶ Nachweis unspezifischer Röteln Antikörper (≥ 4 facher Titeranstieg in zwei Proben, z. B. HHT, HIG, NT).

An die zuständige Landesbehörde zu übermittelnde Infektion/Erkrankung:

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild vereinbar mit postnatalen Röteln bei fehlendem labordiagnostischen Nachweis **und** Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit 14–21 Tage).

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild vereinbar mit postnatalen Röteln und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion: Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion: Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Diese Woche

2/2002

Infektionskrankheiten, Meldewesen:

Falldefinitionen für Infektionen, die nach Landesverordnungen meldepflichtig sein können

- ▶ Röteln
(außer konnatale Form)
- ▶ Mumps
- ▶ Keuchhusten
- ▶ Windpocken
- ▶ Tetanus
- ▶ Erythema migrans, frühe Neuroborreliose
- ▶ Keratokonjunktivitis epidemica (klinisches Bild)
- ▶ Scharlach
- ▶ Invasive Pneumokokken-Erkrankungen
- ▶ Toxoplasmose
(außer konnatale Form)
- ▶ Virusmeningitiden
(soweit nicht im IfSG erfasst)
- ▶ Amöbiasis

Aktualisierte Falldefinition für Milzbrand

Falldefinitionen im Rahmen der EU-weiten Vereinheitlichung des Meldewesens

Evaluierung und Aktualisierung der Falldefinitionen zum IfSG

Meldepflichtige Infektionskrankheiten:

- ▶ Aktuelle Statistik
Stand vom 9. Januar 2002
(51. Woche)



Anmerkung: Vom Gesundheitsamt wird der **Krankheitsverdacht**, definiert als generalisiertes Exanthem vereinbar mit postnatalen Röteln **ohne** labor-diagnostischen Nachweis und **ohne** Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus **nicht übermittlungspflichtig**.

Erregernachweise für **konnatale Röteln** sind nach dem § 7 Absatz 3 IfSG vom feststellenden Labor direkt an das Robert Koch-Institut zu melden. Speziell hierfür vorgesehene Formulare können beim Robert Koch-Institut angefordert werden.

Mumps-Virus/Mumps

Klinisches Bild: Klinisches Bild vereinbar mit Mumps mit geschwollenen Speicheldrüse(n) ≥ 2 Tage anhaltend, ohne andere erkennbare Ursache.

Labordiagnostischer Nachweis: Positiver Befund mit **mindestens einer** der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ Virusisolierung aus klinischem Material,
- ▶ Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR mit klinischem Material),
- ▶ IgM-Antikörper-Nachweis (z. B. ELISA),
- ▶ IgG-Antikörper-Nachweis (≥ 4 facher Titeranstieg in zwei Proben, z. B. ELISA),
- ▶ Nachweis unspezifischer Mumps-Antikörper (≥ 4 facher Titeranstieg in zwei Proben, z. B. KBR, NT).

An die zuständige Landesbehörde zu übermitteln:

Klinisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild vereinbar mit Mumps.

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild vereinbar mit Mumps bei fehlendem labordiagnostischen Nachweis **und** Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit 14–25 Tage).

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild vereinbar mit Mumps und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion: Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion: Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung: Vom Gesundheitsamt wird der **Krankheitsverdacht**, definiert als klinisches Bild vereinbar mit Mumps weniger als 2 Tage anhaltend **ohne** labordiagnostischen Nachweis und **ohne** Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus **nicht übermittlungspflichtig**.

Bordetella pertussis /Keuchhusten

Klinisches Bild: Klinisches Bild vereinbar mit Keuchhusten mit mindestens einem der folgenden Merkmale:

- ▶ anfallsweise auftretender Husten,
- ▶ inspiratorisches Stridor,
- ▶ Erbrechen nach den Hustenanfällen,
- ▶ Apnoe, insbesondere bei Säuglingen.

Labordiagnostischer Nachweis: Positiver Befund mit **mindestens einer** der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ Erregerisolierung aus Abstrichen/Sekret des Nasenrachensraums,
- ▶ Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR mit Abstrichen/Sekret des Nasenrachensraums),
- ▶ IgA-Antikörper-Nachweis,
- ▶ IgG-/IgA-Antikörper-Nachweis (≥ 4 facher Titeranstieg in zwei Proben, z. B. ELISA).

An die zuständige Landesbehörde zu übermitteln:

Klinisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild vereinbar mit Keuchhusten (außer Apnoe), wenn über 14 Tage Dauer.

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild vereinbar mit Keuchhusten bei fehlendem labordiagnostischen Nachweis **und** Nachweis eines epidemiologischen Zusammen-

hangs (Inkubationszeit ca. 7–20 Tage) mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion.

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild vereinbar mit Keuchhusten und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion: Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion: Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung: Vom Gesundheitsamt wird der **Krankheitsverdacht**, definiert als klinisches Bild vereinbar mit Keuchhusten, das weniger als 14 Tage andauert, **ohne** labordiagnostischen Nachweis und **ohne** Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus **nicht übermittlungspflichtig**.

Varicella-Zoster-Virus bzw. Humanes Herpesvirus 3/ Windpocken (Varizellen)

Klinisches Bild: Klinisches Bild vereinbar mit Windpocken mit Exanthem an Haut oder Schleimhaut bei gleichzeitig vorhandenen Papeln, Bläschen bzw. Pusteln und Schorf.

Labordiagnostischer Nachweis: Positiver Befund mit **mindestens einer** der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ Virusisolierung (z. B. aus Bläscheninhalt oder Liquor),
- ▶ Nukleinsäure-Nachweis (z. B. in Bläscheninhalt oder Liquor mittels PCR),
- ▶ mikroskopischer Erregernachweis mittels Immunfluoreszenzmikroskopie,
- ▶ IgM-/IgA-Antikörper-Nachweis (z. B. ELISA, IFT),
- ▶ Nachweis unspezifischer Varizellen-Antikörper (≥ 4 facher Titeranstieg in zwei Proben, z. B. IFT, ELISA).

An die zuständige Landesbehörde zu übermitteln:

Klinisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild vereinbar mit Windpocken.

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild vereinbar mit Windpocken bei fehlendem labordiagnostischen Nachweis **und** Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 14–21 Tage).

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild vereinbar mit Windpocken und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion: Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion: Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung: Vom Gesundheitsamt wird der **Krankheitsverdacht**, definiert als unvollständiges klinisches Bild vereinbar mit Windpocken, **ohne** labordiagnostischen Nachweis und **ohne** Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus **nicht übermittlungspflichtig**.

Clostridium tetani/Tetanus (Wundstarrkrampf)

Klinisches Bild: Klinisches Bild vereinbar mit Tetanus mit mindestens einem der folgenden Symptome ohne andere offensichtliche medizinische Ursachen:

- ▶ erhöhter Muskeltonus,
- ▶ schmerzhafte Kontraktionen der Hals-, Kiefer- oder Rumpfmuskulatur,
- ▶ generalisierte Muskelspasmen.

Labordiagnostischer Nachweis: Entfällt.

Zu Beachten: Der Nachweis des Tetanustoxins im Serum (vor Antitoxingabe) bestätigt die klinische Diagnose, ein negativer Nachweis schließt diese jedoch nicht aus.

An die zuständige Landesbehörde zu übermitteln:**Klinisch bestätigte Erkrankung:** Klinisches Bild vereinbar mit Tetanus.**Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung:** Entfällt.**Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung:** Entfällt.**Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion:** Entfällt.**Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion:** Entfällt.**Anmerkung:** Vom Gesundheitsamt wird der **Krankheitsverdacht**, definiert als unvollständiges klinisches Bild vereinbar mit Tetanus, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus **nicht übermittlungspflichtig**. Die Inkubationszeit beträgt 1 Tag bis mehrere Monate, meist 3–21 Tage.***Borrelia burgdorferi sensu stricto, Borrelia garinii, Borrelia afzelii/Erythema migrans, frühe Neuroborreliose*****Klinisches Bild:** Klinisches Bild vereinbar mit **Erythema migrans** mit einem sich vergrößernden, rötlichen oder bläulich-roten, runden Fleck mit deutlich abgesetztem Rand.**UND/ODER**Klinisches Bild vereinbar mit **früher Neuroborreliose** mit mindestens einem der folgenden Merkmale:

- ▶ akute schmerzhafte Radikuloneuritis,
- ▶ akute Lähmung von Hirnnerven,
- ▶ Meningitis.

Labordiagnostischer Nachweis:**Erythema migrans:** Positiver Befund mit einer oder mit beiden der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ IgM-Antikörper-Nachweis* (z. B. ELISA, IFA) bestätigt durch Immunoblot,
- ▶ IgG-Antikörper-Nachweis* (z. B. ELISA, IFA) bestätigt durch Immunoblot.

* Spezifische Antikörper sind nur in ca. 50 % aller Fälle von Erythema migrans nachweisbar. Daher erfolgen Diagnose und Therapie unabhängig von den Laborergebnissen.

Frühe Neuroborreliose: Positiver Befund mit den nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ lymphozytäre Pleozytose im Liquor

UND

mindestens einer der folgenden Befunde:

- ▶ erhöhter Liquor/Serum-Antikörper-Index zum Nachweis intrathekal gebildeter Antikörper,
- ▶ Erregerisolierung (kulturell) aus Liquor,
- ▶ Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR) aus Liquor.

An die zuständige Landesbehörde zu übermitteln:**Klinisch bestätigte Erkrankung (nur bei Erythema migrans):** Klinisches Bild vereinbar mit Erythema migrans.**Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung:** Entfällt.**Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung:** Klinisches Bild vereinbar mit Erythema migrans oder mit früher Neuroborreliose und labordiagnostischer Nachweis.**Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion:** Entfällt.**Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion:** Entfällt.**Anmerkung:** Vom Gesundheitsamt wird der **Krankheitsverdacht**, definiert als unvollständiges klinisches Bild vereinbar mit Erythema migrans oder als klinisches Bild vereinbar mit früher Neuroborreliose, **ohne** labordiagnostischen Nachweis und **ohne** Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus **nicht übermittlungspflichtig**. Die Inkubationszeit für Erythema migrans beträgt mindestens 3 Tage bis zu 6 Wochen nach Zeckenstich.

Bei der Lyme-Borreliose wird auf die Erfassung der Spätstadien verzichtet, da diese diagnostische Schwierigkeiten bereiten und das Infektionsgeschehen bzw. die Inzidenz der Erkrankung, nicht reflektieren. Sie umfassen das Borrelien-Lymphozytom, die Acrodermatitis chronica atrophicans, die chronische Neuroborreliose, die Lyme-Arthritis und die Lyme-Karditis.

Keratokonjunktivitis epidemica /Adenovirus***Klinisches Bild:** Klinisches Bild vereinbar mit Keratokonjunktivitis epidemica mit Konjunktivitis/Keratokonjunktivitis**UND** kein Hinweis auf eine toxische, traumatische oder allergische Reizung.**Labordiagnostischer Nachweis im Konjunktivalabstrich:** Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden im Konjunktivalabstrich:

- ▶ Virusisolierung in Zellkultur,
- ▶ Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR),
- ▶ Antigen-Nachweis (z. B. IFT, EIA) in Zellen von Konjunktivalabstrichen.

An die zuständige Landesbehörde zu übermitteln:**Klinisch bestätigte Erkrankung:** Klinisches Bild vereinbar mit Keratokonjunktivitis epidemica.**Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung:** Klinisches Bild vereinbar mit Keratokonjunktivitis epidemica und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs zu einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 5–12 Tage, aber auch länger).**Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung:** Klinisches Bild vereinbar mit Keratokonjunktivitis epidemica und labordiagnostischer Nachweis.**Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion:** Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.**Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion:** Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.* **Anmerkung:** Im Unterschied zu § 7 (1) Punkt 1 des IfSG ist hier zusätzlich auch das klinische Bild allein melde- und übermittlungspflichtig. Aus diesem Grund wurde hier als übermittlungspflichtiger Tatbestand primär das klinische Bild genannt. Die bundesweite Melde- und Übermittlungspflicht für den direkten Nachweis von Adenoviren aus dem Konjunktivalabstrich nach IfSG bleibt unverändert bestehen.***Streptococcus pyogenes/Scharlach*****Klinisches Bild:** Klinisches Bild vereinbar mit Scharlach mit folgenden drei Symptomen:

- ▶ Pharyngitis,
- ▶ feinfleckiges Exanthem,
- ▶ Enanthem.

Labordiagnostischer Nachweis: Positiver Befund mit **mindestens einer** der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ Erregerisolierung (kulturell) aus Pharyngealsekret (Rachenabstrich),
- ▶ Antigen-Nachweis aus dem Rachenabstrich,
- ▶ Antikörper-Nachweis im Anti-Streptolysin O-Test (≥ 4 facher Titeranstieg im Serumpaar).

An die zuständige Landesbehörde zu übermitteln:**Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung:** Klinisches Bild vereinbar mit Scharlach bei fehlendem labordiagnostischen Nachweis **und** Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs (Inkubationszeit ca. 2–4 Tage) mit einer **klinisch** und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Erkrankung.**Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung:** Klinisches Bild vereinbar mit Scharlach und labordiagnostischer Nachweis.**Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion:** Entfällt.**Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion:** Entfällt.**Anmerkung:** Vom Gesundheitsamt wird der **Krankheitsverdacht**, definiert als klinisches Bild vereinbar mit Scharlach, **ohne** labordiagnostischen Nachweis und **ohne** Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus **nicht übermittlungspflichtig**.

Streptococcus pneumoniae/ *Invasive Pneumokokken-Erkrankungen*

Klinisches Bild: Klinisches Bild vereinbar mit invasiver Pneumokokken-Erkrankung mit einer der folgenden Krankheitsausprägungen:

- ▶ Meningitis,
- ▶ Sepsis,
- ▶ septische Arthritis,
- ▶ Osteomyelitis,
- ▶ bakterielle Peritonitis.

Labordiagnostischer Nachweis: Positiver Befund mit **mindestens einer** der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ Erregerisolierung (kulturell) aus Blut, Liquor oder anderem normalerweise sterilen Material,
- ▶ Antigen-Nachweis aus Blut, Liquor oder anderem normalerweise sterilen Material.

An die zuständige Landesbehörde zu übermitteln:

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild vereinbar mit invasiver Pneumokokken-Erkrankung bei fehlendem labordiagnostischen Nachweis **und** Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 1–3 Tage).

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild vereinbar mit invasiver Pneumokokken-Erkrankung und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion: Entfällt.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion: Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung: **Nicht meldepflichtig** ist der **Krankheitsverdacht**, definiert als klinisches Bild vereinbar mit invasiver Pneumokokken-Erkrankung **ohne** labordiagnostischen Nachweis und **ohne** Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs.

Toxoplasma gondii/Toxoplasmose *(außer konnataler Toxoplasmose)*

Klinisches Bild: Klinisches Bild vereinbar mit postnataler Toxoplasmose mit mindestens einem der folgenden Merkmale:

- ▶ Lymphknotenschwellung,
- ▶ Enzephalitis,
- ▶ zentralnervöse Störungen,
- ▶ Chorioretinitis.

Labordiagnostischer Nachweis: Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ IgM Antikörper-Nachweis,
- ▶ IgA-Antikörper-Nachweis,
- ▶ Nachweis eines hohen IgG-Antikörpertiters,
- ▶ Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR),
- ▶ Direktnachweis im Mäuse-Inokulationstest,
- ▶ Erregerisolierung (Gewebekultur),
- ▶ histologischer Erregernachweis.

An die zuständige Landesbehörde zu übermitteln:

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild vereinbar mit postnataler Toxoplasmose bei fehlendem labordiagnostischen Nachweis **und** Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs (Inkubationszeit ca. 5–23 Tage) mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion. – **Epidemiologischer Zusammenhang:** Gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. kontaminierte Lebensmittel oder kontaminiertes Wasser.

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild vereinbar mit postnataler Toxoplasmose und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion: Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion: Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung: Vom Gesundheitsamt wird der **Krankheitsverdacht**, definiert als klinisches Bild vereinbar mit postnataler Toxoplasmose **ohne** labordiagnostischen Nachweis und **ohne** Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus **nicht übermittlungspflichtig**. Erregernachweise für **konnatale Toxoplasmose** sind nach dem § 7 Absatz 3 vom feststellenden Labor direkt an das Robert Koch-Institut zu melden. Speziell hierfür vorgesehene Formulare können beim Robert Koch-Institut angefordert werden.

Virusmeningitiden *(sofern nicht bereits im Rahmen des IfSG meldepflichtig)*

Klinisches Bild: Klinisches Bild vereinbar mit Virusmeningitis oder -meningoenzephalitis mit mindestens einem der folgenden Krankheitszeichen:

- ▶ Nackensteifigkeit,
- ▶ Kopfschmerzen,
- ▶ Erbrechen,
- ▶ veränderte Bewusstseinslage.

Labordiagnostische Kriterien: Positiver Befund mit den nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ Pleozytose im Liquor,
- ▶ erhöhter Liquor/Serum-Antikörper-Index zum Nachweis intrathekal gebildeter Antikörper,
- ▶ fehlende labordiagnostische Hinweise auf eine bakterielle oder Pilzinfektion im Liquor.

ODER

Positiver Befund mit mindestens einer der aufgeführten Methoden:

- ▶ Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR) im Liquor,
- ▶ Virusnachweis im Liquor.

An die zuständige Landesbehörde zu übermitteln:

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild vereinbar mit Virusmeningitis bei fehlenden labordiagnostischen Kriterien **und** Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer Infektion, die den o.g. labordiagnostischen Kriterien entspricht. – **Epidemiologischer Zusammenhang:** Mensch-zu-Mensch-Übertragung oder gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. kontaminierte Lebensmittel oder kontaminiertes Wasser.

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild vereinbar mit Virusmeningitis und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion: Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion: Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar

Anmerkung: Vom Gesundheitsamt wird der **Krankheitsverdacht**, definiert als klinisches Bild vereinbar mit Virusmeningitis **ohne** labordiagnostischen Nachweis und **ohne** Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus **nicht übermittlungspflichtig**. – Unter optimalen Laborbedingungen kann in ca. 50% aller Fälle von Virusmeningitis ein spezifisches Virus als Ursache ermittelt werden. Wenn das Virus bekannt ist, soll dies übermittelt werden. Virusmeningitiden bedingt durch Erreger, die im Rahmen des IfSG oder anderer Landesverordnungen meldepflichtig sind (z. B. Masern, FSME), sind jedoch als solche zu melden.

Entamoeba histolytica /Amöbiasis

Klinisches Bild: Klinisches Bild vereinbar mit Amöbiasis mit mindestens einem der folgenden Merkmale:

- ▶ Bauchkrämpfe,
- ▶ Entzündung des Dickdarms oder Dünndarms,
- ▶ Diarrhö,
- ▶ Abszessbildung in extraintestinalen Organen.

Labordiagnostischer Nachweis:

- ▶ **Intestinale Manifestationen:** mikroskopischer Direktnachweis im Stuhl oder Biopsiematerial,
- ▶ **Extraintestinale Manifestationen:** erstmaliger *E.-histolytica*-Antikörper-Nachweis im Serum.

An die zuständige Landesbehörde zu übermitteln:

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild der Amöbiasis bei fehlendem labordiagnostischen Nachweis **und** Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer durch labordiagnostischen Nachweis bestätigten Infektion (Inkubationszeit variabel von 1–2 Tagen bis zu Jahren, in der Regel 2–4 Wochen). – **Epidemiologischer Zusammenhang:** Gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. kontaminierte Lebensmittel oder kontaminiertes Wasser; sexuelle Übertragung durch Oral-Anal-Verkehr.

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild der Amöbiasis und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion: Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion: Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angaben zum klinischen Bild nicht ermittelbar.

Anmerkung: Vom Gesundheitsamt wird der **Krankheitsverdacht**, definiert als klinisches Bild vereinbar mit Amöbiasis **ohne** labordiagnostischen Nachweis und **ohne** Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus **nicht übermittlungspflichtig**.

Falldefinition für Milzbrand (neue Fassung)

Im Zusammenhang mit den in den USA aufgetretenen Milzbrandfällen wurde deutlich, dass die bisherige Falldefinition für diese Erkrankung nicht der Situation gerecht wird, die im Falle eines bioterroristischen Anschlages auftreten könnte. Aus diesem Grund wurde eine Fassung erarbeitet, die die bisher publizierte Falldefinition für Milzbrand mit sofortiger Wirkung ersetzt:

***Bacillus anthracis*/Milzbrand**

Klinisches Bild: Klinisches Bild vereinbar mit Milzbrand, das folgende Formen annehmen kann:

- ▶ **Hautmilzbrand:** (Pustula maligna): Papulöse, dann vesikuläre Hautläsion, die sich über 1–6 Tage in ein hämorrhagisch-schwarz belegtes Ulkus mit umliegendem Ödem entwickelt (Milzbrandkarbunkel).
- ▶ **Lungenmilzbrand:** Symptome einer akuten Atemwegsinfektion, Myalgie, unproduktiver Husten, im weiteren Verlauf hohes Fieber, Dyspnoe, Hypoxie. Radiologisch charakteristisch ist ein verbreitertes Mediastinum.
- ▶ **Darmmilzbrand:** Fieber, Übelkeit, Bauchschmerzen, Erbrechen (ggf. blutig), Durchfall (ggf. blutig).
- ▶ **Septikämie:** Bei systemischen Verläufen kann zusätzlich eine Hirnhautentzündung mit Krämpfen und Bewusstseinsverlust auftreten.

Labordiagnostischer Nachweis: Positiver Befund mit mindestens einer der nachfolgend aufgeführten Methoden:

- ▶ Erregerisolierung (kulturell oder PCR) aus Blut oder Gewebeprobe (Haut, Lunge, Darm) sowie anderen klinischen Materialien,
- ▶ Nachweis der Kapsel (Immunofluoreszenzmikroskopie).

Über zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermitteln:

Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild vereinbar mit Milzbrand und Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs mit einer bestätigten Infektion (Inkubationszeit ca. 1–7 Tage, gelegentlich bis zu 60 Tagen). – **Epidemiologischer Zusammenhang:** Gemeinsame Expositionsquelle wie z. B. infizierte Tierprodukte, Felle, Häute.

Klinisch und durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild vereinbar mit Milzbrand und labordiagnostischer Nachweis.

Durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte asymptomatische Infektion: Labordiagnostischer Nachweis bei fehlendem klinischen Bild.

Nur durch labordiagnostischen Nachweis bestätigte Infektion: Labordiagnostischer Nachweis vorhanden, Angabe zum klinischen Bild

Anmerkung: Vom Gesundheitsamt wird der **Krankheitsverdacht**, definiert als klinisches Bild vereinbar mit Milzbrand **ohne** labordiagnostischen Nachweis und **ohne** Nachweis eines epidemiologischen Zusammenhangs, erfasst. Dieser ist jedoch darüber hinaus **nicht übermittlungspflichtig**.

Zu den Falldefinitionen im Kontext der Vereinheitlichung des Meldewesens in den Ländern der EU

Es wird angestrebt, die Meldung epidemiologisch relevanter Infektionskrankheiten in den Ländern der Europäischen Union zu vereinheitlichen. Dieser ebenso fachlich sinnvolle wie praktisch wichtige Prozess wurde eingeleitet, an der Realisierung wird gearbeitet. In diesem Zusammenhang hat das Netzwerkkomitee der Europäischen Union im Oktober 2001 Falldefinitionen für ein einheitliches Surveillance-System in der EU beschlossen, die zum 01.01.2003 in Kraft treten werden. An der Entwicklung und Formulierung dieser Falldefinitionen waren Experten aus Deutschland maßgeblich beteiligt, was u. a. dazu geführt hat, dass die gegenwärtig in Deutschland verwendeten IfSG-Falldefinitionen bereits mit den ab 2003 gültigen EU-Falldefinitionen kompatibel sind.

Allerdings sind im europäischen Surveillance-System Krankheiten vorgesehen, die derzeit nach dem IfSG noch nicht meldepflichtig sind. Dies betrifft Infektionen durch folgende Erreger: *Neisseria gonorrhoeae*, Mumps-Virus, *Bordetella pertussis*, Röteln-Virus, *Chlamydia trachomatis* (genitale Infektion), *Streptococcus pneumoniae* (invasive Formen), *Clostridium tetani*, *Toxoplasma gondii*. Daher ist zu prüfen und zu entscheiden, ob die Meldepflicht für diese Krankheiten künftig auch im IfSG verankert werden sollte, damit das Surveillance-System in Deutschland eine vollständige Kompatibilität innerhalb Europas erlangt.

Zur Evaluierung und Aktualisierung der Falldefinitionen

Die bisherigen Erfahrungen mit den Falldefinitionen sind positiv. Auch eine Erhebung im Rahmen einer fokussierten Gruppendiskussion mit 54 Ärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Juni 2001 in Bad Mergentheim zeigte nur geringe Probleme auf. Dennoch können die Definitionen auf der Basis der bisher vorliegenden Erfahrungen noch verbessert werden, bei einigen Krankheiten sind Überarbeitungen notwendig.

Das RKI plant, im I. Quartal 2002 die neuen Falldefinitionen nach IfSG sowie die Zusatzfalldefinitionen systematisch auf ihre Anwendbarkeit und die Einheitlichkeit ihrer Interpretation zu evaluieren. Analog zu Ringversuchen, wie sie in der Qualitätskontrolle labordiagnostischer Untersuchungen üblich sind, werden speziell entwickelte Fallbeispiele den Mitarbeitern des RKI, den zuständigen Landesstellen sowie den Gesundheitsämtern vorgelegt mit der Bitte, diese nach den bekannten Falldefinitionen einzustufen. Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig und anonym. Allerdings wird eine vollständige Beteiligung aller Gesundheitsämter, Landesstellen und zuständigen Mitarbeiter des RKI angestrebt, um eine verlässliche Auswertung zu ermöglichen. Die gewonnenen Erkenntnisse werden in die Neuentwicklung oder Überarbeitung der deutschen sowie der europäischen Falldefinitionen einfließen. Darüber hinaus wird die Erhebung genutzt werden, um die Verlässlichkeit der Falldefinitionen einzuschätzen.

Es ist vorgesehen, nach Auswertung dieser Evaluierung die bestehenden Falldefinitionen bis zum Ende des Jahres 2002 zu aktualisieren, so dass sie zum Jahresbeginn 2003 synchron mit den Falldefinitionen der EU in Kraft treten können.

Beitrag aus dem Zentrum für Infektionsepidemiologie des RKI.

Anmerkungen zu den bestehenden bzw. zu den hier veröffentlichten Falldefinitionen werden über die E-Mail-Adresse ifsg@rki.de erbeten.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 9.1.2002 (51. Woche)

Land	Darminfektionen														
	Salmonellen-Ent.			Paratyphus			Typhus abd.			EHEC-Inf.			E.-coli-Inf., sonst.		
	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.
	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000 ⁺	2001	2000 ⁺	2001	2000 ⁺	
Baden-Württemberg	118	10024	8564	0	9	13	0	11	14	2	141		3	566	
Bayern	71	9121	10977	0	13	14	0	10	10	0	183		5	497	
Berlin	23	2895	2686	0	7	3	0	7	5	0	10		2	297	
Brandenburg	45	3327	3185	0	0	0	0	1	1	0	10		6	233	
Bremen	6	509	507	0	2	0	0	0	1	0	11		0	74	
Hamburg	16	1686	1448	0	2	1	0	4	2	1	21		1	29	
Hessen	16	4824	5316	0	3	10	0	12	12	0	47		1	222	
Mecklenburg-Vorpommern	0	2560	3229	0	0	0	0	0	1	0	18		0	262	
Niedersachsen	18	6498	7653	0	5	3	0	7	6	0	106		2	207	
Nordrhein-Westfalen	144	12595	14456	0	16	8	0	21	13	4	253		13	697	
Rheinland-Pfalz	26	3800	4437	0	2	3	0	6	2	0	45		2	120	
Saarland	4	562	1007	0	1	1	0	0	0	0	5		0	30	
Sachsen	0	5291	5256	0	2	1	0	0	1	0	54		0	710	
Sachsen-Anhalt	0	4730	3615	0	0	3	0	0	0	0	38		0	433	
Schleswig-Holstein	36	2571	2565	0	4	0	0	4	2	1	24		1	62	
Thüringen	49	4494	3532	0	1	0	0	2	3	0	27		12	445	
Gesamt	572	75487	78433	0	67	60	0	85	73	8	993		48	4884	

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C		
	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.
	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000 ⁺	
Baden-Württemberg	8	326	256	6	463	340	25	1150	
Bayern	3	208	292	5	351	830	6	831	
Berlin	5	209	220	1	88	136	0	45	
Brandenburg	0	36	30	0	42	36	0	74	
Bremen	1	87	25	0	18	32	1	22	
Hamburg	3	82	144	1	73	130	0	26	
Hessen	1	192	213	1	189	372	0	352	
Mecklenburg-Vorpommern	0	13	18	0	25	19	0	62	
Niedersachsen	0	214	220	1	221	582	2	498	
Nordrhein-Westfalen	12	588	1001	8	789	1343	8	1413	
Rheinland-Pfalz	1	79	117	0	94	312	1	189	
Saarland	0	12	6	0	22	52	0	25	
Sachsen	0	47	67	0	84	80	0	71	
Sachsen-Anhalt	0	27	31	0	38	68	0	104	
Schleswig-Holstein	2	70	63	1	51	93	0	76	
Thüringen	1	25	26	0	15	25	0	31	
Gesamt	37	2215	2729	24	2563	4450	43	4969	

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die in der ausgewiesenen Woche im Gesundheitsamt eingegangen sind und bis zum 3. Tag vor Erscheinen dieser Ausgabe als klinisch-labor diagnostisch bestätigt (für Masern, CJK, EHEC, Tuberkulose und Polio zusätzlich auch klinisch bestätigt) dem RKI übermittelt wurden, **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Über-

Stand v. 9.1.2002 (51. Woche)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darminfektionen														Land	
Campylobacter-Inf.			Shigellose			Yersiniose			Norwalk-like-Virus-Inf.			Rotavirus-Inf.			
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.
2001		2000 +	2001		2000	2001		2000 +	2001		2000 +	2001			2000 +
68	5930		5	270	208	14	553		11	836		76	5068		Baden-Württemberg
49	5388		1	175	212	13	582		113	389		43	4416		Bayern
76	3825		5	146	119	5	242		63	681		38	1534		Berlin
28	2104		0	54	28	4	308		4	390		11	2211		Brandenburg
5	454		0	2	4	0	47		0	60		0	272		Bremen
20	2220		1	73	106	4	188		0	119		6	766		Hamburg
22	2897		1	107	67	6	358		0	133		9	1822		Hessen
0	1518		0	22	18	0	327		0	84		0	2290		Mecklenburg-Vorpommern
11	3820		0	57	51	0	641		20	652		4	4045		Niedersachsen
126	11565		1	147	121	13	1111		0	742		84	5995		Nordrhein-Westfalen
32	2657		0	97	62	6	345		0	354		40	2009		Rheinland-Pfalz
1	797		0	3	4	1	72		0	153		2	381		Saarland
4	3969		0	246	149	0	701		0	2809		1	6641		Sachsen
0	1508		0	50	60	0	575		0	1187		0	4380		Sachsen-Anhalt
39	2177		0	33	12	4	225		1	16		4	1045		Schleswig-Holstein
34	2070		2	97	73	19	666		1	104		22	3264		Thüringen
515	52899		16	1579	1294	89	6941		213	8709		340	46139		Gesamt

Meningokokken-Erkr.									Masern			Tuberkulose			Land
51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.	51.	1.-51.	1.-51.				
2001		2000	2001		2000 +	2001		2000 +							
2001		2000	2001		2000 +	2001		2000 +							
0	73	84	1	694		18	851					Baden-Württemberg			
1	89	90	29	2176		40	1063					Bayern			
0	42	42	1	51		8	315					Berlin			
0	20	24	0	11		3	198					Brandenburg			
0	7	6	0	4		0	71					Bremen			
0	39	22	1	7		2	221					Hamburg			
0	39	46	1	132		21	657					Hessen			
0	26	30	0	2		0	126					Mecklenburg-Vorpommern			
0	75	68	10	508		3	554					Niedersachsen			
4	204	188	14	1572		23	1222					Nordrhein-Westfalen			
1	20	25	4	191		13	315					Rheinland-Pfalz			
0	9	9	0	14		0	96					Saarland			
0	26	36	0	28		0	239					Sachsen			
0	25	26	0	35		0	293					Sachsen-Anhalt			
1	33	14	0	234		4	122					Schleswig-Holstein			
1	23	27	0	20		5	164					Thüringen			
8	750	737	61	5679		140	6507					Gesamt			

mittlungen, Korrekturen und Löschungen. Im laufenden Jahr 2001 sind Vergleichswerte zum Vorjahr entweder nur bedingt aussagefähig oder nicht verfügbar, weil mit dem IfSG grundsätzliche Veränderungen des Meldewesens erfolgten. Für das **Quartal** und das **Jahr** werden detailliertere statistische Angaben herausgegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 04.05.2001.

+ z. Z. keine Angabe von Vergleichswerten

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 9.1.2002 (51. Woche)

Krankheit	51. Woche 2001	1.–51. Woche 2001	1.–51. Woche 2000	1.–52. Woche 2000
Adenovirus-Infektion ⁺	0	104		
Influenza ⁺	0	2452		
Legionellose ⁺	2	298		
FSME ⁺	0	191		
Haemophilus-infl.-Infektion ⁺	0	66		
Humane spongif. Enz. ⁺ *	0	50		
Listeriose ⁺	0	183		
Brucellose	0	21	26	27
Hantavirus-Infektion ⁺	0	173		
Leptospirose	0	39	45	45
Ornithose	0	51	84	86
Q-Fieber	0	248	205	206
Tularämie	0	1	3	3
Giardiasis ⁺	34	3742		
Kryptosporidiose ⁺	0	1267		
Trichinellose	0	7	4	4

+ z. Z. keine Angabe von Vergleichswerten

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK

Neu erfasste Erkrankungsfälle von besonderer Bedeutung:► **Koninatale Röteln:**

Hamburg, männliches Neugeborenes, erfasst im Oktober 2001 nach § 7 Abs. 3 IfSG

An dieser Stelle steht im Rahmen der aktuellen Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten Raum für kurze Angaben zu bestimmten neu erfassten Erkrankungsfällen oder Ausbrüchen von besonderer Bedeutung zur Verfügung (>Seuchentelegramm<). Hier wird ggf. über das Auftreten folgender Krankheiten berichtet: Botulismus, vCJK, Cholera, Diphtherie, Fleckfieber, Gelbfieber, HUS, koninatale Röteln, Milzbrand, Pest, Poliomyelitis, Rückfallfieber, Tollwut, virusbedingte hämorrhagische Fieber. Hier aufgeführte Fälle von HUS oder vCJK sind im Tabellenteil als Teil der EHEC-Infektionen bzw. der meldepflichtigen Fälle der Humanen spongiformen Enzephalopathie enthalten.

Impressum**Herausgeber**

Robert Koch-Institut

Nordufer 20
13353 BerlinTel.: 01888.754-0
Fax: 01888.754-2328
E-Mail: info@rki.de**Redaktion**Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl (v. i. S. d. P.)
Tel.: 01888.754-2457
E-Mail: kiehllw@rki.de

Sylvia Fehrmann

Tel.: 01888.754-2455
E-Mail: fehrmanns@rki.de

Fax.: 01888.754-2459

Vertrieb und AbonentenserviceVertriebs- und Versand GmbH
Düsterhauptstr. 17
13469 Berlin
Abo-Tel.: 030.403-3985**Das Epidemiologische Bulletin**

gewährleistet im Rahmen des infektions-epidemiologischen Netzwerkes 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 für einen Unkostenbeitrag von € 49,- per Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 4,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die **aktuelle** Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* kann über die **Fax-Abruffunktion** (Polling) unter 01888.754-2265 abgerufen werden. – Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung unter:
<http://www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/EPI.HTM>.

Druck

Paul Fieck KG, Berlin

Nachdruck

mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu werblichen Zwecken. Belegexemplar erbeten.

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A14273