

Epidemiologisches *Bulletin*



Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten und Public Health

21/99

Zum Welt-Nichtrauchertag 1999: »Rauchfrei« ins nächste Jahrtausend

Zum diesjährigen Welt-Nichtrauchertag am 31. Mai sollen einmal nicht die gesundheitlichen Schäden des Rauchens im Mittelpunkt stehen, sondern die Ermutigung, damit aufzuhören. Daher das Motto »Rauchfrei ins nächste Jahrtausend«. Die englische Version ist da sehr viel kraftvoller: »Leave the pack behind« bedeutet »Laß die Schachtel hinter dir«, im übertragenen Sinne aber auch »Befreie dich von der Last« (des Rauchenmüssens)!

In Deutschland rauchen heute 28 % derer, die älter als 15 Jahre sind, sogar mehr Jugendliche und mehr Frauen als früher. Nicht alle sind gleichermaßen gewillt, mit ihrer Gewohnheit, ihrer Sucht, ihrem Laster – je nach eigener Einschätzung – Schluß zu machen. Nach einer Befragung von 9.000 Rauchern in Europa (INRA-Studie 1999) haben aber immerhin 54 % vor, das Rauchen aufzugeben, 39 % von diesen Aufhörwilligen wollen es innerhalb der nächsten zwölf Monate tun. 55 % der Raucher haben bereits einen ernsthaften Versuch gemacht.

Auf dem Weg zum rauchfreien neuen Leben gibt es bekanntlich Hindernisse. Knapp ein Drittel der Aufhörwilligen in Deutschland hat Angst, es nicht (allein) zu schaffen, sie sind an den Genuß bzw. stimulierende Effekte gewöhnt. 11 % der Männer und 36 % der Frauen befürchten zudem, an Gewicht zuzunehmen. Sorge bereitet auch, die körperlichen Entzugserscheinungen, die eher kurzfristig auftreten, in den Griff zu bekommen. Die Bewältigung der tief sitzenden psychischen Abhängigkeit von der Zigarette ist das größte Problem, wenn es darum geht, das erste halbe Jahr ohne Rückfall zu überstehen. Das weiß jeder, der es schon aus eigener Kraft »einfach so« ersucht hat. Oft laufen mehrere Versuche nach dem Muster »Aufhören – Rückfall – Enttäuschung – neue Kräfte sammeln – Aufhören« ab. Praxiserfahrungen zeigen, daß dieses frustrierende Verfahren durch professionelle Hilfe entscheidend abgekürzt werden kann. Es ist daher äußerst sinnvoll, möglichst frühzeitig Kontakt zu Fachleuten aufzunehmen, die raten und helfen können. Das Netz der professionellen Beratung ist nicht sehr dicht und auch dünner geworden; es ist heute schwieriger, fachlichen Rat und Hilfe beim Ausstieg zu bekommen. Nach den Gesundheitsämtern und den Volkshochschulen haben sich seit Anfang 1997 auch die Krankenkassen aus der Raucherentwöhnung zurückgezogen. Die neue Beratungsstruktur besteht aus wenigen, aber besonders erfahrenen Zentren. Es sollte erreicht werden, Brücken zu diesen Beratungszentren zu bauen und z. B. konkrete Hinweise auf verfügbare Beratungsangebote zu geben, so durch Hausärzte, Gesundheitsämter, Krankenkassen.

Bundesweit offeriert beispielsweise das Deutsche Krebsforschungszentrum Auskünfte zur Raucherentwöhnung (zu Methoden und weiteren Ansprechpartnern) unter der Telefon-Nr. **06221 / 42 42 00**. — Ein weiteres Beispiel für ein praxisrelevantes Angebot: In Berlin erhält man am »Berliner Rauchertelefon« (und seit kurzem auch am »Speckweg-Telefon«) unter **030 / 705 94 96** neben der individuellen Beratung über den geeignetsten Weg zum Aufhören auch spezielle Unterstützung dabei, wie man sein Gewicht in den Griff bekommt. Immerhin hat nach einer kürzlich veröffentlichten amerikanischen Studie (O'Hara et al.) über ein Drittel der Exraucher mit mehr als 10 kg Gewichtszunahme zu rechnen. — Als Ansprechpartner zum Thema »Rauchen und Gesundheit« steht im Robert Koch-Institut Herr Burckhard Junge, Fachgebiet 26, General-Pape-Str. 62–66, 12101 Berlin, Tel. 030 / 4547-3198, zur Verfügung.

Diese Woche:

Zum Welt-Nichtrauchertag

Nipah-Virus:
Neuer Infektionserreger
verdient Aufmerksamkeit

Influenza:
Auswirkungen auf den
Krankenstand
im I. Quartal 1999

Gesundheits-
berichterstattung:
Kommission berät RKI

Ankündigungen:
• Impfseminar für Ärzte
• Weiterbildung zur
Hygienefachkraft

28. Mai 1999

ROBERT KOCH
RKI
INSTITUT

Nipah-Virus – neuer Infektionserreger mit beunruhigendem Pathopotential

Das Gesundheitsministerium des südostasiatischen Staates Malaysia berichtete im April und Mai 1999 über 258 Erkrankungsfälle von febriler Enzephalitis, die im Zeitraum von 29.9.1998 bis 27. 4.1999 abgelaufen sind und in 100 Fällen einen tödlichen Ausgang hatten (s. a. Epid. Bull. 13/99: 86). Auch in Singapur traten zwischen dem 13. und 19. März 1999 elf ähnliche Erkrankungsfälle (darunter ein tödlicher Verlauf) unter Schlachthofarbeitern auf. Zunächst war ein Ausbruch der in dieser Region endemischen, klinisch ähnlichen Japanischen Enzephalitis (JE) angenommen worden. Aus Untersuchungsmaterial von erkrankten Patienten ließ sich dann ein bislang unbekanntes infektiöses Agens aus der Familie der Paramyxoviridae isolieren, das zunächst als Hendra-like-Virus, nach neuester Nomenklatur als Nipah-Virus bezeichnet wurde. Die Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in Atlanta, USA, widmeten diesem aktuellen Ausbruch zwei Veröffentlichungen im Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), in denen über die bisher zu dieser neuen Virusinfektion vorliegenden epidemiologischen und virologischen Daten informiert wird.^{1,2}

Paramyxoviren sind eine große Gruppe von Viren, zu denen sowohl humanpathogene (Parainfluenza-, RS-, Mumps- und Masern-Virus) als auch tierpathogene Erreger gehören (wie z. B. der Erreger der Hundestaupe). Der nächste Verwandte des neu identifizierten Virus, das Hendra-Virus, ist zuerst 1994 in Hendra, einem Vorort von Brisbane/Australien von Pferden isoliert worden.^{3,4,5}

Dieser erste Ausbruch von Hendra-Virus-Infektionen wurde bei 21 Pferden und zwei Menschen beobachtet. Die beiden erkrankten Menschen, ein Stallbursche und ein Pferdetrainer, entwickelten fünf bis sechs Tage nach Kontakt zu Speichelsekret einer infizierten Stute grippeähnliche Symptome und Zeichen einer respiratorischen Infektion. Während der Stallbursche genes, starb der Trainer unter dem Bild eines Multiorganversagens. Von den 21 erkrankten Pferden starben insgesamt 14 bzw. wurden eingeschläfert. Die erkrankten Tiere boten folgende Symptome: Verstimmung, Anorexie, Ataxie, Fieber, Dyspnoe, Tachypnoe, nasaler Ausfluß sowie Tachykardie. Ein zweiter Ausbruch wurde aus Mackay, 1.000 km nördlich von Brisbane berichtet.^{6,7} Bemerkenswert war hier der Verlauf: ein Bauer verstarb 13 Monate nach einer Primärinfektion an einer Meningoenzephalitis.⁸ – Ein weiteres australisches Paramyxovirus, das Menangle-Virus, hat in Australien zu Erkrankungen bei Schweinen aber auch zu grippeähnlichen Erkrankungen bei Menschen geführt.⁴

Ablauf der Ausbrüche in Malaysia: Die Infektionen durch das Nipah-Virus traten im Rahmen örtlicher Ausbrüche in verschiedenen Teilen Malaysias auf. In die nachträgliche epidemiologische Analyse des Geschehens wurden Erkrankungsfälle einbezogen, die die Symptome Fieber, schwere Kopfschmerzen, Myalgien sowie Zeichen einer Enzephalitis oder Meningitis boten. Zunächst wurden im Westen offenbar erste Einzelfälle der Nipah-Virus-Infektion registriert. Die erste Erkrankungswelle begann Ende September 1998 im Bundesstaat **Perak**, nahe der Stadt Ipoh, im Norden der Halbinsel. In dieser Region traten Infektionen bis April 1999 in niedriger Inzidenz auf. Ende Dezember 1998 traten dann in einem anderen Bundesstaat, **Negeri Sembilan**, in der Nähe der Stadt Sikamat, im Süden des Landes weitere Erkrankungsfälle auf. Im gleichen Staat wurde bei Bukit Pelandok im Frühjahr 1999 mit allein 46 Erkrankungen in der Zeit vom 13. bis 19. März die bis heute höchste Inzidenz registriert.

Die Erkrankungen waren durch Fieber (drei bis 14 Tage anhaltend), Kopfschmerzen, Somnolenz und Orientierungslosigkeit bis hin zum Koma charakterisiert. Die meisten der 258 erkrankten Patienten hatten auf Schweinefarmen in den malaysischen Staaten Perak und Negeri Sembilan, weitere fünf in malaysischen Schlachthöfen gearbeitet. Über Erkrankungsfälle von Pflegepersonal oder Ärzten wurde nicht berichtet. In einigen Fällen

waren etwa ein bis zwei Wochen vor Erkrankungsbeginn der Arbeiter Krankheitssymptome bei den Schweinen beobachtet worden (verstärktes, schweres Atemgeräusch, unproduktiver Husten und neurologische Veränderungen).

Zu den Erkrankungen in Singapur: Zur gleichen Zeit traten im 400 km entfernten Singapur elf Erkrankungsfälle bei Schlachthofarbeitern auf, bei allen bestand Kontakt zu aus Malaysia importierten Schweinen. Die Patienten wiesen Fieber, Enzephalitis und Symptome einer respiratorischen Infektion auf. Bei allen elf konnte mittels Nukleinsäure-Sequenz-Analyse das aus der malaysischen Endemie bekannte Nipah-Virus nachgewiesen werden. In einem anderen Schlachthof in Singapur konnten bei vier von 100 aus Malaysia importierten Schweinen durch das *Australian Animal Health Laboratory* im Blut Antikörper gegen das Hendra-Virus nachgewiesen werden. Nachdem ein Einfuhrverbot von Schweinen verhängt worden war, und die Schlachthöfe in Singapur am 19.3.1999 vorübergehend geschlossen wurden, traten dort keine neuen Erkrankungsfälle mehr auf.

Letalität: Von insgesamt 269 untersuchten Erkrankungsfällen verliefen 101 tödlich, daraus ergibt sich für diese Epidemie eine Letalität von 37,5 %.

Zusammenfassung der virologischen Befunde und der Untersuchungsergebnisse zum Infektionsweg: Erste virologische Untersuchungen in der Abteilung für Medizinische Mikrobiologie der Universität von Malaysia in Kuala Lumpur führten zur Isolierung eines bisher unbekanntes Virus aus Gewebekulturen. Elektronenmikroskopische Untersuchungen erlaubten die Zuordnung zur Familie der Paramyxoviren. Ergänzend durchgeführte Laboruntersuchungen in den CDC zeigten im Serum von 13 Patienten nur in einem Fall eine frische Infektion durch das Japanische Enzephalitis-Virus, aber bei 12 JE-negativen Proben im Capture-IgM-ELISA Antikörper gegen Hendra-like-Virus-Antigen. Die folgenden Laboranalysen einschließlich Immunfluoreszenz-Tests von infizierten Zellen und Genomanalyse bestätigten ein bisher nicht bekanntes, mit dem Hendra-Virus verwandtes, aber nicht identisches Virus.

In Negeri Sembilan ließ sich von 65 serologisch bestätigten Fällen einer Nipah-Virus-assoziierten Enzephalitis bei 56 Patienten, die die Falldefinition erfüllten (86 %) vor Ausbruch der Krankheitssymptome ein direkter Kontakt mit Schweinen (Berührung oder Behandlung) nachweisen; 36 berichteten über ähnliche Krankheitserscheinungen bei den Tieren. Die epidemiologischen Daten sprechen damit in Verbindung mit den virologischen Befunden dafür, daß es sich bei dieser Epidemie in Malaysia ganz überwiegend um Nipah-Virus-Infektionen und nicht um Japanische Enzephalitis (JE) gehandelt hat.

Public-Health-Aktionen in Malaysia: Die malaysische Regierung veranlaßte in Zusammenarbeit mit den Experten der CDC, Atlanta (USA), eine Reihe von Überwachungsmaßnahmen.

Da der Ausbruch von Nipah-Virus-Infektionen zeitversetzt in verschiedenen Schweinezuchtanlagen in Malaysia auftrat, wurde der Schweinetransport im Land von den Landesbehörden verboten. Es wurden weiterhin Quarantänebereiche mit Dreimeilenzonen um Orte errichtet, in denen Ausbrüche von Nipah-Virus-Infektionen registriert wurden. Die Regierungsbehörden konzentrierten ihre Aktivitäten auf die Regionen, in denen Nipah-Virus-Ausbrüche nachgewiesen wurden, also die Staaten Perak, Negeri Sembilan sowie Selangor. Außerdem empfahl die malaysische Regierung das Tragen von Schutzkleidung einschließlich Handschuhe, Stiefel und Masken für exponierte Personen. Mitarbeiter des öffentlichen Gesundheitsdienstes starteten im Land Aufklärungs- und Schulungskampagnen über den Umgang mit Schweinen. Allein in Malaysia wurden in den vergangenen Wochen in den genannten Staaten schätzungsweise 890.000 Schweine getötet (und z. T. offenbar unzureichend entsorgt).

Grundsätzliche Überlegungen zu diesem neuen Infektionserreger:

Die Infektion mit dem Nipah-Virus weist einige Merkmale auf, die einen Modellcharakter begründen könnten. Innerhalb der Familie der meist respiratorisch übertragenen Paramyxoviren existiert jetzt eine Spezies, die eine Systemerkrankung mit Meningoenzephalitis verursachen kann und offensichtlich eine hohe Infektiosität und Letalität aufweist. Beunruhigend ist auch die Tatsache, daß die sonst relativ artspezifischen und weitgehend respiratorisch übertragenen Paramyxoviren im Fall der Nipah- bzw. Hendra-Virus-Infektionen ein breites Wirtsspektrum mit scheinbar hoher Pathogenität für verschiedene Säugtierarten aufweisen. Sie sind nach den bisherigen Beobachtungen imstande, sowohl Menschen als auch Pferde, Schweine, nach ersten Hinweisen vermutlich auch Hunde sowie – experimentell – Katzen⁹ zu infizieren.

Erregerreservoir des Hendra- und Menangle-Virus sind offenbar fruchtfressende Fledermäuse (Fliegende Füchse u. a.).^{10,11}

Es bestehen einige offene Fragen:

- Welches Risiko besteht bezüglich der Übertragung von Mensch zu Mensch, insbesondere auch im Rahmen der medizinischen Betreuung? Bisher sind keine Sekundärerkrankungen beim Menschen bekannt geworden, doch wäre dies bei einem respiratorischen Übertragungsweg nicht völlig ausgeschlossen.
- Welche speziellen Risikofaktoren bestehen bei einer Exposition gegenüber Schweinen oder Schweinefleisch? Paramyxoviren besitzen keine hohe Stabilität und sterben schnell ab.
- Wie groß ist die Kontagiosität des Virus? Mehr als 250 Infektionsfälle beim Menschen sprechen aber für eine relativ hohe Kontagiosität bei der Übertragung vom Schwein auf den Menschen.

- Wie groß ist die Empfänglichkeit anderer Tiere für das Virus? Wo befindet sich das natürliche Reservoir des Nipah-Virus?

Gibt es Schlußfolgerungen für Europa und Deutschland? Die Frage, ob die Nipah-Virus-Infektion nur eine Rarität oder doch ein allgemeineres Gefahrenpotential darstellt, kann noch nicht beantwortet werden. Das erste Auftreten dieses Virus und die bisher gesammelten Daten und Befunde legen aber vorsorgliche Überlegungen nahe. Eine praktische Konsequenz für klinisch tätige Ärzte ist, bei anamnestisch ermittelter potentieller Exposition, die Möglichkeit einer Nipah-Virus-bedingten Enzephalitis in der Differential-Diagnostik zu bedenken. Risikopersonen können Veterinäre, Metzger, Tierzüchter, Entwicklungshelfer, aber auch Abenteuerurlauber aus Südostasien sein. Bei Patienten mit ätiologisch unklarer Enzephalitis sollten eine eventuelle Exposition gegenüber Schweinen erwogen sowie Aufenthalte in Malaysia und Singapur erfragt werden. Differentialdiagnostisch kommen in Frage: hämorrhagische Fieber, Dengue, Masern, Japanische Enzephalitis, Herpes-Enzephalitis sowie Tsutsugamushi-Fieber (*scrub typhus*). – Da nach Hendra-Virus-Infektion die Möglichkeit einer Spätenzephalitis zu bestehen scheint, könnte das auch auf Nipah-Virus-Infektionen zutreffen.

Eine spezifische Labordiagnostik steht in Deutschland z. Z. nicht zur Verfügung, hier wäre internationale Unterstützung erforderlich, die aber verfügbar wäre. Falls sich eine Ausbreitung der Infektionen über den südostasiatischen Raum hinaus ereignen sollte, wofür es gegenwärtig keine Anzeichen gibt, könnte ein diagnostisches Mindestangebot in einem Speziallabor rasch vorbereitet werden. Zumindest in einem der Länder der EU sollten diagnostische Verfahren verfügbar sein. – Im Falle einer weiteren Ausbreitung könnte notfalls auch über die temporäre Regelung einer Meldepflicht entschieden werden, die gesetzlich möglich wäre.

Die zu empfehlenden krankenhaushygienischen Maßnahmen richten sich nach den Erkenntnissen bezüglich des Übertragungsweges und der Kontagiosität. Bisher sind keine Sekundärerkrankungen beim Menschen bekannt, dennoch erscheinen krankhaushygienische Vorsichtsmaßnahmen angezeigt. – Natürlich ist gegen diesen neu entdeckten Erreger kein Impfstoff vorhanden, doch wäre im Falle des Bedarfes seine Entwicklung prinzipiell denkbar. Die Erkrankung hinterläßt bei denjenigen, die überlebt haben, eine Immunität.

Sicherheitshalber sei auf eventuelle Möglichkeiten einer Einschleppung des Virus über Importe hingewiesen, die ggf. Beachtung finden sollten (vorstellbar wären Importe von Schweinefleisch aus Malaysia und Singapur nach Europa, Schweinefleisch als Schiffsproviant – die Bedeutung von Fleisch als potentielles Vehikel ist allerdings noch ungeklärt – oder z. B. der Lebendimport australischer fruchtfressender Fledermausarten, die als natürliches Reservoir des nahe verwandten Hendra-Virus bekannt sind, für Zoos oder Institute).

Durch den Einbruch einer neuen, auf den Menschen übertragbaren Infektion in die Massenschweinehaltung werden einmal mehr die Risiken der industriellen Massentierhaltung deutlich. Nach Salmonellen, BSE, EHEC, könnte das Nipah-Virus ein weiteres Beispiel für einen Infektionserreger sein, bei dem ein Bezug zur modernen industriellen Tierzucht besteht.

1. Update: Outbreak of Nipah Virus – Malaysia and Singapore, 1999. *MMWR* 1999; 48 (16): 335-337
2. Centers for Disease Control and Prevention (no authors listed): Outbreak of Hendra-Like Virus – Malaysia and Singapore, 1998-1999. *MMWR* 1999; 48 (13): 265-269
3. Yu M, Hansson E, Langedijk JP, Eaton BT, Wang LF: The attachment protein of Hendra virus has high structural similarity but limited primary sequence homology compared with viruses in the genus Paramyxovirus. *Virology* 1998 Nov 25; 251 (2): 227-233
4. Mackenzie JS: Emerging viral diseases: An Australian perspective. *Emerging infectious diseases* 1999; 5 (1):1-8
5. Selvey LA, Wells RM, McCormack JG, Ansford AJ, Murray K, Rogers RJ, Lavercombe PS, Selleck P, Sheridan JW: Infection of humans and horses by a newly described morbillivirus. *Med J Aust* 1995; 162 (12): 642-645
6. Hooper PT, Gould AR, Russell GM, Kattenbelt JA, Mitchell G: The retrospective diagnosis of a second outbreak of equine morbillivirus infection. *Aust Vet J* 1996; 74 (3): 244-245

7. Rogers RJ, Douglas IC, Baldock FC, Glanville RJ, Seppanen KT, Gleeson LJ, Selleck PN, Dunn KJ: Investigation of a second focus of equine morbillivirus infection in coastal Queensland. *Aust Vet J* 1996;74 (3): 243-4
8. O'Sullivan JD, Allworth AM, Paterson DL, Snow TM, Boots R, Gleeson LJ, Gould AR, Hyatt AD, Bradfield J: Fatal encephalitis due to novel paramyxovirus transmitted from horses. *Lancet* 1997; 349 (9045): 93-95
9. Murray K, Eaton B, Hooper P, Wang L, Williamson M, Young P.: Flying foxes, horses, and humans: a zoonosis caused by a new member of the Paramyxoviridae. In: Scheld WM, Armstrong D, Hughes JM, editors. *Emerging infections 1*. Washington: American Society for Microbiology Press; 1998. p. 43-58.
10. Philbey AW, Kirkland PD, Ross AD, Davis RJ, Gleeson AB, Love RJ, Daniels PW, Gould AR, Hyatt AD: An apparently new virus (family Paramyxoviridae) infectious for pigs, humans, and fruit bats. *Emerg Infect Dis* 1998; 4 (2): 269-271
11. Williamson MM, Hooper PT, Selleck PW, Gleeson LJ, Daniels PW, Westbury HA, Murray PK: Transmission studies of Hendra virus (equine morbillivirus) in fruit bats, horses and cats. *Aust Vet J* 1998;7 6 (12): 813-818

Wir danken Herrn Dr. med. Christoph Stephan und Herrn Prof. Dr. med. Wolfgang Stille, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main, Zentrum der Inneren Medizin, Klinik III/ Schwerpunkt Infektiologie für das Sichten der Daten zu den in Südostasien beobachteten Nipah-Virus-Infektionen und vor allem für ihre Überlegungen zu ihrer möglichen Bedeutung und zu ersten Schlußfolgerungen. – Adresse für direkte Anfragen: Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main, Telefon 069/ 6301-5452, Telefax 069/ 6301-6378, E-mail C.Stephan@em.uni-frankfurt.de

Anmerkungen zum Krankenstand im I. Quartal 1999

Der Krankenstand wird von sozial und politisch bedingten Einflüssen mitbestimmt, die sich eher längerfristig auswirken, ist aber überwiegend von der Morbidität in der Bevölkerung abhängig. Insbesondere die Influenza mit ihrer hohen Potenz zur zeitlich begrenzten epidemischen Ausbreitung kann den Krankenstand entscheidend beeinflussen.

Ein Beispiel für das Wirken sozialer Faktoren: Grundsätzlich ist festzustellen, daß seit 1990 der Jahresdurchschnitt des Krankenstands von 5,2% auf 4,08 % im Jahr 1998 gesunken ist. In den Jahren 1997 und 1998 war der geringste Krankenstand seit 20 Jahren zu verzeichnen. Hier dürfte die Sorge um den Arbeitsplatz bei der bestehenden hohen Arbeitslosigkeit als Einflußgröße wirksam sein. – Beispiele für epidemiologische Einflußgrößen: Im Jahresverlauf zeigen sich regelmäßig niedrige Krankenstände bis unter 4 % in den Sommermonaten und Spitzenwerte im Winterhalbjahr bis zu 6 oder 7 %. Die saisonale Erhöhung des Krankenstandes in den Wintermonaten ist im wesentlichen durch akute Atemwegsinfekte ausgelöst. Einen bedeutenden Anteil an epidemisch auftretenden, akuten Atemwegsinfekten hat die Influenza. Influenza-Erkrankungswellen – unterschiedlicher Ausprägung – sind im erheblichen Maße für die saisonalen Häufungen der Arbeitsunfähigkeit verantwortlich. Phasen mit deutlich erhöhter Influenza-Aktivität wurden beispielsweise im März 1993, April 1995 und zum Jahreswechsel 1995/1996 beobachtet. Die GKV-Statistik zum Krankenstand wies exakt zu diesen Zeitpunkten den jeweiligen Jahreshöchststand auf.

Im I. Quartal 1999 war im Vergleich zum Vorjahresquartal ein relativer Anstieg des Krankenstandes festzustellen, der zu erklären und zu bewerten war: Einerseits wurde relativ rasch ein Zusammenhang mit den gesetzlichen Regelungen zur Lohnfortzahlung, die ab dem 1. Januar 1999 wieder die 100%ige Lohnfortzahlung im Krankheitsfall vorsehen, postuliert. Andererseits waren Auswirkungen der abgelaufenen Influenza-Welle zu vermuten.

Eine kritische Analyse ergibt keine Begründung der ersten Hypothese. Im Gegenteil: Sowohl der im Januar 1999 gegenüber dem Vorjahr niedrigere Krankenstand als

auch der im Dezember 1998, also noch zum Zeitpunkt der alten Lohnfortzahlungsregelung, erhöhte Krankenstand gegenüber dem Vorjahr sprechen gegen einen derartigen Zusammenhang. – Für die zweite Hypothese sprechen die Erhebungen des Sentinels der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) in Marburg, des Laborberichtssystems zu akuten respiratorischen Erkrankungen in den neuen Bundesländern am RKI und die Ergebnisse der Virusdiagnostik am Nationalen Referenzzentrum für Influenza am LGA, Hannover und RKI, Berlin. Diese Daten belegen innerhalb der ersten drei Monate des Jahres 1999 eine deutlich erhöhte Morbidität im direkten Zusammenhang mit einer verstärkten Influenza-Aktivität (s. a. die Berichterstattung im *Epidemiologischen Bulletin*, insbesondere in der Ausgabe 18/99: 131–133). Eine Hochrechnung, die auf den durch die AGI registrierten Arztkontakten wegen ARE beruht, spricht für etwa 7 bis 8 Millionen zusätzliche Arztkontakte bundesweit. Im Vergleich dazu war im vorangegangenen Winter 1997/1998 der Höhepunkt der Influenza-Aktivitäten später und geringer ausgeprägt, so daß die Zahl der anzunehmenden Arztkontakte deutlich geringer lag. – Auch die Auswertung der durch das Sentinelsystem registrierten Arbeitsunfähigkeiten aufgrund akuter Atemwegsinfekte in der Altersgruppe der 16- bis 60jährigen kann als Parameter zur Beurteilung des Krankenstandes herangezogen werden. Für den Zeitraum der 4. bis 12. Kalenderwoche 1999 lag der Mittelwert der Krankschreibungen aufgrund akuter Atemwegsinfekte je Praxis pro Woche bei etwa 12, im Vergleichszeitraum 1998 jedoch nur bei 8,3 Krankschreibungen je Woche und Praxis. Bezieht man die Daten des Sentinelsystems auf die gesamte Bevölkerung in dieser Altersgruppe,

ergeben sich für Februar und März 1999 etwa 2,2 Millionen zusätzliche Arbeitsunfähigkeitsfälle.

Die durch das Sentinel der AGI erhobenen Zahlen beschreiben den Zufluß von Neuerkrankungen bzw. Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Atemwegsinfekten und nicht den gesamten Krankenstand. Die Krankenstandsdaten der GKV-Statistik weisen für die Stichtage 1. Februar und 1. März 1999 jeweils etwa 400.000 zusätzliche Kranke im Vergleich zu 1998 aus. Bei einer durchschnittlichen Erkrankungsdauer von etwa einer Woche entspricht dies 1,8 Millionen Neuerkrankungen. Trotz der Unterschiede in der Erhebung ist die Übereinstimmung der zusätzlichen Arbeitsunfähigkeiten auffallend. Es ist auch zu berücksichtigen, daß die GKV-Statistik die ca. 10 % Privatversicherten nicht miterfaßt, während das Sentinelsystem keine Unterscheidungen der Patienten nach Versicherungsstatus vornimmt und somit alle Erkrankten erfaßt.

Unabhängige Kommission ›Gesundheitsberichterstattung‹ berät das Robert Koch-Institut

Nach Abschluß der Forschungsphase ist die inhaltliche und organisatorische Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes vom Statistischen Bundesamt auf das Robert Koch-Institut übergegangen (s. a. Epid. Bull. 1/99: 5). Die GBE wird dazu beitragen, daß künftige gesundheitspolitische Ziele auf einer soliden Bewertungsgrundlage leichter und präziser zu definieren sind. Außerdem können die Folgen gesundheitspolitischer Maßnahmen objektiver erfaßt und belegt werden.

Mit der Aufnahme der Tätigkeit der Kommission Gesundheitsberichterstattung wurde ein weiterer wichtiger Schritt zur Etablierung der laufenden GBE des Bundes am RKI vollzogen. Zu den Aufgaben der Kommission gehört neben der wissenschaftlichen Beratung und der Qualitätssicherung die Entwicklung mittel- und langfristiger Ziele der GBE, z. B. die Weiterentwicklung des Berichts- und Informationssystems. Es soll die Zusammenarbeit mit allen Akteuren des Gesundheitssystems und den Organen der Selbstverwaltung gefördert werden. Auch bei der Auswahl der Berichtsthemen und der Gutachter berät die Kommission das Redaktionsteam des Robert Koch-Instituts, das den gesamten Entstehungsprozeß der künftigen Gesundheitsberichte betreuen wird.

Die Kommission besteht aus 14 Mitgliedern, die die Gesundheitswissenschaften, die Krankenkassen und die Ärzteschaft vertreten. Durch die Zusammensetzung des Gremiums wird sichergestellt, daß die GBE von allen wichtigen Partnern im Gesundheitswesen Impulse zur Weiterentwicklung bekommt.

Der Anstieg des Krankenstandes im Februar und März 1999 entspricht einer typischen, durch saisonale akuter Atemwegsinfekte ausgelöst und im wesentlichen durch Influenza verursachten Erkrankungswelle. In ihrer Ausprägung entspricht sie den im März 1993, April 1995 und zum Jahreswechsel 1995/1996 beobachteten Influenzawellen.

Abschließend eine Bemerkung zum Begriff der ›Epidemie‹ im Zusammenhang mit der Influenza. Im epidemiologischen Sinne ist jede signifikante Influenza-Ausbreitung eine Epidemie. Praxiserfahrungen sprechen aber dafür, bei der Influenza im allgemeinen Sprachgebrauch etwas vorsichtiger mit dem Wort ›Epidemie‹ umzugehen und diese Bezeichnung für – glücklicherweise nicht allzu häufig auftretende – stärker ausgeprägte epidemische Geschehen, die echte Ausnahmesituationen darstellen, zu reservieren. Bei den beschriebenen Erkrankungswellen der letzten Jahre handelt es sich – bei aller Bedeutung der medizinischen und gesellschaftlichen Auswirkungen – um vergleichsweise kleine ›Epidemien‹.

Dieser Bericht beruht auf einer Pressemitteilung von Herrn Dr. Johannes F. Hallauer, Gesundheitssystemforschung, Universitätsklinikum Charité, Berlin, und Herrn Dr. Helmut Uphoff, Arbeitsgemeinschaft Influenza, Marburg.

Zu ihrem Vorsitzenden hat die Kommission Herrn Prof. Dr. Selbmann, Universität Tübingen, gewählt.

Mitglieder der Kommission Gesundheitsberichterstattung:

Dr. Achterberg, RIVM, Department of Public Health Forecasting, Bilthoven, NL

Prof. Dr. Brennecke, Institut für Soziale Medizin, Freie Universität Berlin

Dr. Eßer, IKK Bundesverband, Bergisch-Gladbach

Prof. Dr. Göpfert, Institut für Publizistik, Freie Universität Berlin

Prof. Dr. Klar, Institut für medizinische Biometrie und medizinische Informatik, Universität Freiburg

Dr. Micheelis, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Köln

Dipl. Soz. Reichelt, AOK Bundesverband, Bonn

Prof. Dr. Schäfer, Fachbereich Wirtschaft, Fachhochschule Gelsenkirchen

Dipl.-Ing. Schröder, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (IGES), Berlin

Prof. Dr. Selbmann, Institut für medizinische Informationsverarbeitung, Universität Tübingen

Herr Strobowa, Bundesärztekammer, Köln

Dr. Thust, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Köln

Frau Dr. Weihrauch, Ministerium für Frauen, Jugend, Familien und Gesundheit, Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

Frau Dipl. Psych. Zimmermann, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Hamburg

Impfungen und Reisemedizin-Seminar für Ärzte der Bundeswehr, Ärzte im ÖGD und niedergelassene Ärzte

Termin: 6.-8. Juli 1999, **Ort:** München

Veranstalter: Inspektion des Sanitätsdienstes der Bundeswehr, Robert Koch-Institut und Deutsches Grünes Kreuz

Auskunft/Anmeldung bis 22.6.1999:

Sanitätsamt der Bundeswehr, Abteilung II - Präventivmedizin, Platanenweg 29, 53225 Bonn, Tel.: 0228/942-2741, -2749, Fax: 0228/942-2743

Hinweis: Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt. Übernachtung in der Sanitätsakademie ab 5. Juli 1999 in begrenztem Umfang möglich.

Lehrgang ›Aus- und Weiterbildung zur Hygienefachkraft‹

In dem vom Hygiene Institut Hamburg veranstalteten berufsbegleitendem Weiterbildungskurs ›Aus- und Weiterbildung zur Hygienefachkraft‹ (s. Epid. Bull. 9/99: 57) in Hamburg (Beginn: 1.9.1999) sind noch einige Plätze frei. Auskünfte: Frau Bolzendahl, Marckmannstr. 129 a, 20539 Hamburg, Tel.: 040/42837-252, Fax: 040/42837-278.