



Epidemiologisches Bulletin

24. März 2000 / Nr. 12

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zur Impfung gegen Pneumokokken-Infektionen

Die Spezies *Streptococcus pneumoniae* (Pneumokokken) ist weltweit einer der häufigsten Erreger von Bakteriämien, Pneumonien, Meningitiden und anderen potenziell bedrohlichen Entzündungen. Das verbreitete Vorkommen auf den Rachenschleimhäuten gesunder Personen (30–70%) bildet ein allgegenwärtiges Reservoir. Infektionen sind leicht möglich, sie entstehen meist endogen und werden durch Störungen der lokalen und systemischen Abwehrmechanismen entscheidend begünstigt. Pneumokokken-Erkrankungen sind zwar einer antibiotischen Therapie zugänglich, doch kommt diese sehr oft zu spät und die Erregerresistenz nimmt zu. Zur Prophylaxe steht die Pneumokokken-Schutzimpfung als Indikationsimpfung für Personengruppen mit einer erhöhten Gefährdung (bezogen auf die Morbidität und die Letalität) zur Verfügung.

In Deutschland wird das Angebot der Pneumokokken-Impfung bisher nur in einem vergleichsweise geringen Maße in Anspruch genommen. Das Deutsche Grüne Kreuz e.V. (DGK) hatte im Dezember 1999 nationale und internationale Experten, Vertreter verschiedener Ärzteorganisationen und der Fachpresse zu einem Workshop zu Pneumokokkeninfektionen, den mit ihnen verbundenen Gesundheitsproblemen und zur Gestaltung der Prävention nach Berlin eingeladen. Die Leitung hatte der Präsident des DGK, Herr Prof. Dr. B. Stück. Der nachfolgende Beitrag beruht weitgehend auf den dort vorgestellten und diskutierten Fakten und Argumenten.

Zur Situation in ausgewählten Ländern

Österreich: Seit 1996/97 gibt es in Österreich Empfehlungen zur Pneumokokkenimpfung. In der Ärzteschaft, vor allem der klinisch tätigen Ärzte, besteht allerdings noch immer eine zu geringe Akzeptanz der Pneumokokkenimpfung. Eine Aktion des Instituts für Sozialmedizin der Universität Wien zeigte, dass sich mit einer gut organisierten Impfkampagne, die Ärzte und Bevölkerung einschloss und 1997 im Bundesland Salzburg durchgeführt wurde, die schlechten Impfergebnisse deutlich steigern ließen. Während die Pneumokokkenimpfrate 1997 in Österreich insgesamt bei 36,4 Impfdosen pro 10.000 Einwohner lag, stieg sie im Bundesland Salzburg nach der Kampagne auf 192,2/10.000 (Bericht: M. Kunze, Institut für Sozialmedizin der Universität Wien).

Belgien: In Belgien steht seit 1995 der auch in Deutschland verwendete 23-valente Pneumokokken-Polysaccharidimpfstoff zur Verfügung. Die Indikationen zur Pneumokokkenimpfung entsprechen weitgehend den Impfeempfehlungen in Deutschland (über 60-jährige, Patienten über 45 Jahre mit chronischen Erkrankungen, Patienten mit Immundefekten, HIV- und Asplenie-Patienten), sie gelten seit 1997. Nach Einführung der Impfung nahm die Impfrate zunächst deutlich zu (1997: 211 Impfungen/10.000 Einwohner), ging jedoch 1998 wieder zurück (133 Impfungen/10.000 Einwohner). In Risikogruppen konnte so inzwischen eine Impfrate um 25 % erreicht werden. Die bisherigen Ergebnisse der Pneumokokken-Impfung in Belgien werden als ein Erfolg gesehen, der auf der Unterstützung durch die wissenschaftlichen medizinischen Gesellschaften und

Diese Woche

12/2000

Pneumokokken-Infektionen:

- ▶ Zur Bedeutung und zur Prophylaxe durch Impfung
- ▶ Fallbericht: Pneumokokken-Sepsis bei Asplenie

Hinweise auf aktuelle Publikationen

- ▶ Krebs in Deutschland, Häufigkeiten und Trends
- ▶ Bundes-Gesundheitssurvey
- ▶ Hepatitis-B-Virus: Stellungnahme des Arbeitskreises Blut
- ▶ Empfehlung zur Händehygiene



die Gesundheitsbehörden beruht (Bericht: W. E. Peetermans, Department of Internal Medicine, University Hospital, Leuven).

Dänemark: Auch in Dänemark gelten die Impfeempfehlungen für die bekannten Risikogruppen. Die Impfeempfehlung schließt in Dänemark inzwischen auch Pneumoniepatienten ein. Die meisten Impfungen werden in Dänemark von praktischen Ärzten verabreicht. Es wurde eine deutliche Zunahme der Impfungen erreicht, vor allem auf große Aufklärungskampagnen mit reger Teilnahme der praktischen Ärzte zurückzuführen. Das erste Meeting von praktischen Ärzten, das eine beträchtliche Zunahme zur Folge hatte, fand 1997 statt. Es konnte gezeigt werden, dass die simultane Impfung gegen Influenza und Pneumokokken zu einer signifikanten Abnahme der Hospitalisierungen und zu einer Senkung der Sterblichkeit führte. Bei der Einführung und Propagierung dieser neuen Impfung bewährte sich, dass nationale epidemiologische Daten und definierte Richtlinien vorlagen und dass die Ärzte und die Bevölkerung ausreichend informiert wurden (Bericht: H. B. Konradsen, Statens Serum Institute, Copenhagen).

USA: Schon seit 1991 stiegen die Raten der Pneumokokken-Impfung und der Influenza-Impfung in den USA langsam an, dies war sehr wahrscheinlich mit sich verändernden Einstellungen der praktischen Ärzte zu erklären. Inzwischen wurden die Information und Aufklärung weiter verstärkt. So gibt es seit 1995 in den USA jährlich Kongresse über die Verbesserung der Influenza- und Pneumokokken-Schutzimpfung, an denen sich stets mehr als 600 Ärzte beteiligen. 1997 und 1998 war ein deutlicher Anstieg der Pneumokokken-Impfraten zu verzeichnen, der jetzt eindeutig auf das größere Problembewusstsein innerhalb der Ärzteschaft und der Bevölkerung zurückgeführt werden kann. Der Pneumokokkenimpfstoff wurde – etwas plakativ – als "Impfstoff gegen Lungenentzündung" bei der Bevölkerung bekannt und auch der Aspekt der Kostenersparnis im Gesundheitswesen wurde stärker betont.

Das Ziel, 60% aller älteren Menschen in den USA bis zum Jahr 2000 gegen Pneumokokken-Infektionen zu impfen, wurde noch nicht erreicht. Mit dem Projekt "Healthy People in 2010" wird aber jetzt eine erneute Anstrengung unternommen: 80% der Risikogruppen sollen bis zum Jahr 2010 gegen Pneumokokken geimpft sein (Bericht: D. Fedson, Pasteur Mérieux MSD, Lyon).

Zur Situation in Deutschland

Impfstoff: Seit einigen Jahren sind Polysaccharid-Impfstoffe gegen invasive Infektionen durch *Streptococcus pneumoniae* verfügbar. Der heute auch in Deutschland verwendete 23-valente Pneumokokken-Polysaccharid-Impfstoff, schließt die Kapseltypen ein, die für mehr als 90% der invasiven Pneumokokkenerkrankungen verantwortlich sind. Nach einer Impfdosis ist bei mehr als 80% der Geimpften ein mindestens zweifacher Anstieg des Antikörpertiters festzustellen. Die Immunantwort fällt je nach Kapseltyp unter-

schiedlich aus. Fall-Kontroll-Studien zur Wirksamkeit sind methodisch schwierig und daher noch selten. Die in bisherigen Studien ermittelte Schutzrate ist gegenüber systemischen Infektionen deutlich höher (56–84%) als gegenüber Infektionen ohne Bakteriämie.

Während immungesunde Menschen eine gute Immunantwort mit einer Serokonversion von etwa 80% zeigen, liegt bei Personen mit einer eingeschränkten Funktion des Immunsystems und sehr alten Menschen die Serokonversion nur bei 50–70%. Wiederimpfungen werden von der STIKO frühestens nach 6 Jahren empfohlen, bei Patienten mit Immunsuppression und bei Kindern unter 10 Jahren wegen der niedrigeren Antikörperspiegel frühestens nach 3 Jahren.

Die Zusammensetzung künftiger Impfstoffe für Kinder und Ältere sollte ggf. unterschiedlich sein, weil für die Erkrankung von Kindern andere Pneumokokkenstämme verantwortlich sind als für die Erkrankung älterer Menschen. Gegenwärtig werden neue Protein-Konjugat-Impfstoffe entwickelt und klinisch geprüft, Empfehlungen zu deren künftigen Einsatz sind noch zu erarbeiten.

Impfindikationen: Anfang 1998 erfolgte durch die STIKO eine Erweiterung der Empfehlungen für die Pneumokokken-Impfung von den Risikopatienten auf alle Menschen über 60 Jahre. Gegenwärtig bestehen für den Einsatz der Pneumokokken-Schutzimpfung Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut für Angehörige folgender Gruppen:

- ▶ Personen über 60 Jahre,
- ▶ Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens wie z.B.
 - chronische kardiovaskuläre und pulmonale Erkrankungen,
 - chronische Leber- und Nierenerkrankungen,
 - Diabetes mellitus und andere Stoffwechselkrankheiten,
 - Erkrankungen der blutbildenden Organe,
 - Personen mit einer HIV-Infektion oder anderen Formen der Immundefizienz,
 - vor Beginn einer immunsuppressiven Therapie oder vor einer Organtransplantation,
 - funktionelle oder anatomische Asplenie.

In der Literatur werden weitere Indikationen vorgeschlagen, so z.B. eine Pneumokokken-Schutzimpfung bei Alkoholabusus sowie bei Kindern mit einem Down-Syndrom (Phagozyten-Störung) oder Liquorfisteln.

Einschätzung der Situation: In Deutschland hat die Anfang 1998 erfolgte Erweiterung der Empfehlungen für die Pneumokokken-Impfung von bestimmten Risikopatienten auf alle Menschen über 60 Jahre (= 16% der Bevölkerung) bereits eine Zunahme der Impfungen – wenngleich auf niedrigerem Niveau – bewirkt: 1998 lag die aus verkauften Impfstoffdosen geschätzte Impfrate noch bei etwa 25 Impfungen pro 10.000 Einwohner der Gesamtbevölkerung und es

wurden damit nur knapp 1% der Älteren und durch gesundheitliche Vorschäden Gefährdete gegen invasive Pneumokokken-Infektionen geimpft. Im Jahr 1999 wurden schon sichtlich mehr Pneumokokken-Impfungen durchgeführt. Aus den verkauften Impfdosen können rund 140–160 Impfungen auf 10.000 Einwohner abgeleitet werden. Bei der Annahme einer Risikopopulation von 18–20 Millionen Personen hätten etwa 5–7% der Risikopersonen eine Impfung erhalten, immerhin 5–6mal so viele wie 1998. Für das laufende Jahr 2000 ist schon jetzt eine weitere Steigerung abzusehen.

Das bisher insgesamt noch sehr geringe Ausschöpfen der gegebenen Möglichkeiten ist schwer verständlich, denn nach Schätzungen sterben in Deutschland jährlich mindestens 4.000–8.000 Menschen – vor allem alte und chronisch kranke Menschen – an invasiven Pneumokokken-Infektionen, vor allem Pneumonien, Meningitiden und Sepsis. Den Hauptanteil hat die Pneumonie mit mehreren Tausend Sterbefällen; bei der Pneumokokken-Meningitis treten gegenwärtig jährlich etwa 50–80 tödliche Verläufe auf, bei der Pneumokokken-Sepsis 30–40. Damit sind die Pneumokokken-Erkrankungen neben der Influenza die häufigste durch Impfung vermeidbare Todesursache in Deutschland.

Pneumokokken sind nach den Meningokokken der zweithäufigste Erreger bakterieller Meningitiden (Anteil: 39%). Die gefürchtete Pneumokokken-Meningitis ist die häufigste eitrige Meningitis im Alter über 40 Jahre.

Die oben angeführten Beispiele zeigen, wie aktiv und engagiert diese sinnvolle Prophylaxe in einigen anderen Ländern gefördert wird. Auch in Deutschland sind Initiativen zur Verbesserung der Situation gefragt. Zu überwinden sind

- ▶ infektionsepidemiologische Defizite (zu wenig Daten aus Deutschland, zu geringe Umsetzung und Interpretation der in anderen Ländern durchgeführten Studien, solange eigene Studien fehlen),
- ▶ organisatorische Hemmnisse (unvollständige Übernahme der STIKO-Empfehlung und der Kosten),
- ▶ nicht ausreichende Information und Vorbehalte mancher Ärzte sowie eine
- ▶ ungenügende Information der Zielgruppen in der Bevölkerung. Hier ergeben sich Aufgaben für den ÖGD und die medizinische Fachinformation.

So wurde z. B. die STIKO-Empfehlung zur Pneumokokken-Impfung der über 60-jährigen (noch) nicht in allen Bundesländern übernommen und es gibt Hinweise, dass die Kosten gegenwärtig (noch) nicht von allen Kassen erstattet werden. Insgesamt wird das Impfen bei der Betreuung älterer Menschen sehr oft vernachlässigt. Prävention wird im Alter meist nicht mehr von den Krankenkassen bezahlt, denn Erkrankungen in diesem Lebensabschnitt werden als Alterserscheinungen hingenommen (L. Pientka, Medizinisch-Geriatrie Klinik der Augusta-Kranken-Anstalt in Bochum).

Die ist nur eine Möglichkeit einer schweren Pneumokokken-Infektion, allerdings die häufigste und damit eine

besonders wichtige. Der Zusammenhang zwischen Impfung und der Verringerung des Risikos einer Pneumonie und ihrer Folgen ist noch nicht allgemein anerkannt. Ein wichtiger Unterschied zu anderen invasiven Pneumokokken-Infektionen ist, dass aufgrund der Pathogenese der Pneumokokken-Pneumonie eine prinzipielle Verhinderung durch die Impfung nicht zu erwarten ist, wohl aber ein Schutz vor schweren Verläufen mit Bakteriämie. Eine Metaanalyse zeigte, dass die Zahl der Pneumokokken-Pneumonien durch Impfungen um 40–50 % gesenkt werden kann.

Es wird zu Recht gefordert, der durch Pneumonien insgesamt verursachten Morbidität und Mortalität – vor allem im Alter – in Zukunft mehr Aufmerksamkeit zu widmen; 160.000–200.000 Personen werden jährlich wegen Pneumonien verschiedener Ätiologie in einem Krankenhaus behandelt; rund 17.000 Menschen sterben gegenwärtig jährlich an Pneumonien verschiedener Ursache. Durch die Pneumokokken-Impfung könnte in diesem Zusammenhang mit vergleichsweise geringem Aufwand auch ein guter Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Alten- und Pflegeheimpatienten geleistet werden, die von Fachleuten als verbesserungsbedürftig eingeschätzt wird.

Jeder Patient hat ein Recht auf einen optimalen Impfschutz und darf von seinem Hausarzt eine entsprechende Information und Beratung erwarten, um dann seine Entscheidung treffen zu können. Ein Hausarzt sollte doch besser nicht warten, bis er von einem gefährdeten Patienten um die Impfung gegen Influenza oder Pneumokokken-Infektionen gebeten wird.

Vielleicht gelingt es, auch in Deutschland an die erfolgreichere aktuelle Entwicklung bei zwei vergleichbaren Impfungen anzuknüpfen: Meningitiden durch *Hämophilus influenzae Typ b* sind infolge Impfung sehr viel seltener geworden, die Raten der Influenza-Impfung haben sich in den letzten Jahren kontinuierlich erhöht (allerdings bisher auch noch auf recht niedrigem Niveau).

Asplenie-Patienten (s. auch nächster Beitrag) sollten zu ihrer Information, zur Dokumentation ihrer Gefährdung und zur Mitteilung des Zeitpunktes der Immunisierung und der eventuellen Wiederimpfung einen speziellen Ausweis erhalten. Die Patientenaufklärung bei Asplenie ist in Deutschland noch unzureichend (z.B. erhalten die Patienten nach einer Splenektomie in Dänemark ausführliche Information über die Krankheit und die weitere Lebensweise).

Frau Dr. S. Ley und Frau Dr. A. Grüber, DGK, Marburg, danken wir für das Überlassen von Material zu dem Workshop des DGK im Dezember 1999 in Berlin; bei der Analyse der Situation war der Beitrag von Herrn Prof. Dr. H.-J. Schmitt, Kinderklinik der Christian-Albrechts-Universität Kiel / Vorsitzender der STIKO, besonders wertvoll.

Für Angaben zum Impfstoffverbrauch 1998 und 1999 danken wir Herrn H. Kuss, Bad Soden und Vertretern der beiden Impfstoffproduzenten.

Fallbericht: Tödliche Pneumokokkensepsis bei Asplenie

Infektionsprophylaxe nach Splenektomie erforderlich

In der Vorgeschichte eines 35 Jahre alten Mannes war bekannt, dass wegen eines Unfalls im Alter von 12 Jahren in einer Notoperation eine Darmperforation übernäht und die Milz entfernt werden musste. Der sehr sportliche Mann war anschließend nie ernstlich krank gewesen. Er hatte die für Kinder und Jugendliche üblichen Impfungen erhalten. Weitere prophylaktische Maßnahmen unterblieben.

Im Frühjahr 1999 erkrankte er mit leichten grippalen Symptomen, war aber wenig beeinträchtigt, so dass er noch arbeiten konnte. Am Abend vor seinem Tode war er allein zu Hause, hatte wahrscheinlich starke Schmerzen bekommen und sich offensichtlich so unwohl gefühlt, daß er mehrere Schmerztabletten eingenommen hatte. Am frühen Morgen muss sich sein Zustand so verschlechtert haben, dass er selbst den Notarzt angerufen hatte. Dieser konnte nur noch den Tod feststellen.

Wegen der unklaren Todesursache wurde eine Obduktion vorgenommen. Es wurden für eine Meningokokkensepsis typische livide Hautveränderungen mit massiven petechialen Blutungen sowie massive Blutaustritte in den Nebennierenrinden gefunden. Daraufhin entstand zunächst der Verdacht auf eine Meningokokkensepsis. Durch das vorsorglich informierte Gesundheitsamt wurde unverzüglich eine Chemoprophylaxe (Rifampicin) in der Familie und im beruflichen und sozialen Umfeld organisiert.

Der Nachweis von *Streptococcus pneumoniae* (Pneumokokken) im Blut, das bei der Obduktion entnommen worden war (Hygiene-Institut der Universität Heidelberg), ergab das Vorliegen einer Pneumokokkensepsis, die im Rahmen eines OPSI-Syndrom (overwhelming post-splenectomy infection) auftrat.

Beim OPSI-Syndrom handelt es sich um eine nach Splenektomie auftretende, foudroyant verlaufende bakterielle Infektion oder Sepsis (häufigste Erreger kapseltragende Bakterien wie *Streptococcus pneumoniae* und *Haemophilus influenzae* Typ b). Es ist charakterisiert durch eine disseminierte intravasale Gerinnung, einen septischen Schock, Multiorganversagen und Koma. Ursächliche Faktoren sind schwere immunologische Veränderungen (Beeinträchtigung des retikuloendothelialen Systems, verminderte IgM-Produktion und verminderte Aktivität des Komplementsystems). Die Letalität liegt bei 50%.

Kommentar: Dieser Erkrankungsfall gibt Anlass darauf hinzuweisen, dass Personen mit einer Asplenie (seien die Ursachen für das Fehlen der Milz funktionell oder kongenital) ein deutlich erhöhtes Risiko für schwer verlaufende infektionsbedingte Erkrankungen haben und dass deshalb **prophylaktische Maßnahmen** für besonders wichtig gehalten werden. Leider sind noch nicht alle Maßnahmen, die als sinnvoll gelten, eindeutig in Studien geprüft. Die Pneumokokkenimpfung gehört unbestritten zu den wesentlichen präventiven Maßnahmen. Sie wird von der Ständigen Impfkommission (STIKO)¹ am RKI und in den *Guidelines* einer interdisziplinären Expertengruppe aus London (1996)² empfohlen.

Germing et al.³ haben Maßnahmen zusammengestellt, die die Wahrscheinlichkeit von Infektionen oder fatalen

Verläufen reduzieren sollen. Zu den Maßnahmen deren Erfolg durch (retrospektive) Studien gesichert werden konnte, gehören

- ▶ die Impfung gegen Pneumokokken,
- ▶ die Antibiotikaprophylaxe im Kindesalter.

Weitere empfohlene Maßnahmen, deren Erfolg wahrscheinlich, aber nicht durch Studien belegt ist, sind:

- ▶ ein frühzeitiger Einsatz von Antibiotika bei Fieber (Stand-by-Medikation),
- ▶ eine Impfung gegen *Haemophilus influenzae* Typ b (hier besteht eine STIKO-Empfehlung),
- ▶ das Minimieren von Infektionsrisiken auf Reisen (Meiden von Tropenaufenthalten),
- ▶ eine Antibiotikagabe vor invasiven diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen,
- ▶ gegebenenfalls eine ständige Antibiotikaprophylaxe im Erwachsenenalter,
- ▶ das Meiden von Tier- und Insektenkontakten.

Aus dieser Aufzählung der möglichen Maßnahmen geht hervor, dass es Unterschiede in den Empfehlungen gibt, so dass ein Spielraum für individuelle Entscheidungen bleibt. Wichtig sind eine intensive **Patientenaufklärung** (Risiken und Risikovorsorge) sowie eine gute **Patientenführung**, um die Compliance zu erhöhen. Bei asplenischen Patienten sind hohes Fieber, Schüttelfrost, Verschlechterung des Allgemeinzustandes oder meningitische Zeichen eine absolute Indikation für eine sofortige stationäre Einweisung. Eine Infektion bei Asplenie stellt einen infektiologischen Notfall dar.^{4,5} Es wird empfohlen, dass die Patienten einen Notfalausweis erhalten und immer bei sich haben.

Ob der Patient, dessen Krankengeschichte hier beschrieben wurde, durch prophylaktische Maßnahmen und eine rasche Antibiotikatherapie hätte gerettet werden können ist nicht sicher; er hätte aber zumindest eine Chance gehabt. Hingewiesen sei noch darauf, dass das Gesundheitsamt nach der Aufklärung dieses Erkrankungsfall in Zusammenarbeit mit den beteiligten Ärzten ein kurzes Informationsschreiben an alle Ärzte gesendet hat, um auf die Bedeutung prophylaktischer Maßnahmen bei asplenischen Patienten hinzuweisen.

Für diesen Fallbericht danken wir Frau Dr. Oswinde Bock-Hensley, Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis, Gesundheitsamt (Kurfürstenanlage 38, 69115 Heidelberg; Tel: 06221/522824, Fax: 06221/522840, E-mail: Oswinde.Bock-Hensley@Rhein-Neckar-Kreis.de).

1. Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am RKI. Epid. Bull. 2/2000
2. Guidelines for the prevention and treatment of infections in patients with an absent or dysfunctional spleen. BMJ 1996, 312: 603-4
3. Germing U et al: Infektionsprophylaxe bei asplenischen Patienten. Immunologie und Impfen 2 (1999), 2: 77-82
4. "Infektionsprophylaxe bei Asplenie" in Handbuch 1997 "Infektionen bei Kindern und Jugendlichen", herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie (DGPI), 2. Aufl., Futuramed Verlag, München 1997.
5. Weiß, M, Belohradsky, B H: Infektionen und Infektionsprophylaxe bei Asplenie. Monatsschr. Kinderheilkd. 142: 717-723.

Hinweise auf aktuelle Publikationen

Krebs in Deutschland - Häufigkeiten und Trends

Broschüre und Internet-Angebot des Robert Koch-Instituts

Die Broschüre „Krebs in Deutschland – Häufigkeiten und Trends“ wurde von der Dachdokumentation Krebs im Robert Koch-Institut gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft „Bevölkerungsbezogene Krebsregister“ in einer aktualisierten Ausgabe herausgegeben. Der Text kann auch auf den Internetseiten des Robert Koch-Instituts unter <http://www.rki.de/KREBS> eingesehen werden. Kurz und allgemein verständlich werden Informationen zu den wichtigsten Krebskrankheiten vermittelt. Dazu gehören Angaben zu Trends der Neuerkrankungs- und Sterberaten, die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen an Krebs, Überlebensraten, der Verlust an Lebenserwartung durch die Krebskrankheit sowie das mittlere Erkrankungsalter. In einem Vergleich mit den Ländern der EU werden die Neuerkrankungsraten in Deutschland bewertet. Darüber hinaus werden wichtige Risikofaktoren für die betrachteten Krebskrankheiten genannt.

Die Broschüre will neben der Vermittlung wichtiger Informationen zu Krebskrankheiten über die Aufgaben der bevölkerungsbezogenen Krebsregister berichten und Ärzte motivieren, durch ihre Meldung weiter zur Verbesserung der Krebsregistrierung und damit der Krebsbekämpfung in Deutschland beizutragen. Sie enthält deshalb die Anschriften der Krebsregister in Deutschland. Dort kann die Broschüre in Einzelexemplaren kostenlos angefordert werden.

Informationen für Krebspatienten über den Umgang mit ihrer Krankheit sind in der Broschüre nicht enthalten. Krebspatienten können sich beispielsweise vom telefonischen Krebsinformationsdienst (KID) des DKFZ beraten lassen (Tel.: 06221/410121) oder Informationsschriften der Deutschen Krebshilfe anfordern.

Erste Auswertungsergebnisse des Bundes-Gesundheits-surveys 1998 des RKI publiziert

Das Robert Koch-Institut hat im Sonderheft 2/99 der Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“ die ersten Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 im Zusammenhang publiziert. Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 war eine vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützte Untersuchung, im Rahmen derer 7.124 Personen im Alter zwischen 18 und 80 Jahren bundesweit klinisch und paraklinisch untersucht wurden und Auskunft über ihre Gesundheit und ihr Gesundheitsverhalten gaben.

Die gewonnenen Informationen sind von großem Wert für die Beurteilung der gesundheitlichen Lage der deutschen Bevölkerung. Sie dienen gesundheitspolitischen Entscheidungen, der optimalen Gestaltung von Präventionskonzepten und sind Grundlage weiterer epidemiologischer Untersuchungen.

Das Sonderheft kann beim Georg Thieme Verlag, Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart, bestellt werden. Anfragen zur Methodik oder zu Einzelergebnissen bitten wir direkt an das Robert Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin, zu richten.

Merkblatt für Ärzte „Hepatitis A – Erkennung, Behandlung und Verhütung“

In der Reihe der vom Robert Koch-Institut und dem Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BgVV) gemeinsam herausgegebenen Merkblätter für Ärzte ist jetzt das Merkblatt „Hepatitis A – Erkennung, Behandlung und Verhütung“ mit dem neuesten Stand der empfohlenen Präventiv- und Bekämpfungsmaßnahmen erschienen. Trotz des Rückganges der Erkrankungszahlen in den letzten Jahren, besitzt die Hepatitis A noch eine erhebliche praktische Bedeutung, die aus einem hohen Anteil importierter Infektionen und der Möglichkeit örtlicher Ausbrüche resultiert.

Das Merkblatt wurde in der März-Ausgabe der Zeitschrift „Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz“ (S. 971-974) veröffentlicht und ist auch im Internet-Angebot des RKI (<http://www.rki.de>) und des Deutschen Ärzte-Verlages, Köln (<http://www.aerzterverlag.de>) verfügbar. Die Printversion des Merkblattes ist ausschließlich beim Deutschen Ärzte-Verlag GmbH, Postfach 40 02 65, 50832 Köln zu beziehen.

Stellungnahme des Arbeitskreises Blut des BMG zum Hepatitis-B-Virus (HBV)

Der am RKI tätige Arbeitskreis Blut des Bundesministeriums für Gesundheit erarbeitet als nationales Beratungsgremium Stellungnahmen zu wichtigen Krankheitserregern, die eine Zusammenfassung des aktuellen Wissensstandes darstellen und entsprechende Empfehlungen für die Fachöffentlichkeit einschließen. Die transfusionsmedizinisch relevanten Aspekte werden besonders herausgearbeitet. Wertvoll sind Hinweise auf aktuelle Literatur. Die jüngste dieser Stellungnahmen behandelt das Hepatitis-B-Virus:

Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2000 (3): 240-248. Falls die Zeitschrift nicht zugänglich ist, steht ein entsprechendes Internet-Angebot des RKI (<http://www.rki.de>) oder des Springer-Verlages (<http://link.springer.de>) zur Verfügung.

Mitteilung der Kommission Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am RKI zur Händehygiene

Adäquate Händehygiene ist eine entscheidende Voraussetzung für die Verhütung von Krankenhausinfektionen. Eine jetzt veröffentlichte Mitteilung der Kommission Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am RKI zur Händehygiene stellt die verschiedenen Maßnahmen und Erfordernisse differenziert und übersichtlich als Empfehlungen zusammen. Literaturhinweise ergänzen diese praktische wichtige Empfehlung. Einen wesentlichen Anteil an der Erarbeitung hatten A. Kramer, Greifswald, B. Christiansen, Kiel, M. Exner, Bonn, M. Rotter, Wien:

Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2000 (3): 230-233. Falls die Zeitschrift nicht zugänglich ist, steht ein entsprechendes Internet-Angebot des Springer-Verlages (<http://link.springer.de>) zur Verfügung. Eine Bereitstellung im Internet-Angebot des RKI (<http://www.rki.de>) wird vorbereitet.