



Epidemiologisches Bulletin

4. Mai 2017 / Nr. 18/19

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFZEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

„Händehygiene first!“

Aktionstag der Händehygiene am 5.5.2017

Seit 2009 veranstaltet die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Rahmen der Kampagne „Clean care is safer care“ alljährlich am 5. Mai den „Internationalen Tag der Händehygiene“. Anlass ist die herausragende Bedeutung der Händehygiene bei der Prävention von nosokomialen Infektionen, das heißt Infektionen, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder einer ambulanten medizinischen Maßnahme erworben werden. Für die Patientenversorgung durch das Personal bedeutet dies, für jeden Patienten zu jedem Zeitpunkt während seiner medizinischen und pflegerischen Versorgung eine effektive Händedesinfektion zu gewährleisten.

In dem nachfolgenden Beitrag soll für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter medizinischer und pflegerischer Einrichtungen, aber auch für Patientinnen und Patienten, über Aktivitäten des Robert Koch-Instituts (RKI), der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) und der „Aktion Saubere Hände“ (ASH) zu Themen der Händehygiene berichtet werden.

Die aktualisierten Empfehlungen „Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ der KRINKO wurden im September 2016 vom RKI veröffentlicht. Die Empfehlungen sind im Vergleich zur Version aus dem Jahr 2000 wesentlich umfangreicher. Einige Aussagen wurden aktualisiert, z. B. bezüglich Indikationen zur Händedesinfektion und der Lokalisation von Handwaschplätzen. Die Empfehlungen wurden um Inhalte erweitert, wie z. B. die chirurgische Händedesinfektion, Einmalhandschuhe sowie Anforderungen an Spender für Handwaschpräparate und Händedesinfektionsmittel. Als wichtiger Aspekt wurde auch die Qualitätssicherung der Händehygiene integriert. Hierzu wurde eine Musterpräsentation vom RKI erstellt, die die wichtigsten Aspekte und Änderungen im Vergleich zur Version aus dem Jahr 2000 zusammenfasst. Diese Musterpräsentation kann unter dem folgenden Link eingesehen und heruntergeladen werden: www.rki.de/krinko-empfehlungen > Ergänzende Informationen.

Die WHO fordert unter dem Motto „Fight antibiotic resistance – it's in your hands“ das medizinische Personal auf, seine Hände zur richtigen Zeit zu desinfizieren, um die Ausbreitung von Bakterien mit besonderen Resistenzmechanismen zu stoppen. Hierbei richtet sich die WHO an unterschiedliche Adressaten und fordert die Krankenhausleitungen, die Zuständigen für Krankenhaushygiene und die Politik zur Zusammenarbeit im Kampf gegen Infektionen auf, um gemeinsam Patienten besser zu schützen. Die WHO hat neben Postern und einem systematischen Literatur-Review auch Informationen für Patienten zu Händehygiene und Antibiotikaresistenzen zur Verfügung gestellt (www.who.int/gpsc/5may/2017/en/).

Die „Aktion Saubere Hände“ greift diesen Aspekt auf und fokussiert sich in diesem Jahr auf das spezifische Ansprechen der unterschiedlichen Akteure bei der Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen und der Verbesserung der Händehygiene.

Diese Woche 18/19 2017

- ▶ „Händehygiene first!“
Aktionstag der Händehygiene am 5.5.2017
- ▶ Aktive Einbeziehung von Patienten und Pflegebedürftigen in die Händedesinfektion
- ▶ Beispiel für eine Herangehensweise zur Vermeidung einer „Rückfallsituation“ bei der Verbesserung der Compliance für die Händehygiene
- ▶ Händedesinfektionsmittel: Welche Bedeutung und Konsequenzen hat der neue Wirkbereich „begrenzt viruzid PLUS“?

Monatsstatistik nichtnamentlicher
Meldungen ausgewählter
Infektionen Februar 2017

Aktuelle Statistik meldepflichtiger
Infektionskrankheiten
15. Woche 2017

Zur Situation von Influenza-
Erkrankungen für die
17. Kalenderwoche 2017



Eine Schlüsselfigur in der Patientenversorgung ist der Patient selbst, daher bemüht sich die ASH an diesem Aktionstag, die Patienten vermehrt anzusprechen und einzubinden. Häufig haben Patienten wenig Wissen darüber, wann die im Allgemeinen wichtigste Maßnahme der Händehygiene, eine Händedesinfektion, wirklich sinnvoll ist. Dies gilt sowohl für die Händedesinfektionen des Personals bei der Patientenversorgung als auch für die Händedesinfektion des Patienten selbst während seines Aufenthalts im Krankenhaus. Dabei sind die Beteiligung und der Dialog zwischen dem medizinischen Personal und den Patienten ein wesentliches Element der Patientensicherheit. Für Patienten ist es bereits selbstverständlich, in Bezug auf die Medikation nachzufragen. Dies ist auch für Fragen die Händehygiene betreffend erwünscht. Der Patient soll sich als Teil des Teams fühlen und offen über die Händedesinfektion kommunizieren. Diesen Dialog gilt es, zu fördern und positiv zu nutzen. Nicht jeder Patient kann sich mit der aktiven Rolle identifizieren. Wird aber eine offene Kultur der „Patienten-Befähigung“ beworben und angenommen, so können davon sowohl Patienten als auch das medizinische Personal profitieren.

Die Informationsmaterialien der ASH vermitteln Patienten, dass nicht jede Infektion durch Hygienemaßnahmen

verhindert werden kann. Sie informieren über nosokomiale Infektionen sowie deren Vermeidbarkeit und laden ein, gemeinsam als Teil eines Teams mit dem medizinischen Personal die Compliance der Händehygiene zu steigern. Die medizinischen Mitarbeiter erhalten Fachliteratur zur Unterstützung, um über die aktive Beteiligung der Patienten zu diskutieren und das eigene Verhalten zu reflektieren.

Auf der Internetseite der ASH werden neben einem kurzen Film begleitende Informationsposter sowie eine Präsentation zur Verfügung gestellt (www.aktion-sauberehaende.de).

■ Dr. Christin Perlitz¹, Prof. Dr. Mardjan Arvand¹, MSc. Janine Walter², Dr. Tobias Kramer², B.A. Karin Bunte-Schönberger², Prof. Dr. Petra Gastmeier²

¹ Robert Koch-Institut | Abteilung für Infektionskrankheiten | FG 14 – Angewandte Infektions- und Krankenhaushygiene

² Institut für Hygiene und Umweltmedizin | Universitätsmedizin Berlin – Charité

Korrespondenz: PerlitzC@rki.de | aktion-sauberehaende@charite.de

■ Vorgeschlagene Zitierweise:

Perlitz C, Arvand A, Walter J, Kramer T, Bunte-Schöneberger K, Gastmeier P: Händehygiene first! Aktionstag der Händehygiene am 5.5.2017.

Epid Bull 2017;18/19: 165–166 | DOI 10.17886/EpiBull-2017-023

Aktive Einbeziehung von Patienten und Pflegebedürftigen in die Händedesinfektion

Ein Beitrag zum Internationalen Tag der Händehygiene

Hintergrund

Der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2009 initiierte „Internationale Tag der Händehygiene“ soll alljährlich die Aufmerksamkeit auf die Händehygiene in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen lenken. In der WHO-Kampagne wird besonders die Händedesinfektion als die wirksamste Einzelmaßnahme zur Unterbrechung von Infektionsketten hervorgehoben.¹

In der Vergangenheit stand bei der Händedesinfektion das medizinische, pflegerische und therapeutische Personal im Vordergrund. Seit einigen Jahren gibt es jedoch eine Reihe von Ansätzen, Patienten und ihre Angehörigen in die Händehygiene einzubinden. So ist eine solche Einbindung seit 2009 ein Element der „Clean your hands“-Kampagne der WHO.² Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) empfiehlt, Patienten und Besucher in die Maßnahmen der Händehygiene einzubeziehen, um dieses zusätzliche Präventionspotenzial zu nutzen.³ Auch die aktuelle Leitlinie zur Händehygiene der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) greift die Einbindung des Patienten in die Händehygiene explizit auf.⁴

Im Folgenden möchten wir kurz Aspekte der aktiven Einbeziehung von Patienten und Pflegebedürftigen in die Händehygiene näher darstellen, um Möglichkeiten aufzuzeigen, das Empfohlene praktisch umzusetzen.

AHOI-Projekt

Im Projekt „AHOI – Patient im Boot: Aktivierung der Patienten, Pflegebedürftigen und Pflegenden für eine hygienebewusste Partizipation an der Infektionsprävention“ wird das Potenzial der aktiven Teilnahme und der Mitwirkung (Partizipation) der Patienten, Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und Besucher zur Vermeidung nosokomialer Infektionen erforscht und Musterlösungen zur Realisierung dieses Potenzials entwickelt. Das vom Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und Bevollmächtigten für Pflege geförderte Projekt wird von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe der Ernst-Moritz-Arndt-Universität und der Universitätsmedizin Greifswald im Verbund mit dem KOMPASS e. V. – MRE-Netzwerk Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt.

Die aktive Einbeziehung der Patienten und Besucher in die Händehygiene ist dabei ein wichtiger Ansatzpunkt. Als ein erster Schritt wurde ein systematischer Literaturreview in der Datenbank Pubmed durchgeführt, um bisherige Ansätze der Einbindung von Patienten, Pflegebedürftigen, (pflegenden) Angehörigen und Besuchern u. a. in die Händehygiene zu ermitteln (Erstsuche 08/2016, aktualisiert 03/2017). In einem weiteren Schritt wurde im Sommer 2016 eine regionale, multizentrische Querschnittsstudie in der KOMPASS-Region (Kreise Vorpommern-Greifswald, Vorpommern-Rügen und Mecklenburgische Seenplatte) durch-

geführt, um Wahrnehmungen, Einstellungen, Wissen und Erwartungen zum Infektionsschutz und zur Einbindung der Patienten zu erfassen.

Ergebnisse

Literaturreview

In dem systematischen Literaturreview ließen sich für die Einbindung von Patienten in die Händehygiene zwei komplementäre Ansätze identifizieren.⁵ Der eine Ansatz verfolgt das Ziel, die Compliance der Händehygiene des Personals durch die aktive Mitwirkung der Patienten zu verbessern. Die Patienten haben dabei die Rolle eines aktiven Beobachters, der das Personal durch Erinnern und Nachfragen („Haben Sie Ihre Hände desinfiziert?“) bei der Durchführung der Händehygiene zu definierten Gelegenheiten unterstützen soll.^{6–8} Der zweite Ansatz zielt dagegen auf die Verbesserung der Händehygiene der Patienten selbst.¹²

Erste Studien zum **ersten Ansatz** wurden bereits Ende der 1990er Jahre in den USA durchgeführt, d.h. noch bevor die alkoholische Händedesinfektion in den USA eingeführt wurde. McGaukin et al.⁷ luden in einer prospektiven, quasi-experimentellen Studie in New Jersey die Patienten ein, als „Partner in der Betreuung“ das medizinische Personal aktiv an die Händewaschung zu erinnern. Broschüren und Erinnerungshilfen (*Reminder*) dienten als Interventionsmaterialien. Im Ergebnis zeigte sich eine statistisch signifikante Steigerung des Verbrauchs an Handseife um 34 % als Surrogat für die Compliance mit der Händewaschung (die Händedesinfektion war in den USA noch nicht üblich). Eine Befragung der Patienten zeigte, dass fast allen (95 %) das Risiko nosokomialer Infektionen und die Bedeutung der Händehygiene bewusst waren. Dies ging mit einem hohen Interesse (81 %) für die Intervention einher. Allerdings gaben nur gut die Hälfte (57 %) an, das Personal auch tatsächlich nach einer durchgeführten Händedesinfektion vor Kontakt befragt zu haben und wenn, sprachen sie meistens (90 %) das Pflegepersonal und deutlich seltener (32 %) Ärzte an. Obwohl die meisten Patienten (81 %) angaben, auf Fragen nach durchgeführter Händedesinfektion eine positive Reaktion des Personals erhalten zu haben, fühlten sich nur gut zwei Drittel (68 %) in ihrer Rolle als „Überwacher“ wohl.

Seit dieser Studie wurde in einer Reihe weiterer Studien und in mehreren Reviews der beschriebene Ansatz, Patienten zur Steigerung der Compliance der Händehygiene beim Personal einzusetzen, weiter untersucht. Die grundsätzlichen Ergebnisse, nämlich (1.) ein starkes Bewusstsein der Patienten für das Problem nosokomialer Infektionen, (2.) die Erkennung der Bedeutung der Händehygiene und (3.) das Vorhandensein einer Motivation, sich an einer Verbesserung der Hygiene aktiv selbst zu beteiligen, (4.) zudem die positive Wirkung der Einbindung der Patienten auf die Compliance des Personals, aber auch (5.) die Existenz einer Barriere, das Personal tatsächlich anzuspre-

chen, konnten dabei immer wieder bestätigt werden.^{9,10} Ein weiteres Hindernis stellen die Bedenken des Personals dar.¹¹

Der **zweite Ansatz** zur aktiven Einbindung der Patienten zielt dagegen auf die Verbesserung der Händehygiene der Patienten selbst.¹² Diesem Ansatz liegt die Erkenntnis zugrunde, dass nicht nur das Personal, sondern auch Patienten und Besucher Überträger nosokomialer Pathogene sein können² und die Händehygiene bei Patienten und Pflegebedürftigen verbesserungsbedürftig ist. So konnten Srigley et al. in einer Beobachtungsstudie zeigen, dass sich Patienten auf Transplantationsstationen die Hände nur in 30 % der Fälle nach dem Toilettengang wuschen bzw. desinfizierten.¹³ Barker et al. fanden sogar Belege dafür, dass paradoxerweise die Compliance der Patienten mit der Händehygiene im Krankenhaus im Vergleich zum häuslichen Umfeld sinkt.¹⁴

Gleiches gilt für Pflegeeinrichtungen, wobei vielfältige Ursachen diskutiert werden: generelle Hygienepraxis zu Hause, Wahrnehmung der Wichtigkeit von Händehygiene zur Vermeidung von Infektionen, eingeschätzte Unterstützung durch das Personal und die Benutzerfreundlichkeit der Desinfektionsmittelprodukte.¹⁵ In einem aktuellen systematischen Review von Srigley et al. konnten 10 Studien, die eine Verbesserung der Händehygiene von Patienten untersuchten, identifiziert werden. In diesem wurden unterschiedliche, meist multimodale Ansätze eingesetzt (Informationen für Patienten, *Reminder*, die Ausgabe von Händedesinfektionsmitteln an Patienten und die aktive Unterstützung der Händehygiene durch das Personal). Alle Studien zeigten je nach Endpunkt eine Verbesserung der Händehygiene-Compliance bzw. eine Reduktion nosokomialer Infektionen. Auf dieser Basis kommen die Autoren zu dem Schluss, dass die Händehygiene von Patienten genauso wichtig ist wie die des Personals, dass jedoch weitere Studien für eine abschließende Beurteilung nötig sind.¹⁶

Querschnittstudie – Wahrnehmungen, Einstellungen, Wissen und Erwartungen zum Infektionsschutz bei Patienten

In den durchgeführten Querschnitterhebungen wurden Patienten und Angehörige sowie medizinisches und pflegerisches Personal in ausgewählten stationären (3 Stationen), ambulanten (3 Arztpraxen) und pflegerischen Einrichtungen (1 Pflegeheim) befragt. Dabei wurden u.a. Parameter erfasst, die für eine bessere Einbindung von Patienten in die Händehygiene wichtig sind.¹⁷

Insgesamt wurden 500 Patienten, Pflegebedürftige und Angehörige sowie 118 Mitarbeiter in Arztpraxen, im stationären Bereich und in der stationären Pflege mittels eines Fragebogens befragt. Die Rücklaufquote war mit 93 % bzw. 85 % sehr hoch. Die Frage, ob das Verhalten der Patienten für den Infektionsschutz wichtig sei, bejahten 94 % der Mitarbeiter. Dabei fand sowohl die Aussage, dass die Patienten und Angehörigen auf ihr eigenes Verhalten achten sollten, als auch, dass Patienten und Angehörige das Personal durch Hinweise unterstützen sollten, breite Zustim-

mung bei den Mitarbeitern (94 % bzw. 82 %). Für Patienten zugängliche Händedesinfektionsmöglichkeiten wurden dabei von 92% der Mitarbeiter als hilfreich für eine bessere Einbindung der Patienten gesehen.

Von den befragten Patienten und Pflegebedürftigen gaben 92% den Wunsch an, durch eigenes Verhalten zum Infektionsschutz beitragen zu wollen. Der Händehygiene wird dabei eine große Bedeutung zugesprochen. So wünschten sich 78% mehr Händedesinfektionsmöglichkeiten. Die Studie wurde auf dem 12. Ulmer Symposium Krankenhausinfektionen ausführlich vorgestellt und wird derzeit zur Publikation vorbereitet.

Schlussfolgerungen

Die Händehygiene und insbesondere die hygienische Händedesinfektion haben aufgrund ihres belegten Effektes zur Vermeidung nosokomialer Infektionen und Transmissionen eine herausragende Bedeutung für die Infektionsprävention. Gleichzeitig gehört die Händedesinfektion zu den unmittelbarsten und patientennahesten Hygienemaßnahmen, die von Patienten wahrgenommen und auch vom Patienten selbst durchgeführt werden können. In der aktuellen Literatur gibt es eine Reihe von Belegen, dass sowohl die Einbindung der Patienten beim Monitoring des Händehygieneverhaltens des Personals als auch die Durchführung der Händehygiene vom Patienten selbst einen infektionspräventiven Effekt haben.^{9,10,16}

Die im AHOI-Projekt durchgeführte sektorenübergreifende, jedoch nicht repräsentative Befragung ergab, dass sowohl Patienten als auch das Personal eine zunehmend aktivere Rolle der Behandelten bzw. Gepflegten und ihrer Angehörigen in der Infektionsvermeidung sehen. Die Mehrheit der Patienten ist motiviert, selbst stärker bei der Infektionsvermeidung mitzuwirken. Dies steht im Einklang mit den bisher vornehmlich in den USA, dem Vereinigten Königreich und in Asien durchgeführten Arbeiten zu diesem Thema.^{7,9,10}

Die Philosophie des AHOI-Projekts ist es, das Wissen, die Aufmerksamkeit und die Eigenverantwortlichkeit der Patienten und Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen so zu fördern, dass sie eigenes Hygieneverhalten umsetzen und Andere durch konstruktive Hinweise aktiv unterstützen. Dazu wurde im Rahmen des Projekts ein umfangreiches Maßnahmenpaket entwickelt, bei dem die Händehygiene ein zentrales Element ist. Aktuell wird dieses Maßnahmenpaket im Rahmen einer Machbarkeitsstudie untersucht und optimiert.

Literatur

1. Perlitz C, Hübner NO: Die hygienische Händedesinfektion – Ein Beitrag zum Internationalen Tag der Händehygiene am 5.5. Epid Bull 2013; 17: 143–145
2. Landers T, Abusalem S, Coty MB, Bingham J: Patient-centered hand hygiene: the next step in infection prevention. Am J Infect Control 2012; 40 (4 Suppl 1): S11–17

3. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO): Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens – Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsbl 2016; 59: 1189–1220; DOI 10.1007/s00103-016-2416-6; http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Haendehyg_Rili.pdf?__blob=publicationFile
4. Arbeitskreis der AWMF: Händedesinfektion und Händehygiene. AWMF 2016; http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/029_AWMF-AK_Krankenhaus-_und_Praxishygiene/HTML-Dateien/029-0271_S2k_Haendedesinfektion_Haendehygiene_2016-08.html
5. Krafczyk-Korth J, Dittmann K, Kramer A, Hübner NO et al.: Einbeziehung von Patienten und Angehörigen in den Infektionsschutz – Review der aktuellen Literatur. 12. Ulmer Symposium Krankenhausinfektionen 2017; 15. März 2017; Ulm
6. Kim MK, Nam EY, Na SH, Shin MJ, Lee HS et al.: Discrepancy in perceptions regarding patient participation in hand hygiene between patients and health care workers. Am J Infect Control 2015; 43 (5): 510–515
7. McGuckin M, Govednik J: Patient empowerment and hand hygiene, 1997–2012. J Hosp Infect 2013; 84 (3): 191–199
8. Stewardson AJ, Sax H, Gayet-Ageron A, Touveneau S, Longtin Y et al.: Enhanced performance feedback and patient participation to improve hand hygiene compliance of health-care workers in the setting of established multimodal promotion: a single-centre, cluster randomised controlled trial. The Lancet Infectious Diseases 2016; 16 (12): 1345–1355
9. Davis R, Parand A, Pinto A, Buetow S: Systematic review of the effectiveness of strategies to encourage patients to remind healthcare professionals about their hand hygiene. J Hosp Infect. 2015; 89 (3): 141–162
10. Berger Z, Flickinger TE, Pfoh E, Martinez KA, Dy SM: Promoting engagement by patients and families to reduce adverse events in acute care settings: a systematic review. BMJ Qual Saf [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. Review] 2014; 23 (7): 548–555
11. Longtin Y, Farquet N, Gayet-Ageron A, Sax H, Pittet D: Caregivers' perceptions of patients as reminders to improve hand hygiene. Arch Intern Med [Letter Research Support, Non-U.S. Gov't] 2012; 172 (19): 1516–1517
12. Sunkesula VC, Knighton S, Zabarsky TF, Kundrapu S, Higgins PA, Donskey CJ: Four Moments for Patient Hand Hygiene: A Patient-Centered, Provider-Facilitated Model to Improve Patient Hand Hygiene. Infect Control Hosp Epidemiol 2015; 36 (8): 986–989
13. Srigley JA, Furness CD, Gardam M: Measurement of patient hand hygiene in multiorgan transplant units using a novel technology: an observational study. Infection control and hospital epidemiology [Observational Study Research Support, Non-U.S. Gov't] 2014; 35 (11): 1336–1341
14. Barker A, Sethi A, Shulkin E, Caniza R, Zerbel S, Safdar N: Patients' hand hygiene at home predicts their hand hygiene practices in the hospital. Infection control and hospital epidemiology [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't] 2014; 35 (5): 585–588
15. Knighton SC, McDowell C, Rai H, Higgins P, Burant C, Donskey CJ: Feasibility: An important but neglected issue in patient hand hygiene. American journal of infection control 2017; doi: 10.1016/j.ajic.2016.12.023
16. Srigley JA, Furness CD, Gardam M: Interventions to improve patient hand hygiene: a systematic review. The Journal of hospital infection [Review]. 2016 ; 94 (1): 23–29
17. Krafczyk-Korth J, Dittmann K, Heidecke C-D, Kramer A, Hübner NO et al.: Einbeziehung von Patienten und Angehörigen in den Infektionsschutz – Ergebnisse einer Patienten- und Mitarbeiterbefragung. 12. Ulmer Symposium Krankenhausinfektionen 2017; 15. März 2017; Ulm

■ Janina Krafczyk-Korth¹, Dr. Kathleen Dittmann¹, Prof. Dr. Claus-Dieter Heidecke², Dr. Stephan Diedrich², Prof. Dr. Axel Kramer¹, PD Dr. Nils-Olaf Hübner^{1,3}

¹ Institut für Hygiene und Umweltmedizin

² Klinik und Poliklinik für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie der Universitätsmedizin Greifswald | Lehrstuhl für ABWL und Gesundheitsmanagement der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

³ IMD Labor Greifswald MVZ GmbH

Korrespondenz: janina.krafczyk@uni-greifswald.de

■ Vorgeschlagene Zitierweise:

Krafczyk-Korth J, Dittmann K, Heidecke CD, Diedrich S, Kramer A, Hübner NO: Aktive Einbeziehung von Patienten und Pflegebedürftigen in die Händedesinfektion. Epid Bull 2017;18/19: 166–168 | DOI 10.17886/EpiBull-2017-024

Beispiel für eine Herangehensweise zur Vermeidung einer „Rückfallsituation“ bei der Verbesserung der Compliance für die Händehygiene

Die Qualitätssicherung für die Durchführung der Händehygiene wurde als ein neuer und wichtiger Aspekt in die aktuellen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) „Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ integriert.¹ Darin wurden „die Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance₁“ zum zentralen Thema gemacht.

Dass die Verbesserung der Händehygiene-Compliance immer noch ein bedeutender Aspekt ist, zeigt auch eine aktuelle Veröffentlichung von von Lengerke et al. „Förderung der hygienischen Händedesinfektion“². Die Autoren berichten von einer sogenannten „Rückfallsituation“ in Bezug auf die Compliance der hygienischen Händedesinfektion nach einer initialen Compliance-Steigerung auf Intensivstationen (ITS) eines Krankenhauses der Maximalversorgung.

Ziel der oben genannten und nachfolgend zusammengefassten Studie war es, eine Strategie zu entwickeln, um auf zehn ITS und zwei Knochenmark-Transplantationsstationen (KMTS) eines Universitätsklinikums die Compliance der Händehygiene nachhaltig zu verbessern.² Dabei wurden maßgeschneiderte verhaltenspsychologische Interventionen₂ nach dem Compliance-Modell „Health Action Process Approach“ (HAPA)^{3–6} der „Aktion Saubere Hände“ (ASH) eingesetzt, um eine mögliche Rückfallsituation zu verhindern bzw. ihre Auswirkungen zu minimieren. Zentrale Elemente der maßgeschneiderten verhaltenspsychologischen Interventionen waren die initiale Identifikation der Einflussfaktoren auf das Verhalten der behandelnden Ärzte und des Pflegepersonals und die Durchführung individueller Schulungen und Feedbackgespräche auf Clusterebene.

In einem Cochraine-Review wird berichtet, dass maßgeschneiderte Interventionen häufig bei der Implementierung von Maßnahmen zur Verbesserungen der „Leistungserbringung“ von Gesundheitsfachkräften empfohlen werden.⁷ Zum Spektrum möglicher Einflussfaktoren auf das Verhalten der behandelnden Ärzte und des Pflegepersonals werden im o. g. Review⁷ folgende Faktoren gezählt:

- ▶ individuelle Faktoren des Gesundheitsfachpersonals (z. B. Wissen, Motivation, Wahrnehmung wahrscheinlicher Vorteile sowie Risiken),
- ▶ Patientenfaktoren (z. B. Patientenerwartung, Patientenpräferenz),
- ▶ Leistungsanreize,
- ▶ Ressourcenverfügbarkeit,
- ▶ geeignete Empfehlungen (gut verständlich, die alle wichtigen Aufgabenbereiche abdecken),
- ▶ organisatorische Faktoren (z. B. Hilfsmittel, Arbeitsbelastung),
- ▶ soziale, politische und rechtliche Faktoren.⁷

Zur Identifikation der Einflussfaktoren auf das Verhalten der Akteure wurden in der PSYGIENE-Studie² im Zeitraum vom 26.11.2012 bis 25.01.2013 Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Der Fragebogen erfasste zentrale psychische Compliance-Determinanten sowie stationsbezogene Ressourcen und Barrieren. Mit den verantwortlichen Stationsärzten und Stationsleitern wurden im Zeitraum vom 19.03.2013 bis 07.05.2013 problemzentrierte Interviews zu typischen Tagesabläufen/Tätigkeiten geführt. Am Ende stand eine verhaltenspsychologische Analyse der Stärken und Schwächen der einzelnen Akteure sowie der fördernden und hindernden Arbeits- sowie Umweltbedingungen in Anlehnung an die Methode der SWOT-Analyse (SWOT: *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*).⁸

Das Studiendesign sah zwei Studienarme vor: einen Interventionsarm und einen Kontrollarm. In den sechs Stationen des Interventionsarms wurden maßgeschneiderte Verhaltensänderungstechniken (BCT: *behavioral change technique*)⁹ in Schulungen und Feedbackgesprächen umgesetzt, wohingegen in den sechs Stationen des Kontrollarms Schulungen gemäß ASH durchgeführt wurden. Dabei wurden 15 der 29 BCT eingesetzt, die im Interventionsarm eingesetzt wurden. Auch fanden im Kontrollarm keine Feedbackgespräche statt.

Alle Interventionen fanden vom 20.06.2013 bis 16.12.2013 statt und umfassten alle zum Zeitpunkt der Studie tätigen Ärzte (n=515) und Pflegenden (n=572) in den jeweiligen Stationen (www.aerzteblatt.de/callback/image.asp?id=78837).

Compliance-Raten für die hygienische Händedesinfektion wurden durch Beobachtungen gemäß Goldstandard der WHO von Januar bis Dezember 2014 bzw. von Januar 2015 bis Februar 2016 erfasst. Als primäre Endpunkte dienten die Compliance-Raten von 2014 und 2015. Sekundäre Endpunkte waren die Veränderungen in den Zeiträumen 2013–2014, 2014–2015 und 2013–2015 innerhalb jedes Studienarms.

Die wichtigsten Ergebnisse der Studie unter Betrachtung aller Berufsgruppen waren:

- ▶ Die Ausgangs-Compliance im Jahr 2013 war für den Interventions- und Kontrollarm gleich.
- ▶ Im Interventionsarm stieg die Compliance in den Jahren 2014 und 2015 jeweils relativ zum Vorjahr an.
- ▶ Im Kontrollarm stieg die Compliance im Jahr 2014 an und sank im Jahr 2015 wieder ab.
- ▶ Der Compliance-Zuwachs im Zeitraum 2013–2015 sowie die Compliance-Raten im Jahr 2015 waren im Interventionsarm höher als im Kontrollarm. Der Unterschied in den Compliance-Raten zwischen Interventions- und Kontrollarm war für das Jahr 2015 statistisch signifikant.

1 Compliance = Leitlinienkonformität

2 Intervention = geplante und gezielt eingesetzte Maßnahme

Betrachtet man die verschiedenen Berufsgruppen, so gab es bei den Ärzten hinsichtlich des Compliance-Zuwachses im Zeitraum 2013–2015 keine Unterschiede zwischen den beiden Studienarmen. Im Interventionsarm stieg die Compliance in den Jahren 2014 und 2015 an. Im Kontrollarm war im Jahr 2014 ein stärkerer Zuwachs als im Interventionsarm zu messen, und im Jahr 2015 nahm die Compliance im Kontrollarm wieder ab. Der Unterschied in den Compliance-Raten zwischen Interventions- und Kontrollarm war im Jahr 2014 statistisch signifikant, nicht jedoch im Jahr 2015.

Für die Pflegenden stieg die Compliance im Interventionsarm in den Jahren 2014 und 2015 ebenfalls an. Im Kontrollarm wurde nach einer Compliance-Steigerung im Jahr 2014 – vergleichbar zum Interventionsarm – im Jahr 2015 ein Rückgang – anders als im Interventionsarm – beobachtet. Der Compliance-Zuwachs im Zeitraum 2013–2015 war im Interventionsarm höher.

Zusammenfassend ist die PSYGIENE-Studie eine der wenigen Studien und die erste Studie in Deutschland, die sich des Problems Compliance-Wiederanstieg nach Rückfallsituation angenommen hat. Die maßgeschneiderten Interventionen führten in der Pflege und dadurch auch insgesamt zu nachhaltigeren Compliance-Wiederanstiegen (2-Jahres-Follow-up). Die Autoren der Studie argumentieren, dass die Ergebnisse im Interventionsarm durch Verhaltensänderungstechniken zustande kamen und demzufolge nachhaltiger wirken. Dies sollte durch weitere Studien untermauert werden.

Als Schlüssel für eine langfristige Verbesserung der Compliance im Gesundheitswesen schlussfolgern die Autoren, dass die Händehygiene als fortwährende Kernaufgabe ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten angesehen werden sollte, für deren Erfolg die Kommunikation eine zentrale Rolle spielt. Ferner schlagen die Autoren vor, die Händehygiene als eine Teamaufgabe zu definieren und zu verankern.

Literatur

1. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO): Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens – Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsbl 2016; 59: 1189–1220; DOI 10.1007/s00103-016-2416-6; http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Haendehyg_Rili.pdf?__blob=publicationFile
2. von Lengerke T, Lutze B, Krauth C, Lange K, Stahmeyer JT, Chaberny IF: Förderung der hygienischen Händedesinfektion. Clusterrandomisierte kontrollierte Studie PSYGIENE zur Evaluation maßgeschneiderter Interventionen. Deutsches Ärzteblatt 2017; 114 (3): 27–36
3. Aktion Saubere Hände: Händedesinfektion und Compliance: Warum ist eine so einfache Maßnahme so schwierig durchzusetzen? www.aktion-sauberehaende.de/ash/module/krankenhaeuser/fortbildungsmaterialien (Zugriff am 09.11.2016)
4. Schwarzer R, Lippke S, Luszczynska A: Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: the Health Action Process Approach (HAPA). Rehabil Psychol 2011; (56): 161–170
5. Schwarzer R, Fleig L: Von der Risikowahrnehmung zur Änderung des Gesundheitsverhaltens. Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie 2014; 64 (5): 338–341
6. von Lengerke T, Schulz-Stübner S, Chaberny IF, Lutze B: Psychologie der Händehygiene-Compliance: Von der Motivation zum Verhalten. Krankenhaushygiene up2date 2016; 11 (02): 135–150
7. Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C et al.: Tailored interventions to address determinants of practice. The Cochrane database of systematic reviews 2015 (4): CD005470
8. van Wijngarden J, Scholten G, van Wijk K: Strategic analysis for healthcare organisations: the suitability of SWOT-analysis. Int J Health Plann Manage 2012; (27): 34–39
9. Michie S, Richardson M, Johnston M et al.: The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. Ann Behav Med 2013; 46 (1): 81–95

-
- Dr. Christin Perlitz
Robert Koch-Institut | Abteilung für Infektionskrankheiten |
FG 14 – Angewandte Infektions- und Krankenhaushygiene
Korrespondenz: PerlitzC@rki.de | aktion-sauberehaende@charite.de
 - Vorgeschlagene Zitierweise:
Perlitz C: Verbesserung der Compliance für die Händehygiene: Beispiel für eine Herangehensweise zur Vermeidung einer "Rückfallsituation".
Epid Bull 2017;18/19: 169–170 | DOI 10.17886/EpiBull-2017-025

Händedesinfektionsmittel: Welche Bedeutung und Konsequenzen hat der neue Wirkbereich „begrenzt viruzid PLUS“?

Den Tag der Händehygiene am 5. Mai möchten wir zum Anlass nehmen, um auf den neuen Wirkbereich „begrenzt viruzid PLUS“ auch für Händedesinfektionsmittel aufmerksam zu machen.

Norovirus-Erkrankungen sind die überwiegende Ursache von akuten Gastroenteritis-Ausbrüchen in Gemeinschaftseinrichtungen, Krankenhäusern und Altenheimen. Im Jahr 2017 sind bereits mehr als 36.500 Fälle aufgetreten.¹ Anhand dieses Beispiels wird die Notwendigkeit einer viruswirksamen Desinfektion ins Bewusstsein gerufen. Aber auch andere Viren, wie Rotaviren und Adenoviren, verursachen nach wie vor eine Vielzahl von Infektionen und Ausbrüchen.

Die hygienische Händedesinfektion mit entsprechend wirksamen Desinfektionsmitteln leistet einen wesentlichen Beitrag auch zur Vermeidung der Weiterverbreitung von viralen Krankheitserregern (s. Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zur Händehygiene).²

Mit dem Wirkbereich „begrenzt viruzid PLUS“ wurde vom Arbeitskreis (AK) Viruzidie beim Robert Koch-Institut (RKI) in der neuen Stellungnahme³ ein Wirkbereich zwischen „begrenzt viruzid“ und „viruzid“ definiert. Er umfasst neben den durch den Bereich „begrenzt viruzid“ erfassten behüllten Viren speziell die Wirksamkeit gegenüber Adeno-, Noro- und Rotaviren. Damit werden die Erreger einbezogen, die die zahlenmäßig größten virusbedingten Ausbrüche verursachen. Doch gerade für Noroviren sind gegenwärtig in den Produktinformationen der Desinfektionsmittelhersteller bis zu drei unterschiedliche Angaben zur Wirksamkeit aufgeführt. Diese z.T. widersprüchlichen Angaben in der Auslobung erschweren es oftmals, geeignete Anwendungsbedingungen zu finden, um die Händedesinfektionsmittel dann auch richtig einzusetzen. Die oben zitierte Veröffentlichung des AK Viruzidie

soll den Anwendern von Desinfektionsmitteln deshalb die wissenschaftlich begründete Auswahl von Desinfektionsmitteln bzw. deren Anwendungsbedingungen erleichtern.

Sowohl Adeno- als auch Noro- und Rotaviren gehören zu den unbehüllten Viren und damit zu der Gruppe von Viren, die aufgrund ihrer biologischen Eigenschaften schwerer zu inaktivieren sind als behüllte Viren. Doch auch bei den unbehüllten Viren lassen sich solche finden, die eine ganz besonders hohe Stabilität gegenüber Desinfektionsmitteln aufweisen (z. B. Enteroviren), und solche, die etwas leichter zu inaktivieren sind. Die drei hier genannten Viren sind der Gruppe von Viren mit partieller Lipophilie zuzuordnen (s. Abb. 1), wodurch sie in der Regel mit einer größeren Anzahl von Wirkstoffen bzw. mit günstigeren Anwendungsbedingungen als z. B. Enteroviren zu inaktivieren sind. Deshalb hat es aus theoretischen und praktischen Überlegungen heraus Vorteile, für sie einen eigenen Wirkbereich – „begrenzt viruzid PLUS“ – zu definieren.

Die Definition dieses Wirkbereiches erfordert auch, die Kriterien für die Auslobung „begrenzt viruzid PLUS“-wirksamer Produkte festzulegen. Wie für die bereits etablierten Wirkbereiche „begrenzt viruzid“ (wirksam gegenüber behüllten Viren) und „viruzid“ (wirksam gegenüber behüllten und unbehüllten Viren) gibt der AK Viruzidie jetzt auch für den Wirkbereich „begrenzt viruzid PLUS“ die zu erfüllenden Kriterien vor: Produkte mit der Deklaration „begrenzt viruzid PLUS“ müssen mit zwei Testviren – Adenovirus (Typ 5 Stamm Adenoid 75) und murinem Norovirus (Stamm S99) – geprüft werden. Solange noch keine praxisnahen Prüfmethode für Händedesinfektionsmittel vorliegen, soll die Prüfung gemäß der Leitlinie der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten e. V. (DVV) und des RKI⁵ durchgeführt werden. Eine Prüfung nach europäischer Norm DIN EN 14476⁶ ist ebenfalls möglich, sofern zwei unabhängige

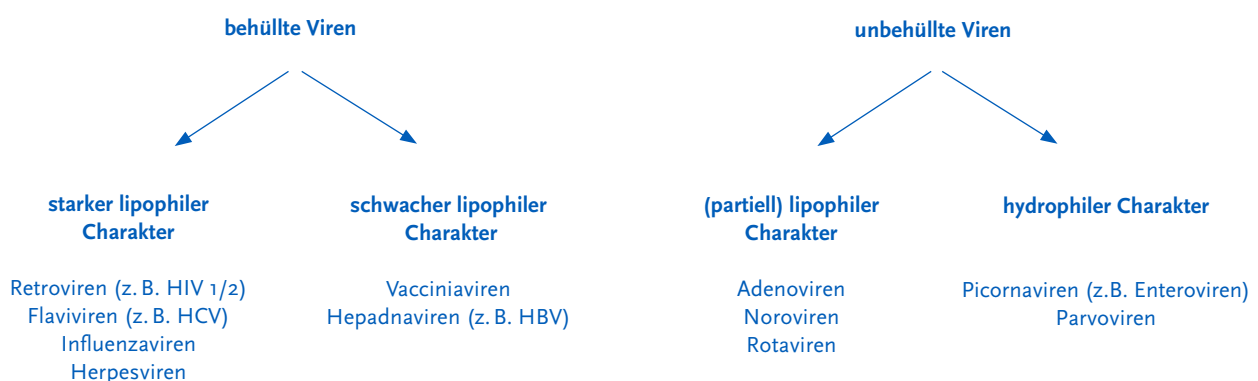


Abb. 1: Übersicht zur Einteilung der Viren nach strukturellen Eigenschaften. Nach Klein und Deforest⁴

Prüfungen zugrunde gelegt werden und die Richtigkeit der Ergebnisse, wie in der DVV/RKI-Leitlinie vorgegeben, durch die Ermittlung des mittleren Konfidenzintervalls verifiziert wird. Diese Kriterien entsprechen somit auch den in der Mitteilung des RKI und der DVV von 2014⁷ vorgegebenen Anforderungen an die Wirksamkeit für Produkte gegen Noroviren.

Mit der Etablierung dieses neuen Wirkbereiches könnte die Aufzählung diverser Einzeltestergebnisse in den Produktinformationen der Hersteller bald der Vergangenheit angehören. Damit erübrigt sich für den Anwender die mühevoll Suche in den vielfältigen, teilweise widersprüchlichen Angaben für bestimmte Viren bei ein und demselben Produkt.

Für die Hersteller und Anwender bietet die Einführung dieses Wirkbereiches gerade für Händedesinfektionsmittel die Chance, dass zukünftig deutlich mehr Mittel mit guter Verträglichkeit für diesen Anwendungsbereich gegen Adeno-, Noro- und Rotaviren zur Verfügung stehen. Die Anforderungen für eine „viruzide“ Wirksamkeit, die bisher für diese Viren gefordert wurden, konnten bisher nur von sehr wenigen Produkten erreicht werden, da neben den hohen Ansprüchen an die Wirksamkeit auch die Hautverträglichkeit gewährleistet sein muss. Durch die im Verhältnis hierzu geringeren Prüfanforderungen des Wirkbereiches „begrenzt viruzid PLUS“ kann die entsprechende Wirksamkeit leichter erreicht werden, so dass eine größere Zahl von Produkten mit besserer Verträglichkeit die Compliance bei der Anwendung verbessern könnte.

Die vom AK Viruzidie definierten Kriterien für die Auslobung des neuen Wirkbereiches stellen auch die Grundlage für die Aufnahme von entsprechenden Produkten in die Desinfektionsmittellisten des Verbundes für angewandte Hygiene (VAH)^{8,9} und des RKI¹⁰ dar. Diese Listen geben dem Anwender die Gewähr, dass die Wirksamkeit der dort eingetragenen Produkte durch entsprechende Gutachten und durch eine unabhängige Sachverständigenprüfung verifiziert wurde. Der AK Viruzidie würde es deshalb begrüßen, wenn die Hersteller diese Chance in größerem Maße nutzen und damit dem Anwender die Orientierung bei der Auswahl geeigneter Händedesinfektionsmittel erleichtern würden.

Literatur

1. Robert Koch-Institut: Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland, 13. Woche 2017 (Datenstand: 19. April 2017). *Epid Bull* 2017; 16:134
2. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO): Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens – Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI). *Bundesgesundheitsbl* 2016; 59: 1189–1220; DOI 10.1007/s00103-016-2416-6; http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Haendehyg_Rili.pdf?__blob=publicationFile
3. Schwebke I, Eggers M, Gebel J, Geisel B, Glebe D, Rapp I, Steinmann J, Rabenau HF: Prüfung und Deklaration der Wirksamkeit von Desinfektionsmitteln gegen Viren zur Anwendung im human-medizinischen Bereich. Stellungnahme des Arbeitskreises Viruzidie beim Robert Koch-Institut (RKI), des Fachausschusses Virusdesinfektion der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) e.V. und der Gesellschaft für Virologie (GfV) e.V. sowie der Desinfektionsmittelkommission des Verbundes für Angewandte Hygiene (VAH) e.V. *Bundesgesundheitsbl* 2017; 60 (3): 353–363. DOI 10.1007/s00103-016-2509-2
4. Klein M, Deforest A: Antiviral action of germicides. *Soap Chem Spec* 1963; 39 (7): 70–72, 95–97
5. Rabenau H, Schwebke I, Blümel J et al.: Leitlinie der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) e.V. und des Robert Koch-Instituts (RKI) zur Prüfung von chemischen Desinfektionsmitteln auf Wirksamkeit gegen Viren in der Humanmedizin. Fassung vom 1. Dezember 2014. *Bundesgesundheitsbl* 2015; 58: 493–504
6. DIN EN 14476/A1 Chemische Desinfektionsmittel und Antiseptika – Quantitativer Suspensionsversuch zur Bestimmung der viruziden Wirkung im humanmedizinischen Bereich - Prüfverfahren und Anforderungen (Phase 2, Stufe 1); Deutsche Fassung EN 14476:2013+A1:2015 Ausgabe 2015-12 Beuth Berlin
7. Robert Koch-Institut: Desinfektion bei Noroviren – Erläuterungen zur Prüfung und Deklaration der Wirksamkeit von Desinfektionsmitteln. *Epid Bull* 2014; 32: 289–290
8. Verbund für Angewandte Hygiene e.V.: Mitteilung der Desinfektionsmittel-Kommission im VAH, Neuer Wirksamkeitsbereich begrenzt viruzid PLUS – was ist das? *Hyg Med* 2016; 41 (12): 319–321
9. Desinfektionsmittel-Kommission im Verbund für Angewandte Hygiene: Desinfektionsmittel-Liste des VAH. Stand 1. Juni 2016 mhp-Verlag GmbH Wiesbaden bzw. die jeweils aktuelle Internetversion <http://www.vah-online.de/index.php?page=online-liste>
10. Robert Koch-Institut: Liste der geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren gemäß § 18 IfSG. *Bundesgesundheitsblatt* 2013; 51: 706–1728 oder <http://www.rki.de/desinfektion>

■ Dr. Ingeborg Schwebke¹, PD Dr. Maren Eggers², Dr. Jürgen Gebel³, Dr. Bertram Geisel⁴, Dr. Jochen Steinmann⁵, PD Dr. Nils-Olaf Hübner⁶, Dr. Ingrid Rapp⁷, Prof. Dr. Holger F. Rabenau⁸

¹ Robert Koch-Institut | Abteilung für Infektionskrankheiten | FG 14 – Angewandte Infektions- und Krankenhaushygiene

² Labor Prof. G. Enders MVZ Stuttgart

³ Universität Bonn | Institut für Hygiene und öffentliche Gesundheit

⁴ Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Stuttgart

⁵ Dr. Brill & Partner GmbH, Bremen

⁶ Institut für Hygiene und Umweltmedizin und IMD Labor Greifswald MVZ GmbH

⁷ Labor Dr. Merk & Kollegen, Ochsenhausen

⁸ Universitätsklinikum Frankfurt a.M. | Institut für Medizinische Virologie

Korrespondenz: SchwebkeI@rki.de

■ Vorgeschlagene Zitierweise:

Schwebke I, Eggers M, Gebel J, Geisel B, Steinmann J, Hübner NO, Rapp I, Rabenau HF: Händedesinfektionsmittel: Welche Bedeutung und Konsequenzen hat der neue Wirkbereich "begrenzt viruzid PLUS"? *Epid Bull* 2017;18/19: 171–172 | DOI 10.17886/EpiBull-2017-026

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten															Berichtsmonat: Februar 2017 (Datenstand: 1. Mai 2017)		
Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern																	
(Hinweise zu dieser Statistik s. <i>Epid. Bull.</i> 41/01: 311–314)																	
	Syphilis			HIV-Infektion			Malaria			Echinokokkose			Toxoplasm., konn.				
	2017*		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016		
Land	Febr.	Jan.–Febr.	Febr.	Jan.–Febr.	Febr.	Jan.–Febr.	Febr.	Jan.–Febr.	Febr.	Jan.–Febr.	Febr.	Jan.–Febr.	Febr.	Jan.–Febr.			
Baden-Württemberg	-	-	-	9	31	82	5	18	7	0	1	5	0	0	0		
Bayern	-	-	-	16	42	108	9	22	22	0	0	13	0	0	0		
Berlin	-	-	-	9	47	58	3	9	17	0	0	1	0	0	0		
Brandenburg	-	-	-	5	10	8	1	1	3	0	0	0	0	0	0		
Bremen	-	-	-	1	2	5	4	8	5	0	0	0	0	0	0		
Hamburg	-	-	-	8	27	43	3	13	9	0	0	0	0	0	0		
Hessen	-	-	-	18	29	49	6	14	11	0	0	4	0	0	0		
Mecklenburg-Vorpommern	-	-	-	1	5	13	2	3	0	0	0	0	0	0	1		
Niedersachsen	-	-	-	5	20	40	6	11	6	0	0	2	0	0	1		
Nordrhein-Westfalen	-	-	-	29	80	143	10	25	31	0	1	3	0	0	0		
Rheinland-Pfalz	-	-	-	6	17	28	0	2	7	0	1	1	0	0	0		
Saarland	-	-	-	1	3	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0		
Sachsen	-	-	-	2	12	27	0	2	2	0	0	0	0	0	0		
Sachsen-Anhalt	-	-	-	4	7	8	0	1	0	0	0	0	0	0	0		
Schleswig-Holstein	-	-	-	0	4	12	2	3	2	0	0	0	0	0	0		
Thüringen	-	-	-	2	5	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0		
Deutschland	-	-	-	116	341	632	51	133	122	0	3	30	0	0	2		

* Es stehen derzeit keine aktuellen Daten zur Syphilis zur Verfügung.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

15. Woche 2017 (Datenstand: 3. Mai 2017)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016
	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.
Baden-Württemberg	82	1.220	1.294	3	38	29	4	173	285	0	7	12
Bayern	61	1.585	1.784	8	76	41	24	333	342	1	15	21
Berlin	38	494	694	2	33	22	6	78	114	0	10	24
Brandenburg	24	308	411	1	14	15	5	83	106	0	2	0
Bremen	6	96	80	0	4	1	1	16	10	0	2	2
Hamburg	20	329	439	1	15	8	5	63	88	0	11	5
Hessen	46	855	1.005	0	11	14	13	138	199	0	6	17
Mecklenburg-Vorpommern	23	286	306	1	14	13	3	75	78	0	0	1
Niedersachsen	65	980	1.286	1	59	57	20	251	228	0	1	7
Nordrhein-Westfalen	222	4.337	4.895	3	74	74	29	536	674	0	13	13
Rheinland-Pfalz	42	786	841	3	35	34	8	113	182	2	6	10
Saarland	12	254	270	0	0	1	4	26	24	0	0	2
Sachsen	60	947	1.158	0	44	26	14	174	191	0	6	3
Sachsen-Anhalt	20	308	424	1	24	21	9	118	134	0	1	3
Schleswig-Holstein	36	443	464	3	25	14	7	90	76	0	1	0
Thüringen	29	430	465	3	18	7	16	131	149	1	3	0
Deutschland	789	13.662	15.820	30	484	377	168	2.398	2.881	4	84	120

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Gastroenteritis ⁺			Rotavirus-Gastroenteritis			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016
	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.
Baden-Württemberg	0	26	27	57	3.644	1.602	110	1.099	366	7	95	115	1	8	11
Bayern	1	96	96	94	4.643	2.951	183	2.435	996	12	165	169	1	24	24
Berlin	1	23	34	26	1.605	1.343	73	864	708	6	90	98	3	33	30
Brandenburg	2	26	28	25	1.094	1.606	115	1.112	1.073	2	30	35	2	12	15
Bremen	0	7	3	1	93	159	7	114	65	0	10	10	0	1	0
Hamburg	0	12	9	18	671	650	71	687	494	2	38	33	1	15	27
Hessen	3	33	62	46	1.823	1.161	80	921	518	4	56	63	1	29	28
Mecklenburg-Vorpommern	0	15	15	36	1.375	1.112	111	749	932	3	27	23	1	23	44
Niedersachsen	3	60	88	47	2.490	2.368	109	1.314	518	3	54	39	3	21	29
Nordrhein-Westfalen	6	132	175	176	9.482	5.129	202	2.389	1.292	11	153	176	4	43	66
Rheinland-Pfalz	1	24	55	64	2.966	1.295	43	463	287	3	40	25	0	4	12
Saarland	0	0	5	20	871	371	12	226	73	1	6	13	0	1	8
Sachsen	1	104	103	64	3.169	3.056	163	2.239	1.445	6	78	71	2	23	40
Sachsen-Anhalt	1	49	43	46	1.811	1.558	78	918	632	0	38	33	1	21	28
Schleswig-Holstein	2	18	16	14	910	696	44	568	325	4	23	21	0	6	19
Thüringen	2	54	65	28	1.836	1.741	81	963	608	0	14	26	0	7	8
Deutschland	23	679	824	762	38.491	26.803	1.483	17.068	10.332	64	917	950	20	271	389

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 die Referenzdefinition erfüllen, in der ausgewiesenen Meldewoche im Gesundheitsamt eingegangen und dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden (s. <http://www.rki.de> > Infektionsschutz > Infektionsschutzgesetz > Falldefinitionen sowie im *Epidemiologischen Bulletin* 6/2015), **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 Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

15. Woche 2017 (Datenstand: 3. Mai 2017)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺			Meningokokken, invasive Infektion			Tuberkulose		
	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016
	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.
Baden-Württemberg	2	16	35	4	140	91	9	165	176	0	14	18	11	230	241
Bayern	2	34	46	15	262	278	21	289	271	1	17	18	11	225	333
Berlin	6	72	27	5	44	28	4	54	96	0	3	15	0	1	129
Brandenburg	0	9	8	0	25	14	1	8	14	0	4	5	1	36	61
Bremen	0	1	1	0	1	2	0	0	1	0	2	3	1	13	20
Hamburg	2	8	12	2	18	65	1	30	38	0	0	2	1	56	65
Hessen	3	34	22	3	100	106	2	103	106	0	11	10	5	147	184
Mecklenburg-Vorpommern	0	3	6	0	13	9	0	10	11	0	2	3	1	30	15
Niedersachsen	3	23	32	3	23	41	7	90	95	0	8	12	5	88	118
Nordrhein-Westfalen	2	65	60	4	114	98	15	246	255	2	15	24	10	323	396
Rheinland-Pfalz	0	10	13	5	40	15	1	61	75	0	10	11	5	82	96
Saarland	1	6	4	1	6	3	0	7	12	0	2	0	0	16	9
Sachsen	1	12	5	0	98	113	2	39	80	0	5	5	3	64	64
Sachsen-Anhalt	0	9	10	2	11	15	1	17	29	0	2	3	5	32	41
Schleswig-Holstein	0	10	15	1	26	12	5	77	51	1	5	3	2	47	42
Thüringen	0	3	6	0	3	2	2	15	17	1	2	2	3	42	29
Deutschland	22	315	302	45	925	892	71	1.211	1.328	5	102	134	64	1.432	1.845

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016	2017		2016
	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.
Baden-Württemberg	0	37	1	1	23	29	0	0	1	23	486	297	54	1.266	1.527
Bayern	4	20	5	2	61	28	0	0	0	47	1.129	779	146	2.187	2.194
Berlin	4	37	8	1	9	15	0	0	2	6	247	296	27	541	910
Brandenburg	0	1	1	0	5	2	0	0	0	12	259	197	14	229	312
Bremen	0	1	0	1	2	2	0	0	0	2	40	32	8	228	158
Hamburg	0	5	1	0	5	7	0	0	0	9	211	72	6	140	207
Hessen	1	63	2	2	29	18	0	0	0	8	344	256	20	419	536
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	5	3	0	0	0	4	219	58	5	66	62
Niedersachsen	0	3	1	4	24	11	0	1	0	14	293	241	23	502	477
Nordrhein-Westfalen	31	260	8	1	58	37	0	3	1	55	950	625	72	1.545	1.848
Rheinland-Pfalz	0	9	5	3	10	10	0	1	0	11	250	146	9	252	328
Saarland	0	2	0	0	2	0	0	0	0	5	34	16	1	22	46
Sachsen	0	54	0	0	4	2	0	1	0	13	237	157	27	547	785
Sachsen-Anhalt	0	3	0	1	6	7	0	0	0	10	138	119	12	148	155
Schleswig-Holstein	0	5	1	1	11	11	0	0	1	4	125	54	13	275	232
Thüringen	0	4	0	0	3	3	0	0	0	13	281	279	14	163	88
Deutschland	40	504	33	17	257	185	0	6	5	236	5.244	3.624	451	8.532	9.866

⁺ Es werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Gastroenteritis in der Statistik ausgewiesen.

⁺⁺ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch (Hepatitis B) bzw. nicht als bereits erfasst (Hepatitis C) eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 46/05, S. 422).

Allgemeiner Hinweis: Wegen Verwendung veralteter Softwareversionen werden die übermittelten Fälle aus folgenden Landkreisen (LK) seit der 1. Meldewoche 2017 nicht ausgewiesen: LK Oldenburg, LK Oder-Spree, LK Prignitz und LK Teltow-Fläming sowie übermittelte Fälle aus dem Berliner Bezirk Treptow-Köpenick und dem Zentrum für Tuberkulosekranke- und gefährdete Menschen in Berlin.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

15. Woche 2017 (Datenstand: 3. Mai 2017)

Krankheit	2017	2017	2016	2016
	15. Woche	1.–15. Woche	1.–15. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	3	169	164	732
Brucellose	1	6	8	36
Chikungunyavirus-Erkrankung	1	8	16	74
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	3	20	31	99
Denguefieber	0	79	362	955
FSME	3	8	7	348
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	27	13	69
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	12	296	226	623
Hantavirus-Erkrankung	31	242	46	282
Hepatitis D	0	0	10	33
Hepatitis E	39	640	433	1.992
Influenza	150	90.299	57.494	64.526
Legionellose	9	190	183	993
Leptospirose	0	20	17	93
Listeriose	8	196	179	707
Ornithose	0	1	3	9
Paratyphus	1	9	6	36
Q-Fieber	3	21	126	274
Trichinellose	0	0	2	4
Tularämie	0	6	11	41
Typhus abdominalis	3	23	13	60

* Übermittelte Fälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 17. Kalenderwoche (KW) 2017

Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) ist in der 17. KW 2017 im Vergleich zur Vorwoche bundesweit stabil geblieben. Die Werte des Praxisindex lagen insgesamt im Bereich der ARE-Hintergrund-Aktivität. Im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenza wurden in der 17. KW 2017 in 18 (45 %) von 40 Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert. Von diesen 18 Proben mit Virusnachweis waren elf Proben positiv für Rhinoviren, fünf Proben positiv für Adenoviren, drei positiv für humane Metapneumoviren sowie eine positiv für Influenza B. Zwei Patienten hatten eine Doppelinfektion. Für die 17. Meldewoche (MW) 2017 wurden nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bislang 112 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt (Datenstand 02.05.2017). Die Grippewelle in Deutschland begann nach Definition der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) in der 51. KW 2016 und endete in der 11. KW 2017.

Internationale Situation**Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance (Flu News Europe)**

Von den 39 Ländern, die für die 16. KW 2017 Daten an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten 38 Länder (darunter Deutschland) über eine niedrige Influenza-Aktivität. Weitere Informationen und Karten zur Influenza-Intensität und -ausbreitung, zum Trend und zum dominierenden Influenzotyp bzw. -subtyp sind abrufbar unter: <http://www.flunewseurope.org/>.

Quelle: Wochenbericht der Arbeitsgemeinschaft Influenza des RKI für die 17. KW 2017
<https://influenza.rki.de>

Impressum**Herausgeber**

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: 030.18754-0
E-Mail: EpiBull@rki.de

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Redaktion

► Dr. med. Jamela Seedat (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030.18754-2324
E-Mail: Seedatj@rki.de

Dr. rer. nat. Astrid Milde-Busch (Vertretung)

► Redaktionsassistentin: Francesca Smolinski

Tel.: 030.18754-2455

E-Mail: SmolinskiF@rki.de

Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)

Das Epidemiologische Bulletin

gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen Netzwerks einen raschen Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren – den Ärzten in Praxen, Kliniken, Laboratorien, Beratungsstellen und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den medizinischen Fachgesellschaften, Nationalen Referenzzentren und den Stätten der Forschung und Lehre – und dient damit der Optimierung der Prävention. Herausgeber und Redaktion erbitten eine aktive Unterstützung durch die Übermittlung allgemein interessierender Mitteilungen, Analysen und Fallberichte. Das Einverständnis mit einer redaktionellen Überarbeitung wird vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Die Printversion wurde zum Jahresende 2016 eingestellt. Wir bieten einen E-Mail-Verteiler an, der wöchentlich auf unsere neuen Ausgaben hinweist. Gerne können Sie diesen kostenlosen Verteiler in Anspruch nehmen. Die Anmeldung findet über unsere Internetseite (s. u.) statt.

Die Ausgaben ab 1996 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de/epidbull

Hinweis: Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Nachdruck

mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu werblichen Zwecken. Belegexemplar erbeten. Die Weitergabe in elektronischer Form bedarf der Zustimmung der Redaktion.

ISSN 1430-0265 (Druck)

PVKZ A-14273