



Epidemiologisches Bulletin

20. Juli 2001 / Nr. 29

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zu den Neuerungen in den Impfeempfehlungen der STIKO

Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut hat im Epidemiologischen Bulletin 28 /2001 neue Empfehlungen – Stand Juli 2001 – veröffentlicht. Viele, für die diese Empfehlungen eine Arbeitsgrundlage sind, wünschen sich spezielle Hinweise auf die aktuellen Veränderungen, die daher im Folgenden noch einmal zusammengefasst sind:

Allgemeine Anmerkungen

Durch **Änderungen der gesetzlichen Grundlagen** (IfSG und SGB V) ergeben sich Veränderungen der entsprechenden Bezüge in den ›Vorbemerkungen‹ sowie bei den ›Hinweisen zur Kostenübernahme von Schutzimpfungen‹, aber auch fachlich bedeutsame Änderungen bei den Hinweisen zur ›Dokumentation der Impfung‹ und zum ›Vorgehen bei unerwünschten Arzneimittelwirkungen‹ (*Epid. Bull.* 28/2001, S. 213).

Die **Altersangaben** für die Durchführung der Impfungen wurden den international üblichen Bezeichnungen angeglichen. Sowohl im Impfkalendar als auch in den Anwendungshinweisen wird das Alter jetzt in vollendeten Monaten bzw. in Jahren angegeben (und nicht wie früher in Lebensmonaten bzw. Lebensjahren). Es handelt sich dabei allerdings um eine sprachliche und nicht um eine inhaltliche Änderung.

Die Altersgruppe für **Auffrischimpfungen gegen Diphtherie, Tetanus und Poliomyelitis mit IPV** wird auf die **9- bis 17-Jährigen** erweitert, um zur Aktualisierung des Impfstatus die Interventionsmöglichkeiten des ÖGD bereits in der 4. Klassenstufe nutzen zu können.

Überprüfung des Impfstatus in einem bestimmten Alter: In den Impfkalendar (*Epid. Bull.* 28/2001, Abb. 1) wurde bei den Altersgruppen ›15–23 Monate‹ sowie ›4–5 Jahre‹ und ›9–17 Jahre‹ der ausdrückliche Hinweis aufgenommen, dass in diesen Altersgruppen der Impfstatus überprüft und ggf. vervollständigt werden soll. Dies dient dem möglichst frühzeitigen Schließen von Impflücken.

Auf Grund der erfolgten Zulassung der **Sechsfach-Kombinationsimpfstoffe** mit Hepatitis-B-Komponente wurde im Impfkalendar auch für die Hepatitis-B-Impfung der Hinweis auf das besondere Impfschema bei Antigenkombinationen mit Pertussis-Komponente eingefügt.

Auf Grund vieler Anfragen seitens der niedergelassenen Ärzte hat sich die STIKO entschlossen, die ›**Schwangerschaft der Mutter des Impflings**‹ ausdrücklich in die Liste für sogenannte ›Falsche Kontraindikationen‹ aufzunehmen.

Masern-Mumps-Röteln-Impfung

Die **2. Masern-Mumps-Röteln-Impfung** wird im Impfkalendar jetzt bereits im **zweiten Lebensjahr** empfohlen. Sie kann bereits 4 Wochen nach der 1. MMR-Impfung erfolgen.

Die erfolgte Vorverlegung der 2. MMR-Dosis vom 5.–6. Lebensjahr auf das 2. Lebensjahr soll die Wichtigkeit der frühzeitigen MMR-Impfung unterstreichen und den Impfschutz bei den Kleinkindern zusätzlich dadurch verbessern,

Diese Woche

29/2001

Schutzimpfungen:

Hinweise auf Neuerungen in den Impfeempfehlungen der STIKO

Masern/Mumps/Röteln:

Immunprophylaxe beim Auftreten in Kindereinrichtungen und Schulen

Infektionsschutzgesetz:

Zur Meldung bei Krankenhauspatienten

Hinweise auf Veranstaltungen:

- ▶ 1. Hannoveraner Krankenhaushygienetag
- ▶ VHD-Kongress ›Hygiene aktuell‹ in Fulda
- ▶ 11. Deutscher Workshop der DAGNÄ in Köln



dass die etwa 5 % nach einmaliger Impfung noch nicht geschützten Kinder eine weitere Gelegenheit zum Aufbau einer spezifischen Immunität erhalten.

Postexpositionelle MMR-Impfung (Riegelungsimpfung): Dem Ziel der Verbesserung des Impfschutzes und der Bekämpfung bzw. Verhinderung von Ausbrüchen dient die neue Empfehlung der STIKO zur sofortigen postexpositionellen Impfung (möglichst innerhalb von 3 Tagen) bei Kindern mit aktuellem Masern-, Mumps- oder Röteln-Kontakt (*Epid. Bull.* 28/2001, Tab. 1; s. a. Empfehlungen im nachfolgenden Beitrag). Diese Riegelungsimpfung wird empfohlen für ungeimpfte, aber auch für erst einmal mit MMR-Impfstoff geimpfte Kinder. Sie ist besonders in Kindereinrichtungen und Schulen wichtig, um die Ausbreitung der Erkrankung auf weitere ungeschützte Kinder zu verhindern. Die aktuellen Ergebnisse der Masern-Meldung nach IfSG und die Schuluntersuchungen des ÖGD zeigen, dass in den Schulen die 2. MMR-Impfung völlig unzureichend umgesetzt ist und vielerorts auch immer noch ein hoher Anteil der Kinder vollständig ohne MMR-Impfung ist.

Pneumokokken-Impfung

Die Zulassung eines konjugierten Pneumokokken-Impfstoffes macht die Impfung von Kindern unter 2 Jahren möglich. Die neuen Empfehlungen der STIKO berücksichtigen die aktuelle epidemiologische Situation und führen eine Risiko-Nutzen-Abwägung durch (s. ausführliche Begründung im *Epid. Bull.* 28/2001).

Folgende Erweiterungen der bestehenden Indikationen (*Epid. Bull.* 28/2001, Tab. 1) wurden vorgenommen: Eine Impfung wird empfohlen für Kinder mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung **ab vollendetem 2. Lebensmonat**. Eine erhöhte gesundheitliche Gefährdung ergibt sich bei folgenden Grundkrankheiten:

- ▶ angeborene oder erworbene Immundefekte, wie zum Beispiel Hypogammaglobulinaemie, Komplement- und Properdinefekte, funktionelle oder anatomische Asplenie, Sichelzellanämie, Krankheiten der blutbildenden Organe, neoplastische Krankheiten, HIV-Infektion, Zustand nach Knochenmark-Transplantation;
- ▶ chronische Krankheiten, wie zum Beispiel Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krankheiten der Atmungsorgane, Diabetes mellitus oder andere Stoffwechselkrankheiten, Niereninsuffizienz/nephrotisches Syndrom, Liquorfistel;
- ▶ vor Organtransplantation und vor Beginn einer immunsuppressiven Therapie.

Zusätzlich zu den hier aufgeführten Indikationen, die bisher bereits für über 2-jährige Kinder und Erwachsene für den Polysaccharid-Impfstoff galten, wurden für die unter 2-Jährigen für den Konjugatimpfstoff zusätzlich folgende Indikationen eingefügt:

- ▶ Frühgeborene (< 38 Wochen)
- ▶ Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht (< 2.500g);
- ▶ Säuglinge und Kinder mit Gedeihstörungen oder neurologischen Krankheiten (z. B. Zerebralparese oder Anfallsleiden).

Um einen optimalen Schutz zu erreichen, soll die Impfserie mit dem Konjugatimpfstoff möglichst unmittelbar nach Vollendung des 2. Lebensmonats begonnen werden.

Zu einer generellen Impfeempfehlung für alle Säuglinge und Kleinkinder konnte sich die STIKO auf Grund noch bestehender Unklarheiten – z. B. zu den langfristigen epidemiologischen Wirkungen dieser Impfung – zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht entschließen.

Meningokokken-Impfung

Auf Grund der Verfügbarkeit eines Konjugatimpfstoffes gegen Meningokokken der Serogruppe C, der bereits bei Säuglingen nach dem vollendetem 2. Monat und bei Kleinkindern wirksam ist, empfiehlt die STIKO für Kinder und Erwachsene, die auf Grund einer Disposition oder Exposition besonders gefährdet sind, erstmalig auch eine Impfung gegen Meningokokken (*Epid. Bull.* 28/2001, Tab. 1, S. 208):

Zur **individuellen Prophylaxe** sollen Personen mit Immundefekten, insbesondere Komplement-/Properdinefekten, Hypogammaglobulinaemie und Asplenie geimpft werden.

Vor dem vollendetem 2. Lebensjahr wird ausschließlich eine Impfung mit Konjugatimpfstoff gegen Meningokokken der Serogruppe C empfohlen. Nach dem vollendetem 2. Lebensjahr kann die Impfung bei fortbestehendem Risiko mit einem 4-valenten Polysaccharid-Impfstoff ergänzt werden. Auch bei älteren Kindern mit erhöhtem Risiko und erwachsenen Risikopersonen wird die Impfung mit Konjugatimpfstoff begonnen und mit Polysaccharid-Impfstoff fortgesetzt.

Zum Schutz bei möglicher **Exposition** besteht eine Impfindikation besteht für:

- ▶ Reisende in Länder mit einer Epidemie/Hyperendemie, besonders bei engem Kontakt zur einheimischen Bevölkerung, sowie Reisende vor einer Pilgerreise nach Saudi-Arabien (Hadj).

Zusätzlich empfohlen wird die Impfung jetzt auch für:

- ▶ Schüler/Studenten vor Langzeit-Aufenthalten in Ländern mit empfohlener allgemeiner Impfung für Jugendliche oder selektiver Impfung für Schüler/Studenten,
- ▶ gefährdetes Laborpersonal (bei Arbeiten mit *N.-meningitidis*-Aerosol).

Die neue Empfehlung enthält außerdem eine präzisiertere Festlegung zum Vorgehen im Zusammenhang mit ›Häufungen‹ in Einrichtungen oder bei regional erhöhtem Vorkommen (*Epid. Bull.* 28/2001, S. 211). Eine Impfung im Zusammenhang mit einer Häufung oder bei einem regional erhöhten Vorkommen zielt auf den längerfristigen Schutz einer größeren Gruppe von gefährdeten Personen bei intensiver Zirkulation von Meningokokken, gegen die ein Impfstoff verfügbar ist. Die Meningokokken-Impfung ist nicht als Inkubationsimpfung wirksam. Die entscheidende postexpositionelle Maßnahme besteht in der sofortigen Chemoprophylaxe mit Rifampicin oder einem anderen geeigneten Antibiotikum bei den engen Kontaktpersonen eines Erkrankten.

Da ein Impfstoff gegen die in Deutschland und Europa wichtigste Serogruppe B nicht verfügbar ist und die Serogruppe C nur einen Anteil von etwa 20% an den invasiven Meningokokken-Infektionen in Deutschland hat, konnte sich die STIKO im Gegensatz zu den Behörden in Großbritannien nicht für eine generelle Impfempfehlung gegen Meningokokken entscheiden.

Varizellen-Impfung

In Ergänzung der bisherigen Empfehlungen der STIKO zur Impfung von seronegativen Risikogruppen gegen Windpocken – z. B. Kinder mit Leukämie, Tumoren, Immunschwäche, Neurodermitis sowie deren Familienangehörige – empfiehlt die STIKO jetzt diese Impfung für alle empfänglichen bzw. seronegativen Personen mit den entsprechenden Grunderkrankungen. Als empfänglich gelten Personen, die anamnestisch weder erkrankt noch geimpft sind und bei denen serologisch eine frühere Infektion ausgeschlossen ist.

Neu aufgenommen wurde die Impfempfehlung für 12- bis 15-jährige Kinder, die die Windpocken bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht durchgemacht haben.

Begründung: Bei der Erkrankung von Jugendlichen oder Erwachsenen an Windpocken ist mit schweren Verlaufsformen zu rechnen, die durch die Schutzimpfung vermieden werden können. Eine Impfung von empfänglichen Jugendlichen ermöglicht zusätzlich die sichere Schließung von Immunitätslücken und kann auf Dauer auch das Problem der Varizellen-Exposition von nicht immunen Schwangeren lösen. Die zu erwartende Impfung von etwa 5% der Alterskohorten im Alter zwischen 12 und 15 Jahren hat keinen wesentlichen Einfluss auf die Durchseuchung der Kinder insgesamt und führt deshalb auch nicht zu der gefürchteten Verschiebung des Infektionszeitpunktes in ein höheres Lebensalter.

Eine generelle Impfung aller Kinder kann erst dann erwogen werden, wenn ein entsprechender Kombinationsimpfstoff (MMR+Varizellen) zugelassen ist und die MMR-Impfraten der Kleinkinder bei über 90% liegen.

In Tabelle 5 (*Epid. Bull.* 28/2001, S. 215) wurde auf Vorschlag des Fachausschusses ›Varizellen‹ der DVV und in Anlehnung an die Empfehlungen des *Advisory Committee on Immunization Practices* (ACIP) in den USA (MMWR 1999; 48, No. RR-6) die Schutzimpfung bei asymptomatisch mit HIV infizierten, varizellenempfindlichen Personen unter bestimmten Bedingungen als ›möglich‹ definiert.

FSME-Impfung

Die Impfempfehlungen sind der aktuellen epidemiologischen Situation der FSME-Erkrankungen in Deutschland angepasst worden (s. a. *Epid. Bull.* 16/2001). Neu aufgenommene Risikogebiete in Deutschland sind die Kreise Marburg-Biedenkopf in Hessen und Birkenfeld in Rheinland-Pfalz.

Die Empfehlungen enthalten zusätzlich einen Hinweis zur postexpositionellen Gabe von spezifischem Immunglobulin. Dieses wird nicht generell empfohlen, kann jedoch bei Erwachsenen und Jugendlichen über 14 Jahren erwogen werden, wenn eine Zeckenexposition sicher nicht länger als 96 Stunden zurückliegt.

Nähere Erläuterungen dazu sind im *Epidemiologischen Bulletin* 8/2001 (Antwort auf Frage Nr. 8) enthalten.

Zusätzlich enthält die STIKO-Empfehlung aus aktuellem Anlass den ausdrücklichen Hinweis, bei der Impfung die Angaben des Herstellers bezüglich der Altersbegrenzungen der Impfstoffzulassung sorgfältig zu beachten. Weitere Informationen zu diesem Thema enthält das *Epidemiologische Bulletin* 16/2001.

Arbeitsmedizinische Empfehlungen

In den neuen STIKO-Empfehlungen wurde eine Reihe arbeitsmedizinischer Indikationen ergänzt:

Pertussis-Impfung: Unter Berücksichtigung der Biostoffverordnung hat die STIKO jetzt eine Impfung gegen Pertussis (ähnlich wie gegen MMR) für das ›Personal in Pädiatrie und Infektionsmedizin sowie in Gemeinschaftseinrichtungen für das Vorschulalter‹ empfohlen.

Eine Empfehlung zur generellen Impfung von Erwachsenen ist damit jedoch nicht verbunden.

Varizellen-Impfung: Geimpft werden soll weiterhin seronegatives Personal im Gesundheitsdienst, insbesondere in Bereichen der Pädiatrie, Onkologie, Gynäkologie/Geburts-hilfe und in der Betreuung Immundefizienter sowie zukünftig auch Personal in der Intensivmedizin und Personal bei Neueinstellungen in Gemeinschaftseinrichtungen für das Vorschulalter.

Hepatitis-B-Impfung: Der Terminus ›Ersthelfer‹ wird ersetzt durch ›betriebliche bzw. ehrenamtliche Ersthelfer sowie Mitarbeiter von Rettungsdiensten‹.

MMR-Impfung: Die Impfindikation wird für alle drei Erkrankungen vereinheitlicht: ›Ungeimpfte bzw. empfängliche Personen in Einrichtungen der Pädiatrie sowie in Gemeinschaftseinrichtungen für das Vorschulalter und in Kinderheimen‹.

Anfragen an das RKI und die STIKO zu den Impfempfehlungen

- ▶ Per Post: Robert Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin
- ▶ Per Fax: 01888.754-3511 oder 01888.754-2601
- ▶ Per E-Mail: info@rki.de
- ▶ Per Telefon: 01888.754-0
(Vermittlung durch die Telefonzentrale)

Aus arbeitsorganisatorischen Gründen wird gebeten, von diesbezüglichen Anfragen an die Redaktion des *Epidemiologischen Bulletins* abzusehen.

Mitteilung aus dem RKI im Einvernehmen mit der Ständigen Impfkommission (STIKO):

Empfohlene immunprophylaktische Maßnahmen bei Auftreten von Erkrankungen an Masern, Mumps oder Röteln in Kindereinrichtungen und Schulen

Riegelungsimpfungen (postexpositionelle Impfung)

Die Effektivität einer ›Riegelungsimpfung‹ (als Inkubationsimpfung) mit MMR-Impfstoff wird gegenwärtig als begrenzt eingeschätzt, weil es keine kontrollierten Studien gibt, die die epidemiologische Effektivität einer postexpositionellen Impfung gegen Mumps oder Röteln sicher nachweisen.

Trotzdem wird ihre Anwendung im Rahmen der Bekämpfung von Häufungen – vor allem bei den Masern – international (z. B. im *Red Book* der *American Academy of Pediatrics* sowie durch die CDC, Atlanta, USA) und auch vom RKI empfohlen (›Empfehlungen für die Wiederzulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen‹, Neufassung im April 2001, erstveröffentlicht im Internet unter www.rki.de; die Publikation in *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* folgt in der Ausgabe August 2001).

Das RKI empfiehlt im genannten Merkblatt nicht nur die umgehende Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln, sondern auch die Aufhebung der Absonderung von bis dahin ungeimpften Kontaktpersonen zu Masern und Mumps bereits direkt nach der postexpositionellen Impfung, obwohl diese bei bereits seit längerem in der Inkubationszeit befindlichen Personen nicht mehr sicher wirksam ist und die Übertragung der Infektion in eine bis dahin noch nicht betroffene Einrichtung in Kauf genommen wird.

Ein Erkrankungsfall von Masern, Mumps oder Röteln in einer Kindereinrichtung oder Schule sollte generell dazu genutzt werden, den Impfstatus der Kinder zu aktualisieren. Ungeimpfte oder nur einmal geimpfte enge Kontaktpersonen (alle Kinder der Einrichtung, ggf. nur die Gruppenmitglieder, Klassenkameraden) sollten möglichst bald nach erfolgtem Kontakt vorzugsweise mit MMR-Impfstoff geimpft werden; d. h. noch ungeimpfte Kinder sollten die erste Dosis MMR-Impfstoff, Kinder mit bis dahin nur einer MMR-Impfung umgehend die zweite Dosis erhalten.

Eine Wirksamkeit der Impfung im Sinne der Verhütung einer Erkrankung kann erwartet werden

- ▶ **bei Masern:** falls innerhalb von 3 Tagen (72 Stunden) nach Exposition geimpft wird (Ansteckungsfähigkeit eines Erkrankten 5 Tage vor bis 4 Tage nach Auftreten des Exanthems),
- ▶ **bei Mumps:** falls innerhalb von 3, maximal 5 Tagen nach Exposition geimpft wird (Ansteckungsfähigkeit eines Erkrankten 3–5 Tage, maximal 7 Tage vor bis 9 Tage nach Beginn der Parotisschwellung).

Bei **Röteln** ist die Impfung bereits zu Beginn der Inkubationszeit wahrscheinlich nicht mehr effektiv (Ansteckungsfähigkeit eines Erkrankten 7 Tage vor und 7 Tage nach Auftreten des Exanthems).

Innerhalb von Familien ist die Effektivität einer Riegelungsimpfung erfahrungsgemäß sehr begrenzt, da die Exposition bzw. Infektion der Geschwisterkinder bei der Diagnose des Indexfalles in der Familie meist schon länger zurückliegt.

In **Kindereinrichtungen und Schulen**, in denen nach aktuellem Auftreten eines Erkrankungsfalles möglicherweise Infektionen stattgefunden haben, ist dagegen eine Riegelungsimpfung auch nach dem optimalen Zeitraum noch sinnvoll, da zwar Kontaktfälle der ersten Generation dann nicht mehr sicher verhindert werden können, sehr wohl aber Kontaktfälle der zweiten Generation, die zum Zeitpunkt der Impfung gerade erst oder noch nicht infiziert sind.

Eine Kindereinrichtung sollte während eines Ausbruchs von Masern möglichst für die Neuaufnahme ungeimpfter Kinder gesperrt werden.

Wichtiger Hinweis: Eine Schwangerschaft ist vor und bis zu 3 Monate nach einer Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln nach Möglichkeit auszuschließen. Die versehentliche Impfung einer Schwangeren gilt jedoch nicht als Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch.

Kontaktpersonen zu Erkrankungsfällen an Masern und Mumps sollten eine Kindereinrichtung oder Schule, in der bisher kein Kontakt zu Erkrankten bestand (nicht ›inkubiert‹) erst 14 Tage (bei Masern) bzw. 18 Tage (bei Mumps) nach dem letzten Kontakt zu einem Erkrankten wieder besuchen, soweit sie zu diesem Zeitpunkt keine Erkrankungszeichen aufweisen.

Ein Besuch einer Kindereinrichtung bzw. Schule ist jedoch möglich, wenn die Kontaktpersonen

- ▶ nachweislich (Laborbestätigung) bereits früher erkrankt waren und damit immun sind,
- ▶ früher bereits geimpft wurden – bei nur einmal Geimpften aktuell Gabe der 2. Dosis,
- ▶ aktuell (postexpositionell) geimpft wurden (optimal innerhalb von 72 Stunden nach erstmals möglicher Masern-Exposition bzw. bis zu 3, maximal 5 Tage nach erstmals möglicher Mumps-Exposition).

Für Kontaktpersonen zu **Röteln (oder auch Varizellen)** gibt es nach dem IfSG generell kein Besuchsverbot für Kindereinrichtungen oder Schulen.

Hinweis zu Varizellen: Eine Riegelungsimpfung bei einem Ausbruch von Varizellen in Kindereinrichtungen wird in Deutschland gegenwärtig nicht empfohlen, da eine Verzögerung der Durchseuchung im Kindesalter zu einer Erhöhung der Komplikationsrate der Varizellen insgesamt führen würde.

Passive Immunisierung

Im Rahmen der Bekämpfung von Ausbrüchen wird eine Gabe von Immunglobulin (gegen Masern) oder Hyperimmunglobulin (gegen Röteln) nicht empfohlen, da dann die Impfung mit einem Lebendimpfstoff sowohl bei simultaner Gabe als auch mindestens 3 Monate danach nicht wirksam ist und die passive Immunisierung außerdem die Inkubationszeit verlängern und die Diagnostik erschweren kann.

Die passive Immunisierung bleibt vor allem ungeschützten Personen mit hohem Komplikationsrisiko, z. B. Immungeschwächten und ggf. Schwangeren (z. B. gegen Röteln) vorbehalten:

- ▶ Gegen **Masern** ist sie generell möglich (i.m.: 0,2–0,5 ml/kg KG, i.v.: 1–2 ml/kg KG), optimal innerhalb von 2–3 Tagen nach Exposition; bis zu 6 Tagen ggf. milderer Verlauf. Sie wird in erster Linie aber für immungeschwächte Personen (0,5 ml/kg KG) empfohlen.
- ▶ Gegen **Röteln** wird sie empfohlen für gefährdete Schwangere (I.–II. SSW, mit RIG 0,3 ml/kg KG; ≥ 15 ml) innerhalb von 5 Tagen nach Exposition (s. a. entsprechende Fachinformation). – Es gibt jedoch keine Garantie für die Verhinderung einer Infektion des Embryos.

siehe Aktualisierung im Epid. Bull. 2/2017
"Stellungnahme der STIKO am RKI: Fachliche Anwendungshinweise zur Masern-Postexpositionsprophylaxe bei Risikopersonen"

Zum Infektionsschutzgesetz nachgefragt: Meldung bei Krankenhauspatienten

Im RKI werden Fragen zum IfSG gesammelt, deren Klärung aus der Sicht der Gesundheitsbehörden von allgemeinem Interesse ist. Wichtige Antworten werden im *Epid. Bull.* publiziert. Heute Weiteres zum Meldeverfahren:

Wer ist für einen an einer meldepflichtigen Erkrankung erkrankten stationären Patienten eines Krankenhauses meldepflichtig gegenüber dem Gesundheitsamt – der betreuende Arzt oder das Labor des Krankenhauses?

Grundsätzlich sieht das IfSG zwei Meldeschienen vor. Zum einen die Meldung von Erkrankungen (**einschließlich der Verdachtsmeldung**) durch den betreuenden Arzt nach § 6 IfSG und zusätzlich die Meldung positiver labordiagnostischer Nachweise einer akuten Infektion durch die diagnostizierende Einrichtung (z. B. Zentrallabor eines Krankenhauses) nach § 7 IfSG. Der Begriff ›akute Infektion‹ bezieht sich für die Meldung nach § 7 IfSG nicht notwendigerweise auf Symptome des Patienten, vielmehr ist hiermit der positive Befund eines labordiagnostischen Tests gemeint, der auf eine akute Infektion hinweist (z. B. direkter Erregernachweis, IgM-Nachweis). Nach § 9 Abs. 3 IfSG

muss diese Meldung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 24 Stunden nach erlangter Kenntnis dem zuständigen Gesundheitsamt gemeldet werden.

Eine Verknüpfung der Meldungen aus dem Labor und von der Station eines Krankenhauses zu einer kombinierten Meldung (nach § 6 und § 7 IfSG) für einen Krankenhauspatienten birgt unweigerlich die Gefahr, dass die Meldung an das zuständige Gesundheitsamt verzögert wird. Das würde dem Inhalt des oben aufgeführten § 9 Abs. 3 IfSG zuwiderlaufen. Auch aus organisatorischen Gründen dürfte es in der Praxis einfacher sein, getrennt zu melden.

In der Zusammenfassung ergibt sich bei Vorliegen eines positiven labordiagnostischen Tests für einen nach § 6 IfSG symptomatisch erkrankten Patienten eine duale, unabhängige Meldepflicht; einmal für den behandelnden Arzt, zum anderen für das diagnostizierende Labor. Diese getrennte Gesetzespflicht gilt selbstverständlich auch dann, wenn behandelnder Arzt und Labor organisatorisch in einem Krankenhaus zusammengefasst sind.

VHD-Kongress ›Gesellschaft im Wandel – Hygiene aktuell‹

Termin: 8. und 9. September 2001

Ort: Fulda, MARITIM-Hotel

Information:

VHD-Geschäftsstelle, Frau Schmugler
c/o Hygiene Institut Hamburg, Marckmannstraße 129 a, 20539 Hamburg
Tel.: 040 . 42837–266, Fax: 040 . 42837–278

11. Deutscher Workshop der DAGNÄ – Aktuelles zu HIV und AIDS

Termin: 15. September 2001, ganztägig

Ort: Renaissance Hotel Köln, Magnusstr. 20, 50672 Köln

Thema: Fortbildung für Ärzte und kooperierende Berufsgruppen zu HIV/AIDS, speziell Prävention und Therapie

Veranstalter: DAGNÄ e.V. – Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e.V.

Auskunft/Anmeldung: DAGNÄ e.V., Blondelstraße 9, 52062 Aachen
Tel.: 0241 . 26799, Fax: 0241 . 408652
E-Mail: dagnae@westend.com

1. Hannoveraner Krankenhaushygienetag: Neue Untersuchungen zur Infektionsprävention

Termin: 12. September 2001, 10.00–16.00 Uhr

Ort: Hannover; Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, Theoretische Institute II (Haus 16)

Veranstalter: MHH, Institut für Medizinische Mikrobiologie, Arbeitsbereich Krankenhaushygiene

Wiss. Leitung: Prof. Dr. Petra Gastmeier

Themen: Präsentation und Diskussion von neuen Studien und Entwicklungen auf dem Gebiet der Infektionsprävention

Zielgruppe: Krankenhausärzte, Ärzte in der Präventivmedizin, Hygienefachschwestern und -pfleger

Anmeldung:

MHH, Medizinische Mikrobiologie, Arbeitsbereich Krankenhaushygiene, 30623 Hannover; Tel.: 0511 . 532–5147, Fax: 0511 . 532–4366, E-Mail: Gastmeier.Petra@mh-hannover.de