

ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

18
2022

Epidemiologisches Bulletin

5. Mai 2022

Internationaler Tag der Händehygiene

Inhalt

Noch steigerungsfähig?

Die Compliance mit der Händehygiene unter psychologischen Gesichtspunkten 3

Die hygienische Händedesinfektion ist eine effektive und einfache Maßnahme zur Prävention von Infektionen im Gesundheitswesen. Am 5. Mai, dem von der WHO initiierten „Internationalen Tag der Händehygiene“, soll alljährlich die Aufmerksamkeit des Gesundheitspersonals auf dieses Thema gelenkt werden, denn oft lässt sich trotz regelmäßiger Schulungen und Kampagnen die Händehygiene-Compliance ab einem gewissen Punkt nicht weiter steigern. Im Beitrag wird das Potenzial zur weiteren Verbesserung der Compliance vor allem anhand psychologischer Aspekte erläutert, die neben der Ausstattung und der Wissensvermittlung einen wichtigen Teil der nachhaltigen Stärkung der Händehygiene ausmachen.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 17. Woche 2022 6

Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen: Februar 2022 9

Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Telefon: 030 18754-0
E-Mail: EpiBull@rki.de

Redaktion

Dr. med. Maren Winkler
Dr. med. Jamela Seedat (derzeit nicht im Dienst)
Heide Monning (Vertretung)

Redaktionsassistentz

Nadja Harendt
Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)

Allgemeine Hinweise/Nachdruck

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

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

Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



ISSN 2569-5266



Noch steigerungsfähig? Die Compliance mit der Händehygiene unter psychologischen Gesichtspunkten

Der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2009 initiierte „Internationale Tag der Händehygiene“ am 5. Mai soll alljährlich die Aufmerksamkeit des Gesundheitspersonals auf die Händehygiene lenken und dazu motivieren, diese noch weiter zu verbessern.

Die hygienische Händedesinfektion (HD) ist eine effektive und einfache Maßnahme zur Prävention von Übertragung von Infektionserregern im Gesundheitswesen. Die korrekte und indikationsgerechte Durchführung der HD unter Anwendung von geeigneten und wirksamen Händedesinfektionsmitteln kann die Übertragung von Mikroorganismen durch die Hände von medizinischem Personal reduzieren und damit einen wirksamen Beitrag zur Prävention von nosokomialen Infektionen leisten. In Deutschland bieten die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) den nationalen Rahmen für Maßnahmen zur Prävention von nosokomialen Infektionen. In der KRINKO-Empfehlung „Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ werden ausführliche Hintergrundinformationen und Empfehlungen zum Thema HD gegeben, z. B. zu der indikationsgerechten Durchführung der HD gemäß der „5 Momente der Händehygiene“ der WHO,¹ zur Händewaschung, zu Hautschutz und -pflege sowie zu den Anforderungen an Händedesinfektionsmittel und Spender für Händedesinfektionsmittel und Handwaschpräparate.² Praxisorientierte und für spezifische Anwendergruppen konfektionierte Informationen und Materialien werden ebenfalls von der Aktion Saubere Hände (ASH) angeboten. Die ASH ist ein Aktionsbündnis mehrerer Institutionen des deutschen Gesundheitswesens, das zur Verbreitung und Stärkung der Händehygiene in medizinischen und pflegerischen Arbeitsbereichen beitragen soll. Die Träger der Kampagne sind das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Surveillance von nosokomialen Infektionen und das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (www.aktion-sauberehaende.de).

In Deutschland sowie in vielen anderen Ländern mit hohen sozioökonomischen Standards sind so-

wohl das Wissen um die Indikationen und die korrekte Durchführung der HD als auch die notwendige Ausstattung mit Händedesinfektionsmitteln und -spendern breit verfügbar. Im Rahmen von regelmäßigen Schulungen (z. B. in Krankenhäusern) wird das Wissen des medizinischen Personals immer wieder aufgefrischt und auf den Stellenwert und die Wirksamkeit der HD eingegangen. Dennoch lässt sich in Untersuchungen in den Einrichtungen feststellen, dass ab einem gewissen Punkt teilweise trotz anhaltender Bemühungen und Kampagnen wie die ASH keine weitere Steigerung der Compliance erzielt werden kann, sondern diese nach anfänglichen Erfolgen mitunter auf das Ausgangsniveau zurückfällt.³ Ferner wird oft beobachtet, dass einzelne Indikationen, z. B. vor aseptischen Tätigkeiten, überdurchschnittlich häufiger übersehen bzw. ausgelassen werden als jene, die eher mit dem Selbstschutz verbunden sind. Darüber hinaus lassen sich anhaltend deutliche Unterschiede in Bezug auf Compliance zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen erkennen. Auch während der Coronavirus Disease 2019-(COVID-19-)Pandemie konnte im Rahmen einer Studie beobachtet werden, dass die Compliance nach einer großen anfänglichen Steigerung innerhalb von ca. sechs Monaten – aus heutiger Perspektive also immer noch zu Beginn der Pandemie – wieder auf das ursprüngliche Niveau abfiel.⁴ Dies zeigt, dass hier noch weiteres Potenzial zur Verbesserung der Händehygiene-Compliance vorhanden ist. Die Ausschöpfung dieses Potenzials ist nicht allein eine Frage der besseren Ausstattung mit Desinfektionsmitteln und -spendern oder einer guten Wissensvermittlung, sondern es bedarf einer differenzierten Betrachtung auch der psychologischen Aspekte.

Die Psychologie der Händehygiene-Compliance und die Möglichkeiten zur positiven Beeinflussung des Verhaltens der Mitarbeitenden werden von vielen Arbeitsgruppen intensiv bearbeitet. Von Lengerke und Chaberny haben in einer aktuellen Arbeit dies näher analysiert. Anhand eines psychologischen Modells wurden unterschiedliche Aspekte auf indi-

vidueller und auch Organisationsebene erläutert und mit konstruktiven Ansätzen verbunden. Auch wenn den im Gesundheitswesen Tätigen die Bedeutung der Händehygiene theoretisch bewusst ist, so sind die Konsequenzen des Ausbleibens (z. B. Übertragungen, die zu einer Kolonisation oder Infektion der Patientin/des Patienten führen können) oft im Einzelnen nicht sofort und direkt sichtbar. Die Wahrnehmung des eigenen Beitrags zum Infektionsschutz erfolgt vorrangig über die Auswertung stationsbezogener Daten, was die positiven oder negativen Auswirkungen eines Einzelverhaltens (oder dessen Ausbleibens) unsichtbar macht. Hier liefert eine regelmäßige Befragung zur Selbstwahrnehmung einerseits wichtige Informationen über „Knackpunkte“ und die Arbeitsplatzkultur, andererseits bietet es den Beschäftigten die Gelegenheit, über bestimmte Situationen nachzudenken (z. B. wie das eigene Verhalten beeinflusst wird, wenn andere die HD unterlassen) und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur gemeinsamen Achtsamkeit bei der Händehygiene. Betont wird hier insbesondere der konstruktive Ansatz: Nicht das Zuweisen von Fehlern, sondern das Bewusstwerden von Hemmnissen und die Entwicklung von Strategien zu deren Bewältigung in der Zukunft stehen im Vordergrund.

Die Verstetigung neuer Angewohnheiten kann unterstützt werden, indem wiederkehrende komplexe Abläufe wie kleine Rituale vorbereitet und eingeübt werden. Die in den letzten Jahren erstellten Flyer der ASH zu unterschiedlichen Arbeitsabläufen greifen diese Idee auf und können z. B. am Arbeitsplatz niedrigschwellig als Erinnerung angebracht werden.

Auf organisatorischer Ebene ist zu beachten, dass es bestimmte gut etablierte Strategien zur Steigerung der Compliance gibt, deren Erfolg von der herrschenden Arbeitskultur der dort Tätigen abhängt. Hier ist auch ggf. ein individuell angepasstes Vorgehen notwendig. So spielen Führungskräfte eine besondere Rolle in ihrer Funktion als Vorbilder und Rollenmodelle, um bei der praktischen Unterstützung ihrer Mitarbeitenden bei der Leitlinienumsetzung wirksam sein zu können. Andererseits können auch übergeordnete Aspekte, die nicht durch das in der Versorgung direkt eingebundene medizinische Personal selbst beeinflussbar sind, sich

negativ auf die Compliance auswirken. So können sich z. B. Personalengpässe, die im Gesundheitswesen bereits vor der Pandemie auftraten und aktuell verstärkt bemerkbar sind, infolge des erhöhten Zeitdrucks negativ auf die Compliance auswirken.

Mit einer umfassenden, multimodalen Strategie, die auch diese psychologischen bzw. tätigkeitsfeldbezogenen Aspekte konstruktiv und maßgeschneidert einbezieht, kann die Händehygiene – und damit der Patientenschutz – nachweisbar und nachhaltig gestärkt werden.⁵

Literatur

- 1 World Health Organization: WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. 2009
- 2 Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO): Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2016;59(9):1189-220
- 3 Schwadtke L, Graf K, Lutze B et al.: Hygienische Händedesinfektion – Leitlinien-Compliance auf Intensivstationen eines Universitätsklinikums mit chirurgischem Schwerpunkt. Dtsch Med Wochenschr 2014;139(25-26):1341-5 <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0034-1370143.pdf>
- 4 von Lengerke, T., & Chaberny, I. F. (2022). Psychologie und Förderung der Händehygiene-Compliance. Krankenhaushygiene up2date, 17(01), 57-79. DOI: 10.1055/a-1194-3049
- 5 von Lengerke T, Ebadi E, Schock B et al.: Impact of psychologically tailored hand hygiene interventions on nosocomial infections with multidrug-resistant organisms: results of the cluster-randomized controlled trial PSYGIENE. Antimicrob Resist Infect Control 2019;8:56. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6434638/pdf/13756_2019_Article_507.pdf

Autorinnen

^{a)} Dr. Melanie Brunke | ^{b)} Prof. Dr. Iris F. Chaberny |

^{a)} Prof. Dr. Mardjan Arvand

^{a)} Robert Koch-Institut, Abt. 1 Infektionskrankheiten, Fachgebiet Angewandte Infektions- und Krankenhaushygiene

^{b)} Institut für Hygiene, Krankenhaushygiene und Umweltmedizin im Universitätsklinikum Leipzig AöR

Korrespondenz: BrunkeM@rki.de

Vorgeschlagene Zitierweise

Brunke M, Chaberny IF, Arvand M: Noch steigerungsfähig? Die Compliance mit der Händehygiene unter psychologischen Gesichtspunkten

Epid Bull 2022;18:3-5 | DOI 10.25646/9990.3

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

17. Woche 2022 (Datenstand: 4. Mai 2022)

Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2022		2021	2022		2021	2022		2021	2022		2021	2022		2021
	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.
Baden-Württemberg	62	834	863	10	188	180	1	42	40	115	1.331	196	50	505	78
Bayern	66	1.232	1.340	16	235	216	2	56	46	127	2.761	181	114	920	170
Berlin	18	503	499	4	73	63	0	12	23	46	747	87	50	554	83
Brandenburg	17	361	398	3	68	52	0	16	6	66	884	183	86	709	79
Bremen	7	71	68	1	10	10	0	2	1	2	78	12	3	43	9
Hamburg	3	272	260	0	37	42	0	5	2	10	348	35	27	264	33
Hessen	40	711	637	9	156	102	1	14	15	58	1.137	75	32	366	127
Mecklenburg-Vorpommern	15	255	356	0	33	54	0	14	7	28	602	72	48	211	171
Niedersachsen	45	817	1.014	6	146	221	3	34	35	85	1.414	135	40	343	145
Nordrhein-Westfalen	153	2.445	2.245	21	283	476	6	81	61	200	4.234	278	168	1.440	346
Rheinland-Pfalz	32	580	563	4	85	118	0	19	14	48	1.349	78	36	315	43
Saarland	6	198	164	2	28	40	0	2	5	5	252	23	10	81	17
Sachsen	42	1.044	1.108	11	184	129	4	39	14	87	2.209	301	180	1.275	132
Sachsen-Anhalt	24	389	348	15	100	63	3	13	13	77	1.306	309	52	279	50
Schleswig-Holstein	24	337	378	2	20	48	0	23	13	18	496	27	11	162	41
Thüringen	22	402	439	10	127	81	1	7	10	83	714	138	26	256	67
Deutschland	576	10.451	10.680	114	1.773	1.895	21	379	305	1.055	19.862	2.130	933	7.723	1.591

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2022		2021	2022		2021	2022		2021	2022		2021	2022		2021
	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.
Baden-Württemberg	3	28	17	63	620	456	27	291	308	9	159	194	77	856	29
Bayern	0	24	32	48	764	454	16	269	275	11	148	177	223	1.742	40
Berlin	1	13	4	17	259	134	7	111	72	4	102	95	83	460	8
Brandenburg	1	8	9	3	70	28	1	34	19	2	35	27	59	314	17
Bremen	0	1	1	0	39	37	2	20	8	2	22	12	8	66	2
Hamburg	1	5	4	16	164	84	12	47	28	6	43	61	43	270	8
Hessen	0	11	14	23	453	227	3	139	109	8	123	142	42	416	13
Mecklenburg-Vorpommern	0	6	9	2	34	14	1	13	13	0	7	8	94	329	5
Niedersachsen	3	14	18	23	277	184	15	139	99	9	87	86	72	402	18
Nordrhein-Westfalen	3	60	48	44	1.048	627	38	547	375	12	278	306	131	868	38
Rheinland-Pfalz	0	6	12	29	265	106	6	108	84	2	34	53	43	264	16
Saarland	0	3	4	0	41	18	1	11	20	0	6	20	17	121	1
Sachsen	0	6	5	11	119	69	10	73	44	0	45	48	428	1.743	30
Sachsen-Anhalt	0	4	5	3	57	21	0	31	19	2	25	12	63	486	32
Schleswig-Holstein	0	6	4	11	105	64	1	74	59	2	33	40	48	203	2
Thüringen	0	3	6	11	48	35	2	17	12	1	15	27	38	201	16
Deutschland	12	198	192	304	4.363	2.558	142	1.924	1.544	70	1.162	1.308	1.469	8.741	275

Allgemeiner Hinweis: Das Zentrum für tuberkulosekranke und -gefährdete Menschen in Berlin verwendet veraltete Softwareversionen, die nicht gemäß den aktuellen Falldefinitionen des RKI gemäß § 11 Abs. 2 IfSG bewerten und übermitteln.

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2022		2021	2022		2021	2022		2021	2022		2021	2022		2021
	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.
Baden-Württemberg	0	1	0	0	3	0	0	0	0	4	25	24	40	437	312
Bayern	0	2	0	1	5	6	0	1	1	6	82	73	39	584	379
Berlin	0	2	0	0	4	2	0	0	0	0	5	4	8	104	131
Brandenburg	0	1	0	0	1	3	0	0	0	2	4	7	3	66	41
Bremen	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	11	34	18
Hamburg	0	0	2	0	1	1	0	0	0	0	3	5	4	50	48
Hessen	0	1	0	0	6	7	0	0	0	0	29	20	10	130	109
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	2	30	25
Niedersachsen	0	0	0	0	3	3	0	0	0	1	8	14	15	197	138
Nordrhein-Westfalen	0	0	1	0	6	3	0	0	0	1	36	45	31	441	284
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	17	19	8	85	101
Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0	7	16
Sachsen	0	0	0	0	3	3	0	0	0	2	11	7	19	195	144
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	8	14	7	23	30
Schleswig-Holstein	0	1	0	0	5	2	0	0	0	0	3	3	1	39	39
Thüringen	0	0	0	0	2	0	0	0	0	3	17	11	0	34	19
Deutschland	0	8	3	2	43	32	0	1	1	19	257	252	198	2.456	1.834

Erreger mit Antibiotikaresistenz und *Clostridioides-difficile*-Erkrankung und COVID-19

	<i>Acinetobacter</i> ¹			Enterobacterales ¹			<i>Clostridioides difficile</i> ²			MRSA ³			COVID-19 ⁴		
	2022		2021	2022		2021	2022		2021	2022		2021	2022		2021
	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.	17.	1.–17.	1.–17.
Baden-Württemberg	0	12	11	5	126	110	1	21	26	0	23	22	73.034	2.469.608	205.779
Bayern	2	25	21	5	139	145	1	52	55	0	31	39	97.348	3.311.652	264.810
Berlin	1	25	20	9	135	106	0	9	12	0	11	14	19.699	667.639	68.846
Brandenburg	0	5	1	2	25	19	0	15	23	1	7	11	14.107	518.006	56.493
Bremen	0	1	1	0	8	6	0	4	3	1	5	6	4.765	137.303	11.681
Hamburg	0	6	11	0	33	27	0	5	6	0	3	9	16.576	403.729	34.428
Hessen	1	16	15	14	192	148	1	16	20	1	13	18	52.326	1.246.985	124.932
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	2	0	9	5	1	19	17	1	11	13	7.820	366.142	28.076
Niedersachsen	5	14	10	15	110	94	5	31	44	1	34	46	80.546	1.723.103	129.369
Nordrhein-Westfalen	3	27	26	32	345	373	6	108	154	5	83	127	114.803	3.569.540	342.983
Rheinland-Pfalz	1	16	0	1	51	37	0	31	19	1	7	8	29.146	797.389	66.822
Saarland	0	0	0	0	3	4	0	1	3	0	3	5	7.292	226.074	17.363
Sachsen	1	3	2	2	63	61	2	44	39	2	14	23	21.335	811.651	124.286
Sachsen-Anhalt	0	1	1	2	35	32	2	27	33	0	15	14	12.677	465.230	58.991
Schleswig-Holstein	0	3	4	2	27	34	0	5	3	1	5	12	28.692	535.474	33.414
Thüringen	0	2	0	0	9	6	2	4	10	1	9	7	9.036	400.272	73.057
Deutschland	14	156	125	89	1.310	1.207	21	392	467	15	274	374	589.202	17.649.797	1.641.330

1 Infektion und Kolonisation

(Acinetobacter spp. mit Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen)

2 Clostridioides-difficile-Erkrankung, schwere Verlaufsform

3 Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus, invasive Infektion

4 Coronavirus-Krankheit-2019 (SARS-CoV-2)

Weitere ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten

Krankheit	2022		2021
	17.	1.–17.	1.–17.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	20	9
Botulismus	0	0	1
Brucellose	0	0	3
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	0	0
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	1	22	42
Denguefieber	5	35	9
Diphtherie	0	0	8
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	0	7	17
Giardiasis	22	411	377
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	0	174	63
Hantavirus-Erkrankung	0	18	563
Hepatitis D	0	18	19
Hepatitis E	58	1.085	940
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	9	7
Kryptosporidiose	17	455	266
Legionellose	22	254	296
Lepra	0	0	0
Leptospirose	0	11	28
Listeriose	9	194	160
Meningokokken, invasive Erkrankung	0	24	18
Ornithose	0	1	4
Paratyphus	0	1	2
Q-Fieber	1	18	27
Shigellose	5	86	24
Trichinellose	0	0	0
Tularämie	0	9	20
Typhus abdominalis	2	12	9
Yersiniose	35	590	607
Zikavirus-Erkrankung	0	1	0

In der wöchentlich veröffentlichten aktuellen Statistik werden die gemäß IfSG an das RKI übermittelten Daten zu meldepflichtigen Infektionskrankheiten veröffentlicht. Es werden nur Fälle dargestellt, die in der ausgewiesenen Meldewoche im Gesundheitsamt eingegangen sind, dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden und die Referenzdefinition erfüllen (s. www.rki.de/falldefinitionen).

Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen

gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern

Berichtsmonat: Februar 2022 (Datenstand: 1. Mai 2022)

	Syphilis			HIV-Infektion			Malaria			Echinokokkose			Toxoplasm., konn.		
	2022		2021	2022		2021	2022		2021	2022		2021	2022		2021
	Feb	Januar – Feb		Feb	Januar – Feb		Feb	Januar – Feb		Feb	Januar – Feb		Feb	Januar – Feb	
Baden-Württemberg	7	50	78	17	31	43	5	13	6	2	7	4	0	0	0
Bayern	24	125	168	26	48	47	8	14	4	0	1	5	0	0	1
Berlin	20	144	215	16	35	46	6	10	2	0	0	1	0	0	0
Brandenburg	1	7	17	2	4	11	1	1	2	0	0	0	0	0	0
Bremen	1	5	9	5	7	7	3	3	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	12	47	89	12	26	24	1	6	1	0	1	2	0	0	0
Hessen	8	50	90	9	22	29	5	12	2	0	1	3	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	1	8	19	2	9	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Niedersachsen	6	45	66	16	27	31	1	1	3	1	2	2	0	0	1
Nordrhein-Westfalen	34	152	218	45	74	98	13	35	22	1	3	9	0	0	0
Rheinland-Pfalz	8	23	25	4	8	10	3	7	2	0	1	0	0	0	0
Saarland	1	7	7	2	4	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	15	47	73	7	17	8	0	2	2	0	1	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	1	11	26	1	4	4	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Schleswig-Holstein	3	12	30	3	7	8	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	1	15	14	2	3	6	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Deutschland	144	753	1.149	169	326	378	47	107	48	4	17	28	0	0	4

(Hinweise zu dieser Statistik s. *Epid. Bull.* 41/01: 311–314)