



Epidemiologisches Bulletin

II. Juli 2008/Nr. 28

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Der Einfluss regionaler Netzwerkbildung auf die Zusammenarbeit von Gesundheitsbehörden und Krankenhäusern

Strukturierte Erhebung und Weiterleitung von MRSA-Basiskennzahlen

Die Bildung regionaler Netzwerke zur Intensivierung von Maßnahmen zur Vermeidung der Weiterverbreitung von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) wurde bereits mehrfach im Rahmen des *Epidemiologischen Bulletins* gewürdigt (s. *Epid. Bull.* 5/2005 und 33/2007; weitere Informationen finden sich unter www.rki.de > Infektionsschutz > Krankenhaushygiene > Informationen zu ausgewählten Erregern > MRSA).

Die Umsetzung des diesbezüglichen Gesundheitsministerkonferenz (GMK)-Beschlusses (s. Beschluss 10.1 der 79. Konferenz) wird wesentlich erleichtert durch die Darstellung der Erfahrungen entsprechender Pilotprojekte. Zum einen wird im Hinblick auf den geplanten Erfahrungsaustausch der Moderatoren der Netzwerke am 16. und 17.10.2008 am Robert Koch-Institut (s. Veranstaltungshinweis S. 223) nachfolgend ein Beitrag aus Nordrhein-Westfalen dargestellt. Dort fand am 27.6.2008 ein Treffen aller am EUREGIO-Projekt MRSA-net Twente/Münsterland teilnehmenden Kliniken statt. In diesem Rahmen wurden auch die MRSA-net Qualitäts- und Transparenzsiegel an diejenigen Krankenhäuser verliehen, die die im Netzwerk gesteckten Qualitätsziele im geforderten Maße erreicht haben. Zum anderen wird damit eine Erhebung durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW) zur Weiterleitung von MRSA-Basiskennzahlen durch die Krankenhäuser an die zuständigen Gesundheitsbehörden verglichen.

Vergleich von Datenerhebungen durch das MAGS (NRW) sowie das EUREGIO-Projekt MRSA-net Twente/Münsterland

Zur Umfrage des MAGS zum MRSA-Management in Krankenhäusern in NRW

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW hat im 1. Quartal 2007 im Rahmen seiner Rechtsaufsicht das MRSA-Management in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern überprüft. Die Bezirksregierungen (BR) wurden gebeten, aus allen Krankenhäusern ihres Bezirks über die unteren Gesundheitsbehörden (uGB) für das Jahr 2006 gegliedert nach Krankenhausabteilungen folgende Daten mitzuteilen:

- ▶ Anzahl der MRSA-Fälle pro 1.000 Patiententage, alternativ Anteil MRSA-Isolate pro *Staphylococcus-(S.)-aureus*-Erst-Isolate,
- ▶ Anzahl der Nasenabstriche pro 1.000 Krankenhausaufnahmen,
- ▶ die bei epidemischen Vorkommen nach § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) erfolgten Meldungen an die uGB,
- ▶ Anzahl der Ausbruchseignisse mit Angabe des Umfangs des Ausbruchs,
- ▶ Einschätzung der zuständigen uGB, inwieweit Krankenhäuser Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI) zur Prävention und Kontrolle von MRSA umsetzen.

Diese Woche 28/2008

MRSA:

Regionale Netzwerkbildung zur Bekämpfung von MRSA

Hinweise auf Publikationen und Veranstaltungen:

- ▶ Gemeinsam gegen MRSA – Erfahrungsaustausch der regionalen Netzwerke
- ▶ European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology (ESCAIDE) 2008
- ▶ Anmerkung zur Querschnittsstudie über Impfstatus, Einstellung und Verhalten von Hebammen zu Impfungen

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik
25. Woche 2008
(Datenstand: 9. Juli 2008)

Krim-Kongo-Fieber:

Zum Auftreten einer Erkrankung mit tödlichem Ausgang in Griechenland



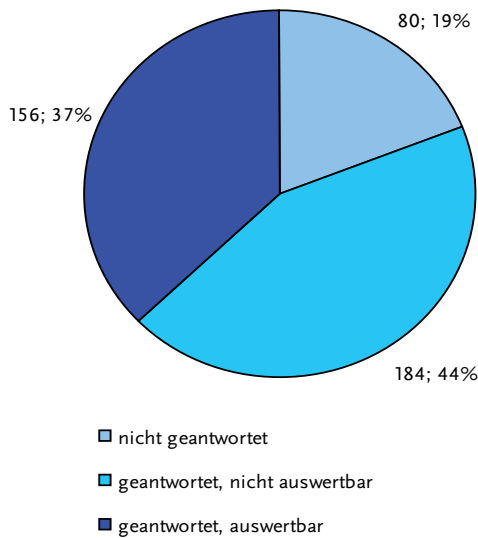


Abb. 1: Rücklauf (Anzahl und Prozent) bei der Erhebung zum MRSA-Management in Krankenhäusern, MAGS-NRW, 2007

Auswertung: Es antworteten insgesamt 340 Krankenhäuser. Das entspricht einer Rücklaufquote von 81% (s. Abb. 1). Die Rücklaufquoten waren je nach Regierungsbezirk unterschiedlich (s. Abb. 2) mit einer Spannweite von 89% im Regierungsbezirk Arnsberg bis zu 76% im Regierungsbezirk Düsseldorf.

Ein Krankenhaus wurde zur Rubrik „geantwortet“ gezählt, wenn mindestens eine Angabe in der vorgelegten Tabelle getätigt wurde. Kriterium für „auswertbar“ war die Angabe der Parameter „MRSA-Besiedlung oder -Infektion pro 1.000 Patiententage“ und „Nasenabstriche pro 1.000 Aufnahmen“. Alternativ dazu wurde auch die Angabe des „Anteils von MRSA-Isolaten pro *S.-aureus*-Isolaten“ und „Nasenabstriche pro 1.000 Aufnahmen“ als auswertbar akzeptiert. Krankenhäuser, die zwar Angaben getätigt hatten, aber nicht die geforderten Angaben (bzw. keine der geforderten Angabenkombinationen) erbracht hatten, wurden als „geantwortet, aber nicht auswertbar“ eingestuft.

Es lagen von 37% aller Krankenhäuser in NRW auswertbare Antworten vor (s. Abb. 1). Der Anteil auswertbarer Krankenhäuser schwankte zwischen den Regierungs-

bezirken stark (s. Abb. 2), von 22% im Regierungsbezirk Münster bis zu 54% im Regierungsbezirk Arnsberg.

Zu den Qualitätszielen im EUREGIO MRSA-net Projekt Twente/Münsterland

Das EUREGIO MRSA-net Projekt¹ ist ein (eu)regionales Netzwerk zum Schutz der Bevölkerung in der deutsch-niederländischen Grenzregion Twente/Münsterland vor Infektionen mit MRSA. Es ist ins Leben gerufen worden, um durch Austausch von Wissen und Technologien sowie insbesondere durch eine grenzüberschreitende Kooperation zur Verbesserung der Umsetzung von MRSA-Präventions- und Kontrollstrategien in der EUREGIO beizutragen. Finanziell wurde es seit dem 1.7.2005 zunächst für drei Jahre von der Europäischen Union im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative Interreg-IIIa aus Mitteln des Europäischen Strukturfonds für regionale Entwicklung sowie durch das Wirtschaftsministerium des Landes Nordrhein-Westfalen unterstützt. Detaillierte Informationen zum Projekt finden sich unter www.mrsa-net.org.

Die 10 Qualitätsziele im EUREGIO MRSA-net Twente/Münsterland

1. Teilnahme an Veranstaltungen des EUREGIO MRSA-net Qualitätsverbundes (Runde Tische)
2. Erfassung epidemiologischer Grunddaten der Krankenhäuser (bisherige MRSA-Rate, Patiententage usw.)
3. Fortbildung/„MRSA-Tisch“ mit Gesundheitsämtern
4. MRSA-Prävalenzerhebung und -Eingangsscreening (Zusage, Durchführung, Analyse)
5. Festlegen der Anzahl und Art der hausspezifischen MRSA-Risikogruppen und des Screenings
6. Typisierung von ausgewählten MRSA-Stämmen (z. B. Ausbruchsstämmen)
7. Umsetzung der RKI-Richtlinie (Hygienemaßnahmen, Isolierung, Sanierung)
8. Umsetzung § 23 IfSG (z. B. mittels EPI-MRSA Software)
9. Übergabe von MRSA-bezogenen Informationen bei Entlassung zur Weiterbehandlung an den niedergelassenen Arzt (EUREGIO Sanierungs-Übergabebogen)
10. Anzahl von eingesandten Nasenabstrichen (Screeningkontrolle)

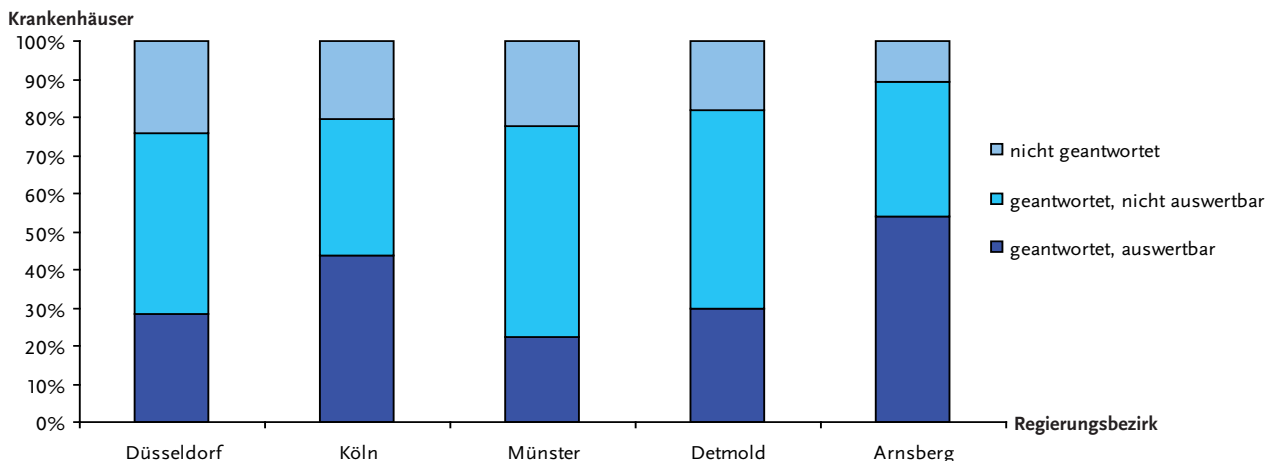


Abb. 2: Rücklauf bei der Erhebung zum MRSA-Management in Krankenhäusern nach Regierungsbezirk, MAGS-NRW, 2007

Qualitätsziel 7

Abfragekriterien zur Umsetzung von Qualitätsziel 7 im Rahmen der Überprüfung zur Umsetzung der aktuellen RKI-Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von MRSA in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen (vom 1.12.1999), § 36 IfSG

1. Isolationsmaßnahmen (Räumlich-funktionelle Anforderungen gemäß Punkt 3 der RKI-Empfehlung): Einzelzimmerisolation (Unterbringung im Einzelzimmer und Kontaktisolierung) von Patienten mit MRSA-Nachweis, ggf. Kohortenisolierung
2. Sonstige Hygienemaßnahmen beim Umgang mit MRSA-Patienten im Krankenhaus gemäß Punkte 4, 5, 6, 7 der RKI-Empfehlung (z. B. Kittelpflege, Mund-/Nasenschutz, Handschuhe, desinfizierende Maßnahmen, Abfallentsorgung)
3. Gesamtbeurteilung des Gesundheitsamtes
 - a. Werden die Hygienemaßnahmen wie im Hygieneplan festgelegt praktiziert?
 - b. Sind MRSA-Hygienepläne auf den Stationen unmittelbar für jeden verfügbar?
 - c. Werden die Pläne regelmäßig aktualisiert?
 - d. Werden regelmäßig Schulungen durchgeführt?
 - e. Waren anlassbezogene Interventionen im Zusammenhang mit dem MRSA-Management des Krankenhauses notwendig?
 - f. War die Zusammenarbeit konstruktiv?

Qualitätsziel 8

Abfrage zur Umsetzung von Qualitätsziel 8 im Rahmen der Überprüfung der Umsetzung von § 23 IfSG Teil 1

1. MRSA-Surveillance-Daten werden standardisiert erfasst und dargestellt (z. B. mittels EPI-MRSA oder äquivalenten Erfassungssystemen, MRSA-KISS)
2. MRSA-Surveillance-Daten werden zeitnah (d. h. innerhalb von 14 Tagen) nach Abfrage durch das Gesundheitsamt zur Verfügung gestellt
3. MRSA-Surveillance-Daten werden vollständig zur Verfügung gestellt, d. h. sie enthalten mindestens:
 - a. die Zahl der stationären MRSA-Fälle
 - b. die Zahl der stationären MRSA-Falltage
 - c. die Zahl der Methicillin-sensiblen *S.-aureus*-Isolate (MSSA)
 - d. die Zahl der durchgeführten Abstrichuntersuchungen (nur Nasenabstriche)
 - e. die Zahl der stationären Patientenfälle
 - f. die Zahl der stationären Patientenfalltage
 - g. die Zahl der MRSA-assoziierten Infektionen allgemein
 - h. die Zahl der MRSA Nachweise aus Blutkulturen
 - i. die Aufstellung der Typisierungsergebnisse mit Angabe der Häufigkeitsverteilung der einzelnen *spa*-Typen in der jeweiligen Abteilung des Krankenhauses, inklusive zusätzlicher Angaben zu MRSA-assoziierten Risikofaktoren

Fünf der acht Kommunen/Kreise des Regierungsbezirks Münster sind Kooperationspartner im EUREGIO-Projekt MRSA-net Twente/Münsterland. 38 (100%) der Krankenhäuser im Euregiogebiet nehmen am MRSA-net Projekt teil. Dies entspricht 57,6% der Krankenhäuser des gesamten Regierungsbezirks Münster.

Im Rahmen des EUREGIO-Projekts MRSA-net wurden 10 Qualitätsziele (s. Infokasten S. 220) für Krankenhäuser entwickelt, die eine euregionale und damit auch grenzüberschreitende Vergleichbarkeit der MRSA-Bekämpfung ermöglichen sollen. Primäres Ziel ist die Schaffung vergleichbarer Qualitätsstandards zum Schutz der Patienten vor MRSA-Infektionen und damit die Verbesserung der grenzüberschreitenden Patienten- und Personalmobilität.

Zur Erlangung des EUREGIO MRSA-net Qualitätsstandards (MRSA-net Qualitäts- und Transparenzsiegel) müssen die Krankenhäuser eine festgelegte Punktzahl bei den einzelnen Qualitätszielen erreichen. **Die Qualitätsziele 7 und 8 decken sich inhaltlich mit den Parametern der Abfrage des MAGS und werden hier verglichen** (s. Infokästen auf dieser Seite).

Die am EUREGIO MRSA-net-Projekt beteiligten Gesundheitsämter haben im 1. Quartal 2008 im Rahmen der Krankenhausüberwachung gemäß § 36 IfSG die Qualitätsziele 7 und 8 für das Jahr 2007 überprüft. Die Qualitätsziele wurden zur Operationalisierung in Teilziele untergliedert, die jeweils bei Vorgabe einer maximalen Gesamtpunktzahl mit einer Punktzahl gewichtet wurden. Die maximal

erreichbare Punktzahl war 6. Die von den Gesundheitsämtern erhobenen Daten wurden vom Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA) in Münster ausgewertet.

Die Daten zu § 23 IfSG (Qualitätsziel 8) wurden zur Vereinfachung für die Krankenhäuser überwiegend über die den Krankenhäusern zur Verfügung gestellte „EPI-MRSA-Software“ aus dem sogenannten „ÖGD-Report“ generiert. Dieser erlaubt eine standardisierte Erfassung und eine grenzüberschreitende, vergleichbare Auswertung der epidemiologischen MRSA-Kennzahlen eines Krankenhauses.

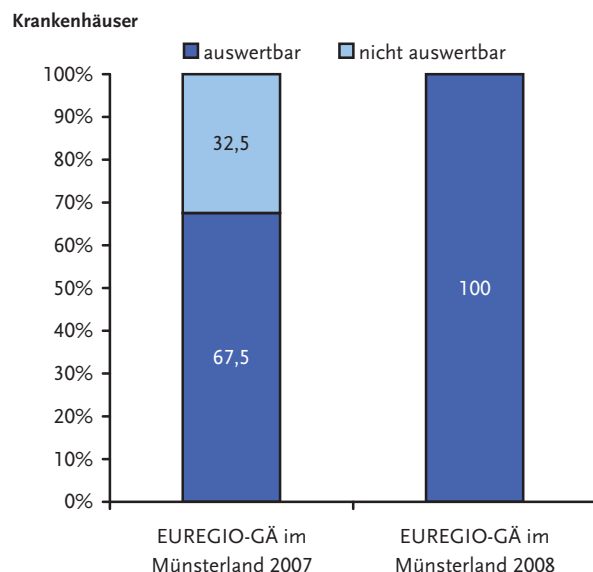


Abb. 3: Rücklaufquote und Vergleich MAGS-Umfrage 2007 – MRSA-net-Abfrage 2008

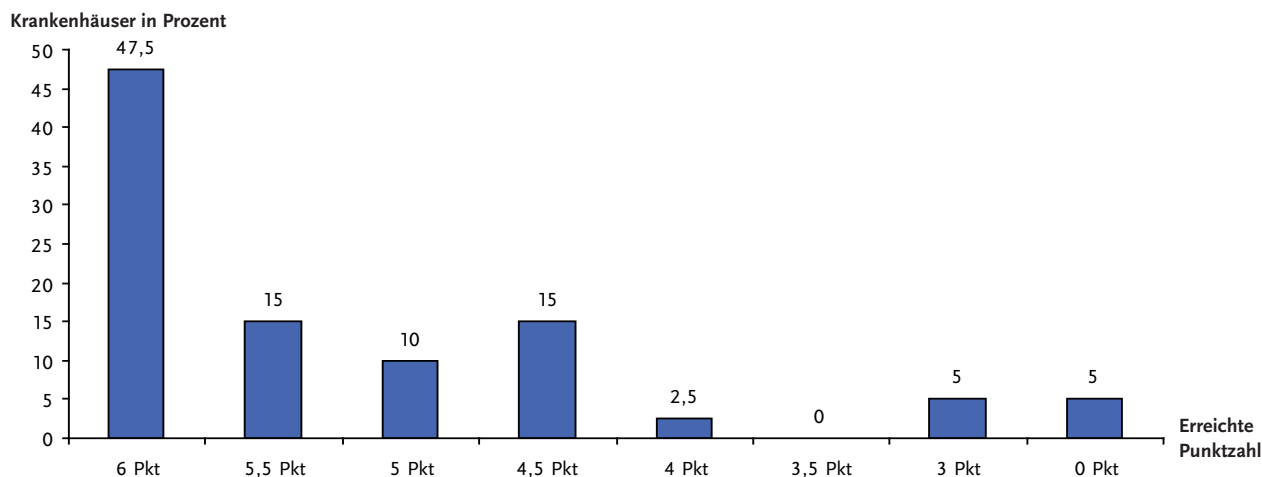


Abb. 4: Erreichen der Qualitätsziele 7 und 8 (maximale Punktzahl = 6), EUREGIO MRSA-net-Projekt, 2007

Den Gesundheitsämtern ermöglicht er eine vergleichbare Auswertung der Krankenhäuser, für die sie zuständig sind.

Auswertung: Die Rücklaufquote lag bei 100%; 100% der Fragebögen waren auswertbar im Vergleich zu 67,5% für die EUREGIO-Kommunen bei der Umfrage des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales 2007 bzw. 22% für den Regierungsbezirk Münster insgesamt (s. Abb. 3, S. 221).

47,5% der Krankenhäuser haben die volle Punktzahl erreicht (s. Abb. 4). Bis auf zwei Krankenhäuser haben alle übrigen Krankenhäuser die erforderliche Mindestpunktzahl (50%) erreicht.

Von den Krankenhäusern mit nicht maximaler Punktzahl führten am häufigsten folgende Teilziele bzw. Indikatoren für die Gesamtbeurteilung zur Minderung der Punktzahl:

- ▶ Qualitätsziel/Teilziel 7.3.e:
Notwendigkeit anlassbezogener Interventionen (4 von 38)
- ▶ Qualitätsziel/Teilziel 7.3.d:
Durchführung regelmäßiger Schulungen (3 von 38)
- ▶ Qualitätsziel/Teilziel 8.2:
Lieferung der Surveillance-Daten innerhalb von 14 Tagen (6 von 38)
- ▶ Qualitätsziel/Teilziel 8.3.c:
Anzahl MSSA (7 von 38)
- ▶ Qualitätsziel/Teilziel 8.3.i:
Durchführung einer *spa*-Typisierung (10 von 38)

Eine differenzierte Auswertung der Surveillance-Daten wird im Rahmen der Gesamtauswertung des Projektes durchgeführt.

Zusammenfassung und Ausblick

Der Vergleich der Ergebnisse der Umfrage des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales mit den Ergebnissen der Überprüfung der EUREGIO MRSA-net

Qualitätsstandards 7 und 8 zeigt deutlich, dass es innerhalb eines regionalen Netzwerks möglich ist, definierte Qualitätsstandards mit Hilfe von strukturierten Erhebungsinstrumenten abzufragen und so belastbare Daten zur MRSA-Prävalenz und zum MRSA-Management in den Krankenhäusern einer Region zu erheben und damit eine Grundlage für evidenzbasierte Interventionen zu schaffen.

Hierzu gehört vor allem auch die Abfrage der Screeningfrequenz (MRSA-Nasenabstriche pro 1.000 Aufnahmen), da hiervon alle anderen Zahlen zur MRSA-Trägerrate abhängen. Die Gesundheitsämter erhalten vergleichbare und transparente Zahlen. Die Abfrage von MRSA-net Qualitätszielen wird in jährlichem Rhythmus fortgesetzt.

Die Erfahrungen im Netzwerk sowie die aufgezeigte Steigerung der Rücklaufquote machen deutlich, dass die **geltenden Regelungen zur Bekämpfung von MRSA in Krankenhäusern ausreichen, um** für die Krankenhäuser selbst und die Gesundheitsämter **auswertbare und vergleichbare Daten zu MRSA gemäß § 23 IfSG zu generieren.**

Die Untersuchungen legen nahe, dass nahezu alle EUREGIO-Krankenhäuser die geltenden Empfehlungen zum Umgang mit MRSA für verbindlich erachten und Hygienefachpersonal zur Umsetzung vor Ort zur Verfügung steht. Dennoch erscheint vor diesem Hintergrund eine Stärkung der Verbindlichkeit der geltenden Empfehlungen und die **Umsetzung der gesetzlichen Grundanforderungen bezüglich des Personalschlüssels für Hygienefachpersonal** durch die Krankenhäuser dringend notwendig.

Zusätzlich wäre eine Meldepflicht für MRSA-Nachweise aus primär sterilem Material (nach § 7 IfSG) und für Tod durch MRSA-Infektionen (nach § 6 IfSG) sinnvoll, um regionale Schwerpunkte für die Bekämpfung von MRSA setzen zu können und das Auftreten von tödlich verlaufenden Infektionen – auch im ambulanten Bereich (z. B. durch caMRSA) – frühzeitig zu erkennen.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst hat nach den §§ 23 und 36 IfSG die Aufgabe, Krankenhäuser und medizinische Einrichtungen zu beraten und zu überwachen. Aufgrund

des engen Kontaktes und ständigen Dialogs zwischen Krankenhäusern und Gesundheitsämtern innerhalb des regionalen Netzwerks ist es möglich, diese gesetzlichen Instrumente problemorientiert einzusetzen und damit einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Umsetzung von MRSA-Präventions- und -Kontrollstrategien in einer Region zu leisten. Die zur MRSA-Bekämpfung entwickelten Netzwerkstrukturen können in Zukunft selbstverständlich für andere Erreger bzw. infektiologische Probleme genutzt werden (Prinzip *pars pro toto*).

Literatur:

1. Robert Koch-Institut: Ein regionales Netzwerk zur Prävention und Kontrolle von Infektionen durch MRSA. *Epid Bull* 2007; 33: 307–311

Die Autoren danken allen beteiligten Gesundheitsämtern der Kreise Steinfurt, Borken, Münster, Warendorf und Coesfeld und den beteiligten Krankenhäusern und dem dort unermüdlich für den Erfolg des MRSA-net-Projekts kooperierenden Personal, insbesondere den Hygienefachkräften und Hygienebeauftragten Ärztinnen/Ärzten. Eine detaillierte Namensliste findet sich unter www.mrsa-net.org.

Für diesen Bericht danken wir Dr. Inka Daniels-Haardt, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW, Münster, Annette Jurke, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW, Münster, Dr. Robin Köck, Institut für Hygiene, Universitätsklinikum Münster, Prof. Karsten Becker, Institut für Medizinische Mikrobiologie, Universitätsklinikum Münster, sowie PD Dr. Alexander W. Friedrich, Institut für Hygiene, Universitätsklinikum Münster. Als **Ansprechpartner** stehen Dr. Inka Daniels-Haardt (E-Mail: Inka.Daniels-Haardt@liga.nrw.de) und PD Dr. Alexander W. Friedrich (E-Mail: alex@uni-muenster.de) zur Verfügung.

Hinweise auf Information, Beratung und Unterstützung zu MRSA

► RKI-Ratgeber

Der in der Reihe „RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte“ erschienene Ratgeber „Staphylokokken-Erkrankungen, insbesondere Infektionen durch MRSA“ enthält weitere Informationen. Er wird im Internet angeboten unter

www.rki.de > Infektionsschutz > RKI-Ratgeber/Merkblätter > Staphylokokken-Erkrankungen, insbesondere Infektionen durch MRSA

bzw. unter

www.rki.de > Infektionskrankheiten A–Z > Staphylokokken.

► Weitere Informationen des Fachgebietes für angewandte Infektions- und Krankenhaushygiene auf der Internetseite des RKI

www.rki.de > Infektionsschutz > Krankenhaushygiene > Informationen zu ausgewählten Erregern

bzw. unter

www.rki.de > Infektionskrankheiten A–Z > Staphylokokken

► Situationsbericht aus dem NRZ für Staphylokokken

Robert Koch-Institut: Zur MRSA-Situation in Deutschland 2005 und 2006. Situationsbericht aus dem NRZ für Staphylokokken. *Epidemiologisches Bulletin* 2007; 1: –46

► Nationales Referenzzentrum für Staphylokokken

Leistungen: Typisierung und Charakterisierung eingesandter Stämme von *Staphylococcus aureus* mittels spezieller Methoden und Beratung von Ärzten zu Fragen der Diagnostik, der pathogenetischen Relevanz eingesandter Stämme sowie zu den Ergebnissen der Resistenzbestimmung

Kontakt:

Robert Koch-Institut, Bereich Wernigerode

Burgstr. 37, 38855 Wernigerode

Leitung: Prof. Dr. Wolfgang Witte

E-Mail: WitteW@rki.de

Veranstungshinweise

Gemeinsam gegen MRSA

Einladung zum Erfahrungsaustausch der Moderatoren der regionalen Netzwerke gemäß GMK-Beschluss 10.1 der 79. Konferenz (2006) zu MRSA am Robert Koch-Institut

Bezug nehmend auf die Aktivitäten zur Bildung regionaler Netzwerke zur Intensivierung der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen hinsichtlich der Vermeidung der Weiterverbreitung von MRSA (s. *Epid. Bull.* 5/2005 und *Epid. Bull.* 33/2007) und die Kenntnis über die zwischenzeitlich erfolgte Etablierung zahlreicher Netzwerke wird zu einem diesbezüglichen Erfahrungsaustausch am Robert Koch-Institut eingeladen. Angesprochen sind insbesondere die Moderatoren der Netzwerke, aber auch die QM-Manager/beratenden Krankenhaushygieniker länderübergreifender Krankenhaus- oder Pflegeheimträger.

Termin: 16./17.10.2008

Ort: Robert Koch-Institut/Wernigerode

Anmeldung: SekretariatFG14@rki.de

Stichwort: Treffen Regionale Netzwerke

Veranstalter: RKI (AG Nosokomiale Infektionen: FG 13 und 14, Abteilung 1 in Zusammenarbeit mit FG 32, Abteilung 3)

Vorläufiges Programm

Begrüßung und Einführung: Prof. Dr. M. Mielke/Prof. Dr. W. Witte, RKI

Eingeladene Redner:

Prof. Dr. H. von Baum, Dr. O. Bock-Hensley, S. Engelhart, PD Dr. A. Friedrich, Prof. Dr. P. Gastmeier, Dr. I. Daniels-Haardt, Prof. Dr. P. Hartemann, A. Kintrup, Dr. A. Krenz-Weinreich, PD Dr. E. Meyer, Dr. R. Nierhoff, K. Peters, Prof. Dr. U. Vogel, Dr. H.-P. Weil, Prof. Dr. C. Wendt, Dr. N. Wischnewski

Beginn der Veranstaltung: 16.10.2008, 14.00 Uhr

**Bericht der „Netzwerker“/
Freie Vorträge/Diskussion** 17.10.2008, 09.00 Uhr

Ende der Veranstaltung: 17.10.2008, 14.00 Uhr

European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology (ESCAIDE) 2008

Termin: 19.–21.11.2008

Veranstalter: ECDC, EPIET, EPIET Alumni Network

Ort: Berlin, Congress Center

Themen: Tuberkulose, Ausbrüche, Surveillance, Influenza, Zoonosen, Impfungen und impfpräventable Krankheiten, Antibiotikaresistenzen, HIV und andere STD's usw.

Kontakt: Cecoforma s.a., rue L. Frédéricq, 4020 Liège,

Tel.: +32 4 344 15 62,

E-Mail: escaide@cecoforma.be, escaide.conference@ecdc.europa.eu (für das Programm)

Ausführliche Informationen unter www.escaide.eu

Publikationshinweis

Auf der Internetseite des Robert Koch-Instituts sind zu dem Beitrag „Impfstatus sowie Einstellung und Verhalten von Hebammen zu Impfungen – Ergebnisse einer Querschnittsstudie“ *Epidemiologisches Bulletin* 21/2008 „Anmerkungen zur Querschnittsstudie“ veröffentlicht worden, siehe unter www.rki.de > Infektionsschutz > Impfen > Bedeutung.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

25. Woche 2008 (Datenstand: 9.7.2008)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	25.	1.-25.	1.-25.	25.	1.-25.	1.-25.	25.	1.-25.	1.-25.	25.	1.-25.	1.-25.	25.	1.-25.	1.-25.
	2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008		2007
Baden-Württemberg	179	2.660	3.253	2	31	37	12	121	121	104	1.429	1.998	1	25	45
Bayern	200	2.708	3.256	7	46	71	21	433	429	157	1.723	2.238	1	49	70
Berlin	54	991	1.027	0	7	8	4	76	73	39	426	476	0	16	29
Brandenburg	41	795	862	0	5	12	5	109	122	37	544	556	0	2	5
Bremen	12	192	162	0	2	4	0	18	12	10	126	110	0	4	4
Hamburg	39	747	939	0	7	9	0	13	12	10	231	313	1	12	14
Hessen	67	1.355	1.553	1	5	10	0	42	63	64	981	1.529	0	16	23
Mecklenburg-Vorpommern	61	673	873	2	6	6	4	100	119	18	395	505	0	0	0
Niedersachsen	167	2.146	2.313	3	57	61	20	135	112	122	1.496	1.835	0	21	16
Nordrhein-Westfalen	353	5.956	7.240	3	79	128	24	546	463	167	3.301	3.710	0	30	23
Rheinland-Pfalz	77	1.330	1.567	1	26	15	6	109	159	73	973	1.069	0	10	17
Saarland	34	480	589	0	1	0	0	21	23	10	230	266	0	0	4
Sachsen	111	2.231	2.154	2	45	26	9	382	365	60	1.463	1.122	1	10	45
Sachsen-Anhalt	41	592	731	1	6	6	5	178	298	49	848	1.290	0	4	16
Schleswig-Holstein	60	899	844	0	12	14	1	37	36	31	444	574	1	1	10
Thüringen	52	802	759	0	6	5	13	338	249	50	869	1.020	0	7	10
Deutschland	1.548	24.557	28.122	22	341	412	124	2.658	2.656	1.001	15.479	18.611	5	207	331

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	25.	1.-25.	1.-25.	25.	1.-25.	1.-25.	25.	1.-25.	1.-25.
	2008		2007	2008		2007	2008		2007
Baden-Württemberg	3	33	50	3	46	58	12	454	582
Bayern	0	63	46	2	46	54	29	584	727
Berlin	1	48	19	0	36	25	16	365	343
Brandenburg	0	3	11	0	9	6	2	50	33
Bremen	0	2	1	0	0	4	1	25	25
Hamburg	1	19	12	0	7	18	1	45	39
Hessen	2	29	21	2	35	38	6	167	180
Mecklenburg-Vorpommern	0	11	8	0	9	8	1	27	35
Niedersachsen	2	31	28	0	30	32	5	176	276
Nordrhein-Westfalen	2	88	94	2	74	130	15	462	448
Rheinland-Pfalz	3	22	15	1	33	56	9	157	182
Saarland	0	12	4	0	7	9	1	39	36
Sachsen	1	16	11	0	16	23	14	153	150
Sachsen-Anhalt	0	11	10	2	11	30	6	86	102
Schleswig-Holstein	0	13	15	0	7	16	1	104	87
Thüringen	1	9	15	0	9	20	5	48	72
Deutschland	16	410	360	12	375	527	124	2.942	3.317

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 in der ausgewiesenen Woche im Gesundheitsamt eingegangen sind und bis zum 3. Tag vor Erscheinen dieser Ausgabe als klinisch-labordiagnostisch bestätigt (für Masern, CJK, HUS, Tuberkulose und Polio zusätzlich auch klinisch bestätigt) und als klinisch-epidemiologisch bestätigt dem RKI übermittelt wurden, **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen,

25. Woche 2008 (Datenstand: 9.7.2008)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			Land
25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	
2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008		2007	
4	103	111	40	14.918	9.802	32	4.263	2.763	10	288	264	2	26	33	Baden-Württemberg
12	214	256	74	15.437	13.472	78	6.521	4.946	23	459	264	1	17	27	Bayern
3	56	77	42	5.400	5.478	28	1.848	1.724	15	185	140	2	30	52	Berlin
3	79	99	46	6.825	5.502	65	3.651	3.361	0	66	25	0	7	22	Brandenburg
0	9	15	8	654	826	4	301	251	0	17	4	0	7	8	Bremen
2	37	47	23	3.273	4.146	46	1.706	1.017	1	65	76	1	6	10	Hamburg
2	95	114	42	8.384	7.388	16	2.433	2.037	3	140	127	0	19	20	Hessen
3	39	62	61	6.922	3.784	33	3.890	2.967	5	76	54	2	23	33	Mecklenburg-Vorpommern
8	174	248	38	14.912	7.754	75	5.374	3.030	6	114	73	0	42	36	Niedersachsen
20	289	329	63	32.199	24.919	86	10.574	7.056	18	366	308	4	45	69	Nordrhein-Westfalen
5	103	133	95	7.917	7.129	21	3.194	2.298	5	118	102	0	5	11	Rheinland-Pfalz
3	26	34	9	2.527	644	5	552	475	1	21	12	0	1	2	Saarland
6	279	383	124	14.037	7.416	91	9.535	6.454	3	156	121	1	31	53	Sachsen
8	108	192	38	6.029	4.090	24	3.977	2.883	5	57	53	1	19	13	Sachsen-Anhalt
4	94	83	20	5.979	2.675	22	2.144	917	4	32	39	0	3	0	Schleswig-Holstein
10	189	220	37	9.083	4.441	84	4.851	2.757	1	32	39	0	10	13	Thüringen
93	1.894	2.403	760	154.496	109.466	710	64.814	44.936	100	2.192	1.701	14	291	402	Deutschland

Weitere Krankheiten									
Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose			Land
25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	25.	1.–25.	1.–25.	
2008		2007	2008		2007	2008		2007	
0	31	36	2	370	12	7	260	315	Baden-Württemberg
1	49	31	8	274	110	14	299	334	Bayern
0	12	8	0	28	1	7	152	134	Berlin
0	7	9	0	5	0	1	34	41	Brandenburg
0	3	0	0	1	0	0	16	31	Bremen
0	2	3	0	1	1	3	77	90	Hamburg
2	14	16	0	35	10	9	198	219	Hessen
0	9	5	0	6	0	0	25	60	Mecklenburg-Vorpommern
1	18	16	0	12	24	8	180	191	Niedersachsen
3	60	60	0	41	239	24	566	600	Nordrhein-Westfalen
0	13	9	0	37	5	4	102	125	Rheinland-Pfalz
0	3	1	0	10	0	1	19	43	Saarland
0	14	14	0	2	1	2	81	67	Sachsen
0	7	11	0	1	0	3	80	92	Sachsen-Anhalt
0	10	8	0	6	5	1	31	65	Schleswig-Holstein
1	8	11	0	14	0	1	60	43	Thüringen
8	260	238	10	843	408	85	2.180	2.450	Deutschland

jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das Jahr werden detailliertere statistische Angaben herausgegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 4.5.2001.

+ 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). Zusätzlich werden für Hepatitis C auch labordiagnostisch nachgewiesene Fälle bei nicht erfülltem oder unbekanntem klinischen Bild dargestellt (s. *Epid. Bull.* 11/03).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

25. Woche 2008 (Datenstand: 9.7.2008)

Krankheit	25. Woche 2008	1.–25. Woche 2008	1.–25. Woche 2007	1.–52. Woche 2007
Adenovirus-Erkrankung am Auge	2	67	281	375
Brucellose	1	14	9	21
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	34	41	96
Dengue-Fieber	2	122	103	264
FSME	10	50	80	238
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	2	16	13	44
Hantavirus-Erkrankung	5	128	882	1.688
Hepatitis D	0	3	3	9
Hepatitis E	2	52	41	73
Influenza	0	14.011	18.711	18.898
Invasive Erkrankung durch <i>Haemophilus influenzae</i>	4	81	51	93
Legionellose	9	161	196	532
Leptospirose	2	27	21	166
Listeriose	8	103	166	357
Ornithose	1	12	6	12
Paratyphus	2	23	20	72
Q-Fieber	6	206	50	83
Trichinellose	0	1	4	10
Tularämie	1	10	3	20
Typhus abdominalis	0	22	17	59

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungen von besonderer Bedeutung**Erreger anderer hämorrhagischer Fieber – Chikungunya-Fieber**

Baden-Württemberg, 67 Jahre, weiblich (Infektionsland Sri Lanka)
(8. Chikungunya-Fall 2008)

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung**Krim-Kongo-Fieber in Griechenland**

Neben dem verstärkten Auftreten von Krim-Kongo-Fieber in der Türkei (s. *Epid. Bull.* 27/2008) wurde Anfang Juli ein Todesfall durch Krim-Kongo-Fieber aus Griechenland berichtet. Es handelte sich dabei um eine Frau, die in der Landwirtschaft beschäftigt war, nach einem Zeckenstich in der ost-griechischen ländlichen Region Mazedonien erkrankte und Ende Juli in einem Krankenhaus verstarb.

Das Auftreten von Krim-Kongo-Fieber in Griechenland ist nicht überraschend. Bereits vor mehr als 20 Jahren wurden Antikörper gegen das Krim-Kongo-Virus bei Bewohnern eines ländlichen Gebiets im nördlichen Griechenland gefunden. Zudem sind die Überträger des Krim-Kongo-Fiebers, die Hyalomma-Zecken, in Griechenland endemisch. Schließlich kommt die Erkrankung in den Nachbarländern Griechenlands (**Albanien, Bulgarien** und der **Türkei**) ebenfalls vor.

Unter den Bewohnern endemischer Länder sind die Erkrankungszahlen vergleichsweise niedrig. Es erkranken vor allem Einheimische, die mit Nutztieren Kontakt haben. Das Risiko für Touristen ist gering. Bisher sind keine Fälle von Krim-Kongo-Fieber bei Reiserückkehrern aus endemischen Gebieten bekannt geworden. Reisende können das Risiko einer Erkrankung an Krim-Kongo-Fieber minimieren, indem sie direkten Kontakt mit Nutztieren meiden.

Grundsätzlich sollte bedacht werden, dass Zecken zahlreiche weitere Krankheitserreger übertragen können, wie z. B. Borrelien oder Rickettsien. Bei Aufenthalten in ländlichen Gebieten ist es daher sinnvoll, Zeckenschutz zu betreiben (festes Schuhwerk, lange Hosen, zeckenabwehrende Mittel) und den Körper – besonders auch von mitreisenden Kindern – regelmäßig nach Zecken abzusuchen. Saugende Zecken sollten sofort und sachgerecht (möglichst mit geeigneter Pinzette) entfernt werden (Pinzette dicht an der Haut ansetzen und Zecke herausziehen). Bei länger andauerndem Fieber ohne eine klare Ursache sollte immer ein Arzt konsultiert und über eventuelle Auslandsreisen informiert werden.

Bericht aus der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI. **Ansprechpartnerin** ist Dr. Christina Frank (E-Mail: FrankC@rki.de).

Literatur:

Antoniadis A, Casals J: Serological Evidence of Human Infection with Congo-Crimean Hemorrhagic Fever Virus in Greece. *Am J Trop Med Hyg* 1982; 31: 1066–1067

Impressum**Herausgeber**

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: 030.18754-0
Fax: 030.18754-2628
E-Mail: EpiBull@rki.de

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

Redaktion

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

► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)
E-Mail: MarcusU@rki.de

► Mitarbeit: Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl
► Redaktionsassistent: Sylvia Fehrmann

Tel.: 030.18754-2455
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Fax: 030.18754-2459

Vertrieb und Abonentenservice

Plusprint Versand Service Thomas Schönhoff
Bucher Weg 18, 16321 Lindenberg
Abo-Tel.: 030.948781-3

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). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 4,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die **aktuelle** Ausgabe des *Epidemiologischen Bulletins* kann über die **Fax-Abruffunktion** unter 030 18.754-2265 abgerufen werden. Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

MB Medienhaus Berlin GmbH

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)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A-14273