



Epidemiologisches Bulletin

10. Oktober 2008 / Nr. 41

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zur Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden im Rahmen von Versorgungsnetzwerken

Die Bildung regionaler Netzwerke wird von Fachleuten (s. *Epid. Bull.* 5/2005) und Politikern (s. Gesundheitsministerkonferenz-Beschluss 10.1 der 79. Konferenz 2006) als ein geeignetes und wichtiges Instrument zur Beherrschung von Problemen der öffentlichen Gesundheit angesehen, deren Lösung nur durch Optimierung von Schnittstellen interdisziplinär interagierender Strukturen möglich ist. Die Verbreitung von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) ist ein typisches Beispiel für ein derartiges Problem.

Wir setzen hier die Reihe von Beiträgen zu diesem Thema im *Epidemiologischen Bulletin* fort, um die Akteure und solche die es werden wollen, mit Informationen und Hinweisen zu erfolgreich arbeitenden Netzwerken zu unterstützen.

Patienten mit chronischen Wunden haben oftmals einen langen Weg erfolgloser Therapieversuche mit vielen wechselnden Behandlungsmethoden hinter sich. Ärzte fürchten gegebenenfalls die hohen Behandlungskosten und überweisen die Patienten an Fachärzte, für die die zeitintensive Behandlung dieser Wunden allerdings nicht im Fokus ihrer Spezialisierung liegt.

Nicht selten wird aus Kostengründen oder Unkenntnis auf unsterile Materialien zurückgegriffen. Die Wunden weisen wiederholt Infektionen auf oder es siedeln sich auf der teils avitalen Wundoberfläche unterschiedlichste Bakterien an. Die Folge sind wiederholte antiseptische oder antibiotische Behandlungen und Klinikaufenthalte. Somit verwundert es kaum, dass die Häufigkeit multi-resistenter Bakterien auf chronischen Wunden, insbesondere MRSA, deutlich über dem derzeitigen Bundesdurchschnitt liegt.

Ein gravierendes Problem ist die in vielen Fällen fehlende Diagnostik. Wie hoch die Zahl der nicht als solche erkannten MRSA-Patienten sein kann, zeigt die Erhebung eines norddeutschen Wundzentrums: ca. 40% der Patienten, die erstmalig das Zentrum aufsuchten, waren MRSA-positiv.

Mängel in Kontinuität und Qualität der Behandlung verhindern zudem die Wundheilung. Für Patienten und Pflegende ist diese Situation sehr belastend. Erschreckend ist, dass die vermeintlich „billige“ Therapie durch den hohen pflegerischen Versorgungsaufwand und den fehlenden Erfolg sowie die daraus resultierenden wiederholten Krankenhausbehandlungen eine Belastung des Gesundheitssystems in erheblicher Höhe ohne entsprechende Effektivität verursacht.

Hinzu kommen die Gefahr der Weiterverbreitung von Antibiotika-resistenten Bakterien und die deutliche Einschränkung der Lebensqualität der Betroffenen, oft für viele Jahre. Es besteht also Handlungsbedarf, die Situation für alle Beteiligten nachhaltig zu verändern.

Die integrierte Versorgung nach § 140a SGB V bietet eine Möglichkeit, neue Strukturen aufzubauen, geregelte Abläufe und eine aufwandbezogene Vergü-

Diese Woche

41/2008

Versorgungsnetzwerke:

Zu den Erfahrungen eines Wundzentrums mit integriertem Netzwerk

Public Health:

Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland – DEGS

Ständige Impfkommission

(STIKO) am RKI: Mitteilung zur Impfung gegen Varizellen

Hinweise auf Veranstaltungen und Publikationen:

- ▶ 7. Göttinger Forum „Krankenhaus- und Kommunalhygiene für den ÖGD“
- ▶ RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten aktualisiert

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik
38. Woche 2008
(Datenstand:
8. Oktober 2008)

ARE/Influenza, aviäre Influenza:

Zur Situation in der 40. Kalenderwoche



tung zu erreichen. **Am Beispiel eines bestehenden integrierten Versorgungsvertrages wird die Bildung eines entsprechenden Versorgungsnetzwerkes aufgezeigt.**

Aufbau eines Versorgungsnetzwerkes zur Behandlung chronischer Wunden

Die Bildung eines **regionalen, interdisziplinären/interprofessionellen und koordinierten Netzwerkes** erfordert Engagement und kommunikative Kompetenz sowie die gegenseitige Akzeptanz der beteiligten Akteure. Der Sache dienlich ist es möglicherweise, wenn der Initiator bzw. Moderator nicht selbst der Leistungserbringer ist.

Um eine nachhaltige Verbesserung der Versorgungsqualität gewährleisten zu können, ist die Einbindung von Spezialisten auf allen einschlägigen Gebieten erforderlich. Im ärztlichen Bereich sind Gefäßchirurgen, Phlebologen, Dermatologen, Angiologen, Diabetologen und plastische Chirurgen sowie Ärzte, die die Diagnostik und Therapie der ursächlichen Erkrankungen und der Begleiterkrankungen durchführen, erforderlich.

Da nicht erwartet werden kann, dass sich alle beteiligten Ärzte gleichermaßen intensiv mit den leitlinienbasierten Behandlungskonzepten für chronische Wunden und deren Ursachen auseinandersetzen, ist die Einrichtung eines „**Wundzentrums**“ außerordentlich hilfreich. Das Netzwerk koordiniert, wer diese Funktion übernehmen soll. Dem „Wundzentrum“ steht ein Netzwerk aus qualifiziertem Personal mit seiner Expertise zur Verfügung.

Pflegedienste, die als Netzwerkpartner eingebunden werden, sollten mindestens zwei Wundexperten im Team haben; Physiotherapeuten sollten eine Spezialisierung im Bereich Lymphdrainage besitzen.

Gut ist, wenn das Netzwerk auch Diätberatung, Podologen sowie orthopädische Schuhmacher mit Erfahrung in der Schuhversorgung von Diabetikern mit Fußdeformationen einbinden kann.

Das Konzept der interdisziplinären Zusammenarbeit

Grundlage der gemeinsamen Behandlung ist ein umfassendes Konzept. Hier wird abgestimmt, „**wer, was, womit, wo, wie, wie oft und wann**“ durchführt.

Die **Planung von Diagnostik und Therapie** erfolgt auf der Basis von medizinischen Leitlinien. In der Regel sind in einem Wundzentrum Fachärzte unterschiedlicher Disziplinen gemeinsam tätig: Dermatologen, Phlebologen, Gefäßchirurgen, Diabetologen oder Chirurgen gemeinsam mit geschulten Pflegekräften. Es wird eine umfassende Anamnese erhoben und nach den Ursachen für die Wunde und die Wundheilungsstörung gesucht. Hierzu gehört auch die mikrobiologische Diagnostik.

Jeder neue Patient wird unter Beachtung der **Empfehlungen der KRINKO beim Robert Koch-Institut (RKI) für MRSA-Patienten** behandelt. Zusätzlich gilt, dass neue Patienten zuletzt einbestellt werden, der Personenschutz beachtet wird, ein Abstrich aus der Wunde erfolgt, die Wunde initial

antiseptisch behandelt wird und alle kontaktierten Flächen nach der Behandlung wischdesinfiziert werden. Bei einer Bestätigung des Befundes werden der Patient und das Behandlungsteam umgehend informiert und über die erforderlichen Maßnahmen unterrichtet.

Um den Aufwand im überschaubaren Rahmen zu halten, ist eine sehr übersichtliche, d. h. klar gestaltete („spartanische“) **Raumausstattung** empfehlenswert. Die Patientenliege wird mit einer Papieraufgabe geschützt und zusätzlich nach jedem Patientenkontakt wischdesinfiziert.

Alle Materialien werden in geschlossenen Schränken aufbewahrt. Nur das für die individuelle Behandlung erforderliche Material wird auf einem leicht zu desinfizierenden Beistelltisch mit glatter Oberfläche aus Kunststoff oder Metall bereitgestellt.

Ein wichtiger Teil des Konzeptes zur Eindämmung der Weiterverbreitung multiresistenter Bakterien ist die geeignete **Abfallentsorgung**. Aufgrund praktischer Erfahrungen empfiehlt sich zur Wundversorgung in Ambulanzen und Wundsprechstunden grundsätzlich die Nutzung von Abfallcontainern aus stabilem Kunststoff, die nach Befüllung fest verschlossen werden können. Somit kann auch Einmalinstrumentarium wie Skalpelle und Nadeln im gleichen Behälter sicher entsorgt werden. Die Größe des Containers sollte so ausgewählt werden, dass mindestens einmal täglich der Container ausgetauscht werden kann. Auf Mülltüten sollte aus Gründen des Personalschutzes verzichtet werden.

Der **geeignete Therapieansatz** zur Wundversorgung wird mit dem zuweisenden Arzt und dem Pflegedienst abgesprochen. Die benötigten Materialien werden im Rahmen der integrierten Versorgung durch das Wundzentrum bereitgestellt.

Durch regelmäßig angebotene **Schulungen für die Netzwerkpartner sowie Qualitätszirkel für alle Akteure** wird ein qualitätsgesichertes Vorgehen sichergestellt.

Eine einheitliche, einrichtungsübergreifende EDV-gestützte Dokumentation ist erforderlich, um einen lückenlosen Informationsfluss herzustellen. Das Wundzentrum steuert den Patienten im Sinne eines *Case-Management*s unter Beachtung seiner komplexen Bedürfnislage und der Ressourcen. Angehörige sind konzeptionell mit einbezogen.

Eine wesentliche Aufgabe besteht darin, den **Patienten zu eigenverantwortlichem Handeln zu befähigen**, damit er seinen Teil zur Heilung beitragen kann und Rezidive vermieden bzw. reduziert werden. Die in diesem Sinne getroffenen Absprachen mit dem Patienten werden allen an der Behandlung Beteiligten vermittelt, damit es nicht zu gegenläufigen Empfehlungen kommt, die den Patienten verwirren und entmutigen.

Die Finanzierung

Ohne die integrierte Versorgung ist die Behandlung von Menschen mit chronischen Wunden für alle Leistungs-

erbringer defizitär. Erschwerend kommt hinzu, dass die Kostenträger Maßnahmen der Diagnostik, des Personalschutzes und zur Sanierung von MRSA-Patienten nicht extra bzw. nur teilweise vergüten, so dass diese Kosten das Budget des Arztes und des Pflegedienstes belasten und der Patient Therapiebestandteile selbst zahlen muss (z. B. Antiseptika).

Hier liegt möglicherweise auch einer der Gründe für die unzureichende Diagnostik. Im Rahmen einer integrierten Versorgung können entsprechende Komplexpauschalen ausgehandelt werden, die neben den genannten Positionen die aufwandbezogenen Erlöse für die Leistungserbringer enthalten. Wichtig ist, dass die benötigten Materialien ebenfalls in der Pauschale enthalten sind, weil sonst nur ein Teil des Problems gelöst ist.

Schlussfolgerungen

Ziel der integrierten Versorgung chronischer Wunden ist in erster Linie die koordinierte, ergebnisorientierte optimierte Behandlung der Betroffenen. Hiermit verbunden ist auch eine Verbesserung bei der Beherrschung des Problems der Weiterverbreitung von Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen gegen Antibiotika.

Eine konsequente Diagnostik und Behandlung ist nicht nur sinnvoll, sondern absolut notwendig, um den Kreislauf aus chronischer Wunde, Antibiotikatherapie, Klinikaufenthalt, Antibiotikaresistenz und Chronizität durch eine erfolgreiche Sanierung zu durchbrechen. Klare Strukturen durch Aufgabendefinition und -zuordnung zu einzelnen Akteuren innerhalb des Behandlungsprozesses sind erforderlich. Ein einheitliches Hygienemanagement innerhalb des Netzwerkes sollte durch Schulung und Informationstransfer sichergestellt werden. Durch Einhaltung der vorgegebenen Behandlungspläne werden die Heilungszeiten deutlich verringert und die Rezidivraten gesenkt.

Das hier eingesparte Geld ermöglicht eine aufwandbezogene Vergütung und senkt die Kosten im Gesundheitssystem.

Für diesen Beitrag danken wir Veronika Gerber, Vorsitzende der Initiative chronische Wunden e.V., die auch als **Ansprechpartnerin** zur Verfügung steht (E-Mail: v_gerber@hotmail.com). Weitere Informationen finden sich auf der Internetseite www.veronika-gerber.de.

DEGS: Die neue bundesweite Studie zur Gesundheit Erwachsener als Komponente des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts

Mit dem Gesundheitsmonitoring etabliert das Robert Koch-Institut (RKI) erstmals eine umfassende und kontinuierliche Beobachtung der gesundheitlichen Lage der in Deutschland lebenden Bevölkerung. Das Monitoring umfasst drei Komponenten, in denen das RKI parallel und aufeinander abgestimmt regelmäßige Daten erheben wird.

Eine Komponente ist die bundesweite Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS). Das Gesundheitsmonitoring und die Gesundheitsstudie DEGS hat das Robert Koch-Institut am 22. September 2008 auf einem Symposium in Berlin vorgestellt. Außerdem wurden Möglichkeiten für modulare Ergänzungsstudien und Stichprobenerweiterungen aufgezeigt. Teilgenommen haben Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitspolitik, des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Gesundheitswissenschaften, der Gesundheitsberichterstattung und der Epidemiologie.

Das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts

Das Gesundheitsmonitoring bezieht Personen aller Altersgruppen von 0 bis über 80 Jahre ein und sieht regelmäßige bundesweite Längsschnitt- und Querschnitterhebungen vor.

Neben DEGS – der Studie zur Gesundheit Erwachsener – bilden die Fortsetzung des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) sowie regelmäßige telefonische Gesundheitsbefragungen mit dem Titel „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) die weiteren Komponenten des Gesundheitsmonitorings.

Die Monitoring-Daten sollen bestehende regelmäßige Datenquellen wie amtliche Statistiken oder Prozessdaten der Krankenkassen um detaillierte und umfangreiche Informationen ergänzen und bundesweit repräsentative Daten zur Entwicklung des Krankheitsgeschehens, zum Gesundheits- und Risikoverhalten, zur Versorgung und zu den Lebensbedingungen verschiedener Bevölkerungsgruppen liefern. Die gewonnenen Informationen werden für die Gesundheitsberichterstattung, die Entwicklung von Gesundheitszielen und für die Vorbereitung gesundheitspolitischer Entscheidungen genutzt. Der wesentliche Vorzug eines kontinuierlichen Gesundheitsmonitorings besteht darüber hinaus darin, dass im Zeitverlauf die Erreichung von Zielen überprüft, Strategien evaluiert und Trends festgestellt werden können.

Ein wesentliches Merkmal des Gesundheitsmonitorings sind die unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen der drei Komponenten, die sich im Zusammenspiel ergänzen.

GEDA
GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND AKTUELL

Die Komponente „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) setzt den Schwerpunkt auf die regelmäßige Erhebung aktueller Gesundheitsdaten, die auch Differenzierungen auf regionaler Ebene zulassen.

Der jährliche Erhebungsrhythmus erlaubt es, zeitnah aktuelle Fragestellungen aufzunehmen. Gleichzeitig werden zentrale Fragestellungen wiederholt einbezogen, um zeitliche Entwicklungen (Trends) aufzeigen zu können.

Durch den Modus der Datenerhebung (computergestützte Telefoninterviews) wird eine schnelle Bereitstellung der gesammelten Informationen gewährleistet. Die erste Erhebungswelle der GEDA-Telefonsurveys, die insgesamt 21.000 Telefoninterviews umfassen wird, ist bereits im Juli 2008 gestartet (s. *Epid. Bull.* 37/2008).

Während das Studiendesign bei den GEDA-Telefonsurveys wiederholte Querschnitterhebungen vorsieht, sind der **Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)** und die **Studie zur Gesundheit Erwachsener (DEGS)** als Langzeitstudien konzipiert.



Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, dessen Basiserhebung 2003 bis 2006 erfolgte, soll ab 2009 als Kohortenstudie fortgesetzt werden.



Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland

DEGS, die Studie zur Gesundheit Erwachsener, ist als Fortsetzung des Bundes-Gesundheitssurveys von 1998 konzipiert. Die dreijährige Datenerhebungsphase startet im November 2008.

Bei beiden Surveys ist vorgesehen, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der vorangegangenen Surveys erneut einzubeziehen. Per Zufallsauswahl werden zusätzliche Personen aus den Einwohnermelderegistern ausgewählt.

Da sich KiGGS auf Kinder und Jugendliche und DEGS auf Erwachsene ab 18 Jahren konzentriert, ist mit beiden Studien das gesamte Altersspektrum von 0 bis über 80 Jahre abgedeckt.

Weiterhin beinhalten sowohl KiGGS als auch DEGS in einzelnen Erhebungswellen neben dem Befragungs- auch einen Untersuchungsteil. Bei KiGGS umfasste die Basiserhebung (2003–2006) eine solche Untersuchungskomponente, während für die erste Nachfolgerhebung Telefoninterviews geplant sind. Auch zum Erhebungsprogramm der anstehenden Erhebungswelle des DEGS gehört ein Un-

tersuchungsteil. Solche Untersuchungsteile bestehen in der Regel aus körperlichen Untersuchungen und Tests sowie Analysen von Blut- und Urinproben.

Die Datenerhebungen erfolgen gewöhnlich vor Ort in speziell zu diesem Zweck eingerichteten Untersuchungszentren. Untersuchungssurveys sind sehr aufwändig und langwierig in der Durchführung, sie erlauben jedoch die Erfassung „objektivierbarer“ Messwerte (z. B. Blutmesswerte, Indikatoren körperlicher Fitness), die für die Beantwortung vieler Fragestellungen von großer Wichtigkeit sind.

Der besondere Zugewinn von KiGGS und DEGS besteht somit darin, dass ein sehr breites Spektrum an bevölkerungsrepräsentativen Informationen vorliegen wird. Durch die wiederholte Einladung der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer können zudem zeitliche Veränderungen im Gesundheitszustand und -verhalten festgestellt werden und – im Unterschied zu den regelmäßig erhobenen Querschnittdaten bei GEDA – auch Erkenntnisse über Ursache-Wirkungs-Beziehungen bzw. über die zeitliche Abfolge von gesundheitlichen Risiken und gesundheitlichen Problemen gewonnen werden.

Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland

In den drei Untersuchungsjahren von DEGS sollen insgesamt 7.500 Erwachsene in 180 Orten Deutschlands befragt und körperlich untersucht werden. Die ersten Untersuchungen werden ab dem 25. November 2008 in Berlin (Bezirke Mitte und Reinickendorf) und Fredersdorf-Vogelsdorf durchgeführt.

Sämtliche 120 Studienorte des Bundes-Gesundheitssurveys von 1998 sind auch bei DEGS wieder dabei. 60 neue Studienorte wurden zusätzlich ausgewählt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden über ein statistisches Zufallsverfahren aus den örtlichen Melderegistern ausgewählt.

In den Orten, die bereits beim Bundes-Gesundheitssurvey von 1998 dabei waren, werden zudem die ehemaligen Teilnehmerinnen und Teilnehmer erneut eingeladen. In den Untersuchungszentren vor Ort werden die Probanden gebeten, einen Fragebogen zu gesundheitsrelevanten Themen auszufüllen. Weiterhin fragt die Ärztin oder der Arzt sie, ob und welche Krankheiten und gesundheitlichen Probleme sie bisher hatten oder gegenwärtig haben. Hinzu kommen verschiedene körperliche Untersuchungen und Tests: Das RKI-Team ermittelt die Körpergröße und wiegt den Probanden, misst Blutdruck und Puls, erfasst die Schilddrüsengröße mit einer Sonographie und führt einen Greifkrafttest durch.

Bei Personen unter 65 Jahren wird das Programm durch einen Belastungstest mittels Fahrradergometer ergänzt. Personen ab 65 Jahre absolvieren verschiedene kurze Tests zur körperlichen Kraft und Beweglichkeit. Zusätzlich wird um eine Blut- und Urinprobe gebeten.

Die Laborwerte geben Auskunft über die Funktion der Organe sowie über die Nährstoffversorgung, allergische Sensibilisierungen und Infektionskrankheiten. Außerdem werden Risikofaktoren für Herz-/Kreislauf-Erkrankungen und Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes) bestimmt.

Der Vorteil für die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer besteht darin, dass sie kostenlos einen umfassenden Überblick über ihren Gesundheitszustand erhalten. Einige Befunde (z. B. kleines Blutbild, Blutdruck) können den Teilnehmerinnen und Teilnehmern bereits am Ende des Untersuchungstermins mitgeteilt werden, andere Befunde (z. B. Ergebnisse der aufwändigeren Laboranalysen) folgen nach einer ärztlichen Bewertung etwa sechs Wochen später mit einer Erläuterung für Teilnehmer und Hausarzt. Nach Studienende werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch über die bevölkerungsbezogenen Studienergebnisse informiert.

Zurzeit laufen die letzten Vorbereitungen für den Projektstart von DEGS. Die zuständige Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat DEGS unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und der Studie zugestimmt. Den Landesbeauftragten und dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz liegt das Studienkonzept zur Prüfung vor.

Weitere Informationen zu DEGS sollen ab Beginn der Datenerhebungen regelmäßig im *Epidemiologischen Bulletin* veröffentlicht werden.

Bericht aus der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des RKI. Das Projekt DEGS wird von Dr. Bärbel-Maria Kurth geleitet. Die Präsentationen zum Symposium am 22.09.2008 sind unter www.rki.de/degs abrufbar. Für die projektbezogene Öffentlichkeitsarbeit ist Dr. Anke-Christine Saß zuständig (030.18754-3411). **Anfragen** zu DEGS unter degs@rki.de.

Der Zeitpunkt der zweiten Impfung wurde 2009 konkretisiert, s. *Epid. Bull.* 30/2009

Mitteilung der Ständigen Impfkommision (STIKO) am RKI zur Impfung gegen Varizellen

Die im Jahr 2004 durch die Ständige Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut empfohlene allgemeine Varizellenimpfung (s. *Epid. Bull.* 30/2004; Begründung der STIKO für eine allgemeine Varizellenimpfung s. *Epid. Bull.* 49/2004) hat bereits jetzt zu einer deutlichen Reduktion der Varizellenmorbidity in Deutschland geführt, womit ein wesentliches Impfziel erreicht wurde.

Die STIKO hat sich auf ihrer 59. Sitzung eingehend mit der Frage der Notwendigkeit und des optimalen Zeitpunktes einer zweiten Dosis bei der Varizellenimpfung (monovalente Impfstoffe) entsprechend den veränderten

Fachinformationen beschäftigt. Aufgrund der verfügbaren Daten ist die Notwendigkeit einer zweiten Impfung gegeben.

Hinsichtlich des optimalen Zeitpunktes der zweiten Impfung wird die STIKO erst nach weiterer Analyse und Bewertung neuer immunologischer und epidemiologischer Daten zu einer wissenschaftlich begründeten Empfehlung kommen können.

Ansprechpartnerin in der Geschäftsstelle der STIKO am Robert Koch-Institut ist Dr. Miriam Wiese-Posselt (E-Mail: Wiese-PosseltM@rki.de).

Veranstaltungs- und Publikationshinweise

7. Göttinger Forum: Krankenhaus- und Kommunalhygiene für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Termin: 27. und 28. November 2008

Veranstaltungsort: Historischer Bibliothekssaal der Paulinerkirche, Papendiek 14, 37073 Göttingen

Wissenschaftliche Leitung:

Dr. Matthias Pulz (Hannover), Dr. Jörg Herrmann (Oldenburg)

Themen: Management von Problemkeimen (*Clostridium difficile*, ESBL, EHEC), MRSA-Netzwerke, Antibiotika-Resistenzmonitoring, Hebammen und Impfberatung, Aufgaben eines epidemiologischen Krebsregisters, Krebscluster, Risikokommunikation bei Gefahrenlagen, Rolle des Gesundheitsamtes bei Krankenhausbauvorhaben

Internetseite: www.nlga.niedersachsen.de > Aktuelles > Fortbildungen

Organisation:

Helga Wirries, NLGA
Roesebeckstr. 4–6
30449 Hannover
Tel.: 0511.4505-101

E-Mail: fortbildung@nlga.niedersachsen.de

Hinweis: Die Veranstaltung ist mit 10 Fortbildungspunkten bewertet.

RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte im Internet aktualisiert

Aus der Reihe „RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte“ wurden in letzter Zeit folgende Ratgeber aktualisiert.

► **Hepatitis A**, Stand: September 2008;

► **Poliomyelitis**, Stand: Oktober 2008.

Sie finden sich auf der Homepage des RKI unter

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

www.rki.de > Infektionsschutz > RKI-Ratgeber/Merkblätter:

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

38. Woche 2008 (Datenstand: 8.10.2008)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.
	2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008		2007
Baden-Württemberg	142	5.085	5.836	0	53	67	8	254	208	144	3.138	4.543	3	53	85
Bayern	202	5.502	5.897	4	105	136	25	770	767	207	4.322	5.380	6	72	144
Berlin	71	1.952	1.873	3	28	11	11	218	145	15	882	1.170	0	28	45
Brandenburg	48	1.703	1.719	0	8	18	11	207	186	44	1.292	1.422	0	9	11
Bremen	8	354	282	0	2	6	0	24	18	6	217	221	0	4	5
Hamburg	31	1.393	1.553	1	12	14	5	28	75	25	580	644	0	18	20
Hessen	93	2.645	2.866	0	9	16	0	73	109	69	2.113	3.407	2	29	62
Mecklenburg-Vorpommern	61	1.428	1.740	0	8	9	4	169	183	43	877	961	0	0	0
Niedersachsen	148	4.109	4.037	6	104	81	32	472	188	122	2.809	3.876	0	32	28
Nordrhein-Westfalen	308	11.163	12.580	5	127	171	22	885	747	249	6.390	7.983	3	45	52
Rheinland-Pfalz	41	2.515	2.811	0	41	38	6	190	254	75	1.956	2.557	0	23	32
Saarland	23	882	1.024	0	4	2	2	34	39	18	502	834	2	2	5
Sachsen	121	4.062	3.822	0	78	45	19	618	664	59	2.474	2.362	4	24	65
Sachsen-Anhalt	37	1.158	1.279	0	8	9	9	324	479	38	1.515	2.167	0	6	24
Schleswig-Holstein	60	1.854	1.614	0	27	29	4	77	67	30	811	1.106	0	3	12
Thüringen	53	1.483	1.342	0	9	9	24	509	409	43	1.688	2.069	0	10	23
Deutschland	1.447	47.288	50.275	19	623	661	182	4.852	4.538	1.187	31.566	40.702	20	358	613

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺		
	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.
	2008		2007	2008		2007	2008		2007
Baden-Württemberg	0	60	67	2	76	90	12	699	888
Bayern	4	91	81	1	71	78	15	921	1.122
Berlin	4	64	32	0	47	46	10	545	533
Brandenburg	1	6	15	0	13	13	0	66	52
Bremen	1	6	5	0	3	4	1	37	42
Hamburg	2	32	15	1	16	30	1	70	57
Hessen	8	71	47	0	50	60	3	245	276
Mecklenburg-Vorpommern	0	11	9	0	12	8	0	42	44
Niedersachsen	4	52	60	2	44	41	4	254	388
Nordrhein-Westfalen	5	153	169	2	126	182	16	739	728
Rheinland-Pfalz	0	36	28	1	56	81	12	231	272
Saarland	0	15	7	1	14	13	3	54	54
Sachsen	0	26	17	0	25	30	7	238	239
Sachsen-Anhalt	0	18	11	0	17	38	4	127	159
Schleswig-Holstein	2	16	20	0	16	22	3	157	147
Thüringen	0	21	20	0	10	24	4	86	117
Deutschland	31	678	603	10	596	760	95	4.511	5.118

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-labor diagnostisch 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,

38. Woche 2008 (Datenstand: 8.10.2008)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten														Land	
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.		1.–38.
2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008			2007
6	158	182	36	15.437	10.665	20	4.519	3.160	15	444	422	4	56	73	Baden-Württemberg
6	368	414	66	16.457	14.269	34	7.184	5.438	18	752	439	0	39	64	Bayern
4	94	122	40	5.738	5.852	6	2.013	1.825	9	291	199	4	52	93	Berlin
6	126	145	50	7.278	5.862	28	3.964	3.519	2	102	47	1	19	48	Brandenburg
0	14	18	5	745	862	1	337	280	1	23	13	0	8	10	Bremen
1	60	76	3	3.441	4.335	8	1.852	1.034	4	94	106	0	11	18	Hamburg
4	174	180	32	8.937	7.878	8	2.583	2.180	8	224	201	1	25	36	Hessen
1	58	93	69	7.332	4.205	13	4.188	3.202	4	112	76	3	41	54	Mecklenburg-Vorpommern
10	304	403	71	15.500	8.406	19	5.824	3.338	5	198	125	5	101	103	Niedersachsen
7	447	567	171	33.424	26.537	30	11.254	7.526	16	582	504	3	119	197	Nordrhein-Westfalen
4	184	196	22	8.273	7.576	5	3.343	2.482	2	177	161	0	11	72	Rheinland-Pfalz
2	33	55	1	2.631	685	3	613	514	0	32	23	0	2	5	Saarland
13	454	557	100	15.387	8.566	61	10.273	7.159	10	249	167	5	82	129	Sachsen
7	173	272	61	6.529	4.753	16	4.182	3.118	3	86	72	1	27	23	Sachsen-Anhalt
4	152	140	21	6.093	2.887	4	2.234	963	3	62	56	0	5	4	Schleswig-Holstein
15	323	347	64	9.855	5.074	22	5.295	3.107	3	57	51	1	24	25	Thüringen
90	3.122	3.767	812	163.057	118.412	278	69.658	48.845	103	3.485	2.662	28	622	954	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose				
38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.	38.	1.–38.	1.–38.		
2008		2007	2008		2007	2008		2007		
0	34	43	0	382	17	5	408	469	Baden-Württemberg	
4	63	42	3	302	115	14	473	490	Bayern	
0	16	14	0	28	6	3	207	211	Berlin	
0	10	11	0	5	0	3	59	74	Brandenburg	
0	3	0	0	6	1	0	28	50	Bremen	
0	3	5	0	2	2	6	128	125	Hamburg	
0	20	19	0	36	11	5	306	354	Hessen	
1	12	7	0	6	1	1	38	81	Mecklenburg-Vorpommern	
0	29	24	0	13	27	3	263	290	Niedersachsen	
2	86	80	1	48	249	21	863	955	Nordrhein-Westfalen	
0	15	14	0	37	7	3	147	187	Rheinland-Pfalz	
0	3	2	0	10	0	0	34	65	Saarland	
0	15	22	1	3	1	4	135	112	Sachsen	
0	7	14	0	1	1	3	104	137	Sachsen-Anhalt	
0	11	11	0	7	5	1	59	82	Schleswig-Holstein	
0	9	13	0	14	0	4	88	74	Thüringen	
7	336	321	5	900	443	76	3.340	3.756	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

38. Woche 2008 (Datenstand: 8.10.2008)

Krankheit	38. Woche 2008	1.–38. Woche 2008	1.–38. Woche 2007	1.–52. Woche 2007
Adenovirus-Erkrankung am Auge	2	119	321	375
Brucellose	1	19	15	21
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	70	68	96
Dengue-Fieber	3	199	201	264
FSME	6	197	204	238
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	48	34	44
Hantavirus-Erkrankung	2	189	1.459	1.688
Hepatitis D	0	4	5	9
Hepatitis E	1	78	58	73
Influenza	3	14.061	18.738	18.898
Invasive Erkrankung durch <i>Haemophilus influenzae</i>	1	104	61	93
Legionellose	6	352	407	532
Leptospirose	1	39	117	166
Listeriose	5	213	268	356
Ornithose	0	18	9	12
Paratyphus	1	50	50	72
Q-Fieber	7	298	71	83
Trichinellose	0	1	10	10
Tularämie	0	13	7	20
Typhus abdominalis	2	47	37	59

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung**Zur Situation bei ARE/Influenza in der 40. Kalenderwoche**

► **Deutschland:** Die Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) ist auf einem für die Jahreszeit üblichen Niveau. Weitere Informationen unter influenza.rki.de/agi.

Europa: Im Sommer berichteten bis zu 17 Länder an das *European Influenza Surveillance Scheme* (EISS), im Vergleich zu 29 Ländern während der Überwachungsperiode im Winter. Insgesamt wurden seit der 21. Woche 132 positive Proben gemeldet, davon waren 48 (36%) Influenza-A- und 84 (64%) Influenza-B-Virusnachweise. Von den subtypisierten Influenza-A-Viren waren 22 (76%) H3N2- und 7 (24%) H1N1-Viren. Zum Vergleich: Während des Winterhalbjahres 2007/08 wurde unter den A-Viren zu 97% der Subtyp H1N1 nachgewiesen. Weitere Informationen zur Sommerüberwachung unter www.eiss.org.

► **Aviäre Influenza**

Bei Vögeln/Geflügel: Informationen zur Verbreitung von H5N1-Infektionen bei Geflügel und Wildvögeln unter www.oie.int/eng/info.

Aviäre Influenza bei Menschen, international: Seit dem letzten AGI-Monatsbericht (Stand 10.09.2008) wurden keine weiteren humanen Fälle von H5N1-Infektionen gemeldet. Weitere Informationen unter www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/index.html.

Quelle: Influenza-Wochenbericht für die 40. Kalenderwoche 2008 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der AGI (influenza.rki.de/agi), dem NRZ für Influenza am RKI und dem DGK.

An dieser Stelle steht im Rahmen der aktuellen Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten Raum für kurze Angaben zu bestimmten neu erfassten Erkrankungsfällen oder Ausbrüchen von besonderer Bedeutung zur Verfügung („Seuchentelegramm“). Hier wird ggf. über das Auftreten folgender Krankheiten berichtet: Botulismus, vCJK, Cholera, Diphtherie, Fleckfieber, Gelbfieber, konnatale Röteln, Milzbrand, Pest, Poliomyelitis, Rückfallfieber, Tollwut, virusbedingte hämorrhagische Fieber. Hier aufgeführte Fälle von vCJK sind im Tabellenteil als Teil der meldepflichtigen Fälle der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit enthalten.

Impressum**Herausgeber**

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: 030.18754-0
Fax: 030.18754-2328
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