



Epidemiologisches Bulletin

2. Mai 2016 / Nr. 17

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Wirkstoffe der alkoholischen Händedesinfektionsmittel – ein Beitrag zum Internationalen Tag der Händehygiene

DOI 10.17886/EPIBULL-2016-029

Der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2009 initiierte „Internationale Tag der Händehygiene“ soll alljährlich die Aufmerksamkeit des medizinischen Personals auf die Händehygiene lenken. Die Händehygiene umfasst dabei neben der in der WHO-Kampagne besonders hervorgehobenen Händedesinfektion auch die Aspekte der Reinigung (Waschung) der Hände, den Hautschutz und die Hautpflege sowie mechanische Barrieremaßnahmen (Handschuhe).¹

Die Effektivität der Händedesinfektion wird neben der Ausführung (Menge, [Einreibe-]Technik, Zeitdauer) und der Compliance (Durchführung zu einer relevanten Gelegenheit) durch die Wirksamkeit des eingesetzten Desinfektionsmittels und den Hautpflegezustand bestimmt.^{2,3,4} Die Zusammensetzung (Formulierung) des Händedesinfektionsmittels aus Wirk- und Hilfsstoffen determiniert seine Wirksamkeit. Im Folgenden sollen die wichtigsten Wirkstoffe alkoholischer Händedesinfektionsmittel dargestellt werden, um diesen wesentlichen und häufig nachgefragten Aspekt näher zu beleuchten.

Aufgrund ihrer Eigenschaften sind Ethanol, n-Propanol und Isopropanol Wirkstoffe der Wahl zur Händedesinfektion. Bei allen handelt es sich um einwertige, aliphatische, kurzkettige Alkohole. Sie werden teilweise als Einzelwirkstoffe, häufiger jedoch in Kombination eingesetzt. Die Wirkung beruht auf der unspezifischen Denaturierung von Proteinen und dem dadurch bedingten Einfluss auf Membranen von Mikroorganismen. Sie erzielen damit eine schnelle und breite Wirkung gegen eine Reihe von Mikroorganismen. Die erforderliche Einwirkzeit hängt dabei von der Art der Erreger ab. So werden zur Abtötung von Dermatophyten oder zur Inaktivierung von unbehüllten Viren im Vergleich zu Bakterien in der Regel längere Einwirkzeiten benötigt. Die Wirksamkeit von Alkoholen steigt zwar mit zunehmender Kettenlänge (bis 8 C-Atome), allerdings im umgekehrten Verhältnis zur Verträglichkeit, sodass Alkohole mit mehr als 4 C-Atomen nicht für Händedesinfektionsmittel verwendet werden. Die drei Alkohole (s. o.) zeichnen sich durch gute lokale Verträglichkeit und fehlende sensibilisierende Potenz aus. Berücksichtigt man die Art der Exposition bei der Anwendung als Händedesinfektionsmittel, wurden bisher weder Mutagenität, Teratogenität oder Kanzerogenität nachgewiesen. Bei Ethanol und Isopropanol, die stoffwechselbedingt im Blut vorkommen, weist die maximale Resorption einen deutlichen Sicherheitsabstand zu ernährungsbedingten physiologisch möglichen Konzentrationen auf. Dermal aus Händedesinfektionsmitteln resorbierte Wirkstoffmengen erreichten z. B. bei Ethanol 10fach geringere Werte im Blut als durch das Trinken von 0,5 l Apfelsaft.^{5,6,7}

Die Alkohole sind deutlich besser hautverträglich als Handwaschpräparate. Bei adäquater Anwendung von Hautschutz und Hautpflege ist ihre Anwendung im Unterschied zur Händewaschung nicht mit dem Risiko einer Irritationsdermatose verbunden.⁸ Aufgrund des Wirkungsmechanismus ist

Diese Woche 17/2016

Internationaler Tag der Händehygiene

- ▶ Wirkstoffe der alkoholischen Händedesinfektionsmittel
- ▶ „See your hands“ – Aktionstag der Händehygiene am 5.5.2016

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
14. Woche 2016

Zur Situation von Influenza-Erkrankungen für die
16. Kalenderwoche 2016



Volumen- oder Masseprozent

Die Konzentrationsangabe für Alkohole kann als Volumen- oder Masseprozent in der Deklaration der jeweiligen Formulierung angegeben werden. Da Alkohole eine geringere Dichte als Wasser besitzen, ergeben sich unterschiedliche Werte für die Konzentration, die zu Missverständnissen über die Zusammensetzung von Produkten führen können. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über häufig verwendete Konzentrationsangaben in den sich (für Volumen- und Masseprozent) jeweils entsprechenden Zahlenwerten.

Wirkstoff	Konzentration	
	Volumenprozent v/v [ml/100 ml]	Masseprozent w/w [g/100 g]
Ethanol	70	62,4
	80	73,5
	90	85,8
Isopropanol	70	63,1
	80	73,5
n-Propanol	60	53,9
	70	63,5

Tab. 1: Umrechnung von Volumenprozent in Masseprozent für ausgewählte Konzentrationen nach Kramer et al.⁹

keine Resistenzentwicklung zu erwarten bzw. bekannt. Die schnelle Lufttrocknung nach der Händedesinfektion trägt zu dem Anwendungskomfort bei.⁹ Im Folgenden wird in erster Linie auf die drei genannten Alkohole, aber auch auf Alkoholkombinationen näher eingegangen.

Ethanol (Äthylalkohol, Weingeist, C_2H_5OH) wird umgangssprachlich oft mit „Alkohol“ gleichgesetzt. Neben alkoholischen Getränken ist er in vielen Lebensmitteln natürlicherweise vorhanden (z. B. in reifen Früchten und Fruchtsäften) und gilt als der am besten verträglichste und ungiftigste Alkohol. So ist die Gewebeverträglichkeit an Gewebeexplantaten von 80 % Ethanol signifikant besser als von 60 % Isopropanol.⁹ Auch die inhalative Toxizität ist weitaus geringer als die der beiden Propanole. Obwohl bei regelhafter Anwendung für keinen der Alkohole Intoxikationen durch Inhalation beschrieben sind, ist bei Anwendung auf irritierter bzw. besonders empfindlicher Haut bzw. in Bereichen mit inhalativem Expositionsrisiko und bei besonders empfindlichen Patienten (z. B. Neugeborene und Patienten mit Atemwegkrankungen) daher zu erwägen, bevorzugt ethanolbasierte Präparate zu verwenden.⁹ Ethanol wirkt ab etwa 10 % mikrobiostatisch, d. h. wachstumshemmend auf Mikroorganismen, über 30 % mikrobiozid, d. h. abtötend auf Mikroorganismen. In Händedesinfektionsmitteln wird er in einer Konzentration von 50–96 % als Einzelsubstanz eingesetzt. In Kombinationspräparaten können geringere Konzentrationen verwendet werden. Die optimale Konzentration gegen Bakterien liegt zwischen 70–80 %. Behüllte Viren werden zwar konzentrationsabhängig von allen Alkoholen erfasst, Ethanol ist jedoch insbesondere gegenüber unbehüllten Viren wirksamer als die Propanole. Zur Inaktivierung unbehüllter Viren sind in der Regel eine hohe Ethanolkonzentration (>80 %) oder die Kombination mit synergistischen Kombinationspartnern erforderlich.^{10–14} Absoluter Ethanol (nahezu 100 %) ist dagegen weder gegen Bakterien noch gegen Viren wirksam, da zur Vermittlung seiner Wirksamkeit eine bestimmte Wassermenge erforderlich ist. Auf der Haut wirken hochprozentige Ethanolösungen jedoch besser als zu erwarten, da die Hände immer eine gewisse Feuchtigkeit aufweisen.

n-Propanol (1-Propanol, n-Propylalkohol, Propan-1-ol, C_3H_7OH) entsteht auf natürlichem Weg als Nebenprodukt der alkoholischen Gärung und ist Teil der sogenannten Fuselöle. Er ist bei gleicher Konzentration der

im Vergleich zu Ethanol und Isopropanol am stärksten antibakteriell wirksame Alkohol.¹⁵ Die mikrobiozide Wirkung beginnt bei einer Konzentration von 13 %. Der optimale Wirkungsbereich gegen Bakterien liegt zwischen 50 und 60 %. Von allen Alkoholen besitzt n-Propanol die beste Wirksamkeit gegenüber (murinen) Noroviren – bereits 50 %ige Lösungen erzielen die geforderte Reduktion von 4 lg.¹⁶ n-Propanol wird in einer Konzentration von 60 % (v/v) als Referenzsubstanz bei der Wirksamkeitsprüfung alkoholischer Mittel zur chirurgischen Händedesinfektion eingesetzt, d. h. für den Nachweis der Wirksamkeit muss in der deklarierten Einwirkungszeit die gleiche oder eine signifikant höhere Wirksamkeit erreicht werden.

Isopropanol (2-Propanol, Isopropylalkohol, Propan-2-ol) besitzt die gleiche Summenformel wie n-Propanol, die Kohlenstoffatome sind jedoch nicht in einer Kette, sondern kreuzförmig um ein zentrales Kohlenstoffatom angeordnet. Hierdurch ergeben sich im Vergleich zum n-Propanol abweichende Eigenschaften. Die mikrobiozide Wirkung beginnt bei einer Konzentration über 30 %, der optimale Wirkungsbereich liegt zwischen 60 und 85 % für Bakterien. Gegen murine Noroviren wirkt Isopropanol erst in hohen Konzentrationen ab 80 %, 90 %ige Lösungen zeigen allerdings keine ausreichende Wirksamkeit.¹⁶ Isopropanol wird in einer Konzentration von 60 % (v/v) als Referenzsubstanz für die Wirksamkeitsprüfung von Mitteln zur hygienischen Händedesinfektion eingesetzt. Die Exposition aus der Nahrung ist zu vernachlässigen, Isopropanol ist jedoch in vielen Haushaltschemikalien enthalten. Eine wesentliche Expositionsquelle dürften Enteiser-Sprays und Waschzusätze sein, die hohe Mengen an Isopropanol enthalten.

Andere Alkohole: Neben den oben stehenden Alkoholen werden zur Wirkungsverstärkung eine Reihe weiterer Alkohole als Kombinationspartner in Händedesinfektionsmitteln eingesetzt. Hierzu gehören z. B. Butan-1-ol und Propan-1-2-diol. Das ebenfalls häufig beigemischte Glycerol ist dagegen nicht mikrobiozid wirksam, sondern dient der Feuchtigkeitsbindung im Stratum corneum sowie der Stabilisierung der Barrierefunktion der Haut. In jedem Fall ist die Konzentration dieser Stoffe im Vergleich zu Ethanol und den Propanolen gering.

Weitere Kombinationspartner: Mitunter werden alkoholbasierten Formulierungen antiseptische Wirkstoffe mit der Zielsetzung einer nachhaltigen Wirkung (Remanenz) zugesetzt, z. B. Chlorhexidin, Octenidin, Polihexanid, quaternäre Ammoniumverbindungen, 2-Phenylphenol oder Triclosan. Bisher konnte aber weder für die hygienische noch für die chirurgische Händedesinfektion eine verbesserte Wirksamkeit nachgewiesen werden. Durch die häufige Anwendung kann andererseits jedoch wirkstoffabhängig das Risiko von Unverträglichkeiten steigen bzw. sogar eine Resistenzentwicklung induziert werden.^{17–21} Daher sind Händedesinfektionsmittel mit Zusatz antimikrobiell remanent wirksamer Wirkstoffe nicht zu empfehlen.

Im Unterschied dazu hat sich gezeigt, dass Zusätze verschiedener Säuren die Wirksamkeit alkoholischer Lösungen insbesondere gegen Viren deutlich steigern können. Am bekanntesten ist die Kombination mit Phosphorsäure, die die viroide Wirksamkeit deutlich verbessert.¹³ Auch organische Säuren wie z. B. Zitronensäure erhöhen die Wirksamkeit gegen unbehüllte Viren.^{22,23}

Diskussion

Ethanol, n-Propanol und Isopropanol sind seit Jahrzehnten bewährte Wirkstoffe alkoholbasierter Händedesinfektionsmittel. Ihre schnelle und breite antimikrobielle Wirksamkeit, gute Verträglichkeit und rasche Abtrocknung machen sie unverzichtbar. Eine wirksame Händedesinfektion ohne alkoholische Einreibepreparate ist heute nicht mehr vorstellbar. Das wird umso deutlicher, wenn man bedenkt, dass alkoholische Einreibepreparate eines der Kernelemente der WHO zur Vermeidung nosokomialer Infektionen darstellen.

In der Praxis werden als Wirkstoffe dabei meist Kombinationen der beschriebenen Alkohole, ggf. mit Zumischungen weiterer Stoffe, eingesetzt. Dies hat sowohl betriebswirtschaftliche als auch fachliche Gründe. Tatsächlich ist es möglich, durch Mischung der drei Hauptwirkstoffe und durch Zugabe weiterer Wirk- und Hilfsstoffe die Eigenschaften der Präparate zu optimieren (z. B. Verträglichkeit, Wirksamkeit). Eine Reihe von Untersuchungen hat jedoch gezeigt, dass allein aus der Zusammensetzung der Produkte keine sichere Aussage über die Wirksamkeit abgeleitet werden kann. Daher ist für jedes Präparat der Nachweis der Wirksamkeit durch die Erfüllung der Anforderungen der jeweiligen Prüfmethode zu führen.^{24–27} Dazu muss mindestens die bakterizide und levurozide (d. h. Hefepilze abtötende) Wirksamkeit im Suspensionsversuch und im praxisnahen Test belegt sein.^{24–26} Da andere Mikroorganismengruppen wie Viren, Mykobakterien oder Pilze nicht in jedem Fall auf der Haut von Probanden getestet werden können, kann für diese weiteren Wirkungsbereiche der Wirksamkeitsnachweis vorläufig nur zusätzlich zu den vorgenannten Prüfungen im Suspensionsversuch erbracht werden.^{27,24} Gegen bakterielle Sporen, Helminthen, Kryptosporidien, Oozysten und Protozoen sind alle Alkohole und daher auch alkoholische Desinfektionsmittel unwirksam.

Im Unterschied zum Einsatz gegen bakterielle Infektionserreger, der durch den Wirkbereich „bakteriozid“ klar definiert ist, ergeben sich immer wieder Diskussionen zur Anwendung gegen Viren. Behüllte Viren (z. B. Influenza- oder Hepatitis-B-Viren) werden von vielen langjährig bekannten Produkten inaktiviert, wie aus deren Deklaration „begrenzt viruzid“ ersichtlich ist. Unbehüllte Viren, z. B. Noro- oder Adenoviren, besitzen aufgrund ihrer Struktur eine wesentlich höhere Stabilität. Dadurch stehen weniger Produkte zur Verfügung, die einerseits geeignet sind, diese Viren zu inaktivieren, und andererseits die notwendige Compliance der Anwender zu gewährleisten. Längere Einwirkzeiten, höhere Ethanolkonzentrationen bzw. weitere Inhaltsstoffe sind hierfür erforderlich. In Deutschland sind durch die Veröffentlichungen des Arbeitskreises Viruzidie beim Robert Koch-Institut und die DVV (Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten e. V.)^{28,29} sowie den VAH (Verbund für angewandte Hygiene) alkoholische Händedesinfektionsmittel zur Inaktivierung von Viren zu Recht fest etabliert. In vergleichenden Untersuchungen von Seife gegen etablierte viroide wirksame Händedesinfektionsmittel konnte gezeigt werden, dass diese z. B. bei Noroviren der Seife überlegen sind.^{30,31}

In Deutschland werden im medizinischen Bereich in der Regel nur Händedesinfektionsmittel angewendet, die als Arzneimittel zugelassen sind. Das bietet den Vorteil, dass nicht nur die Wirksamkeit, sondern auch die Verträglichkeit des Produkts für den Anwender belegt sein muss. Zunehmend kommen im Lebensmittelbereich auch Händedesinfektionsmittel zum Einsatz, die als sog. „Biozidprodukt“ registriert sind. Eine Zulassung für Biozidprodukte, die auch die Unschädlichkeit für den Anwender voraussetzt, kann erst nach Abschluss der Wirkstoffprüfung gemäß Biozid-Richtlinie³² bzw. Biozid-Verordnung³³ erfolgen.

Die zunehmend komplexeren Regularien der Zulassung fordern eine höhere Eigenverantwortung der Einrichtungen bei der Entscheidung für ein geeignetes Portfolio an Händedesinfektionsmitteln. Hierfür ist ein Grundverständnis zu Inhaltsstoffen und Formulierung von Händedesinfektionsmitteln unerlässlich.

Literatur

1. Kampf G, Kramer A: Händehygiene: In: Kramer A et al. (Hrsg), Krankenhaus- und Praxishygiene. München: Elsevier; 2016, 11–15
2. Robert Koch-Institut: Die hygienische Händedesinfektion – ein Beitrag zum Internationalen Tag der Händehygiene am 5.5. Epid. Bull. 2013; 17:139–143
3. Robert Koch-Institut: Wirkungsbereiche der Händedesinfektionsmittel – ein Beitrag zum Internationalen Tag der Händehygiene. Epid. Bull. 2014; 17:157–160
4. Robert Koch-Institut: Aspekte der Hautverträglichkeit, des Hautschutzes und der Hautpflege. Epid. Bull. 2015; 18: 149–152
5. Kramer A, Below H, Bieber N, Kampf G, Toma CD, Hübner NO, Assadian O: Quantity of ethanol absorption after excessive hand disinfection using three commercially available hand rubs is minimal and below toxic levels for humans. BMC Infect Dis. 2007;7:117
6. Below H, Partecke I, Huebner NO, Bieber N, Nicolai T, Usche A, Assadian O, Below E, Kampf G, Parzefall W, Heidecke CD, Zuba D, Besson-

- neau V, Kohlmann T, Kramer A: Dermal and pulmonary absorption of propan-1-ol and propan-2-ol from hand rubs. *Am J Infect Control*. 2012; 40(3):250–7
7. Gessner S, Below E, Diedrich S, Wegner C, Gessner W, Kohlmann T, Heidecke CD, Bockholdt B, Kramer A, Assadian O, Below H: Ethanol and ethyl glucuronide urine concentrations after ethanol-based hand antiseptics with and without permitted alcohol consumption. *Am J Infect Control* 2016 ; pii: S0196-6553(16)00197–8
 8. Kramer A, Mersch-Sundermann V, Gerdes H, Pitten FA, Tronnier H: Toxikologische Bewertung für die Händedesinfektion relevanter antimikrobieller Wirkstoffe. In: *Hände-Hygiene im Gesundheitswesen*. Springer Verlag, Berlin, 2003 105–174
 9. Kramer A, Reichwagen S, Below H et al.: Alkohole. In: *Wallhäußers Praxis der Sterilisation, Desinfektion, Antiseptik und Konservierung*. Georg Thieme Verlag KG 2008; Herausgeber Kramer A, Assadian O, 643–669
 10. Klein M, Deforest A: Antiviral action of germicides. *Soap Chem Spec* 1963; 39(70-72):95–97
 11. Schürmann W, Eggers HJ: Antiviral activity of an alcoholic hand disinfectant. Comparison of the in vitro suspension test with in vivo experiments on hands, and on individual fingertips. *Antiviral Res* 1983;3(1):25–41
 12. Steinmann J, Nehr Korn R, Meyer A, Becker K: Two in-vivo protocols for testing virucidal efficacy of handwashing and hand disinfection. *Zentralbl Hyg Umweltmed*1995; 196(5):425–436
 13. Kramer A, Galabov A, Sattar S, et al.: Virucidal activity of a new hand disinfectant with reduced ethanol content: comparison with other alcohol-based formulations. *J Hosp Infect* 2006; 62(1):98–106
 14. Steinmann J, Nehr Korn R, Losche E, Sasse E, Bogumil-Puchert B: Viruswirksamkeit der hygienischen Händedesinfektion. 1990; *Hyg Med* 15:7–14
 15. Rotter ML: Hand washing and hand disinfection. In: *Hospital epidemiology and infection control*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1999; S 1339–1355
 16. Paulmann D, Steinmann J, Becker B, Bischoff B, Steinmann E, Steinmann J: Virucidal activity of different alcohols against murine norovirus, a surrogate of human norovirus. *J Hosp Infect*. 2011 Dec;79(4):378–379
 17. Fritz SA, Hogan PG, Camins BC, et al.: Mupirocin and chlorhexidine resistance in staphylococcus aureus in patients with community-onset skin and soft tissue infections. *Antimicrob Agents Chemother* 2013; 57(1):559–568
 18. Kramer A, Assadian O, Wilhelm M: Konsequenzen der Nutzen-Risiko-Bewertung von Desinfektionswirkstoffen. In: *Krankenhaus- und Praxishygiene. Hygienemanagement und Infektionsprävention in medizinischen und sozialen Einrichtungen*. 2012; Urban & Fischer Verlag, S 56–59
 19. Cherednichenko G, Zhang R, Bannister RA, et al.: Triclosan impairs excitation-contraction coupling and Ca²⁺ dynamics in striated muscle. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2012; 109(35):14158–14163
 20. Wahlberg JE: Routine patch testing with Irgasan DP 300®. *Contact Dermatitis* 1976; 2(5):292
 21. Kramer A, Below H, Assadian O: Health risks of surface disinfection in households with special consideration on quaternary ammonium compounds (QACS). In: *Bioaerosols-6th International Scientific Conference on Bioaerosols, Fungi, Bacteria, Mycotoxins in Indoor and Outdoor Environments and Human Health*. Albany, USA: Fungal Research Group Foundation. 2012
 22. Ionidis G, Hübscher J, Jack T, Becker B, Bischoff B, Todt D, Hodasa V, Brill FH, Steinmann E, Steinmann J: Development and virucidal activity of a novel alcohol-based hand disinfectant supplemented with urea and citric acid. *BMC Infect Dis*. 2016; Feb 11;16(1):77. doi: 10.1186/s12879-016-1410-9
 23. Pengbo L, Macinga DR, Fernandez ML, Zapka C, Husiao H-M, Berger B, Arbogast JW, Moe CL: Comparison of the activity of alcohol-based hand rubs against human norovirus using the fingerpad method and quantitative real-time PCR. *Food Environ Virol* 2011; 3: 35–42
 24. VAH-Desinfektionsmittelkommission: Anforderungen und Methoden zur VAH-Zertifizierung chemischer Desinfektionsverfahren Methodenbuch. Stand 2. April 2015, mhp-Verlag Wiesbaden
 25. DIN EN 13727 Chemische Desinfektionsmittel und Antiseptika – Quantitativer Suspensionsversuch zur Bestimmung der bakteriziden Wirkung im humanmedizinischen Bereich – Prüfverfahren und Anforderungen (Phase 2, Stufe 1); Deutsche Fassung EN 13727:2012+A2:2015 Ausgabe 2015-12
 26. DIN EN 1500 Chemische Desinfektionsmittel und Antiseptika – Hygienische Händedesinfektion – Prüfverfahren und Anforderungen (Phase 2/Stufe 2); Deutsche Fassung EN 1500:2013 Ausgabe 2013-07. DIN EN 1500
 27. Rabenau HF, Schwebke I, Blümel J, Eggers M, Glebe D, Rapp I, Sauerbrei A, Steinmann E, Steinmann J, Willkommen H, Wutzler P: Leitlinie der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) e.V. und des Robert Koch-Instituts (RKI) zur Prüfung von chemischen Desinfektionsmitteln auf Wirksamkeit gegen Viren in der Humanmedizin. Fassung vom 1. Dezember 2014. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2015; 58:493–504
 28. AK Viruzidie beim RKI: Prüfung und Deklaration der Wirksamkeit von Desinfektionsmitteln gegen Viren. *Bundesgesundheitsbl* 2004; 47:62–66
 29. Robert Koch-Institut: Mitteilung des Robert Koch-Institutes und des Fachausschusses Virusdesinfektion der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten e. V. (DVV). *Desinfektion bei Noroviren – Erläuterungen zur Prüfung und Deklaration der Wirksamkeit von Desinfektionsmitteln*. *Epid. Bull.* 2014; 32: 289–290
 30. Steinmann J, Paulmann D, Becker B, Bischoff B, Steinmann E, Steinmann J: Comparison of virucidal activity of alcohol-based hand sanitizers versus antimicrobial hand soaps in vitro and in vivo. *J Hosp Infect*. 2012; 82: 277–280
 31. Steinmann J, Becker B, Bischoff B, Steinmann E: Alcohol hand rub or soap and water for removal of norovirus from hands - the debate continues. *J Hosp Infect*. 2015 Dec;91(4):371–372
 32. Richtlinie 98/8/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Februar 1998 über das Inverkehrbringen von Biozid-Produkten. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:1998:123:0001:0063:DE:PDF>. Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften L 123/1 24.4.98
 33. Verordnung über Biozidprodukte (BPR, Verordnung (EU) Nr. 528/2012). <http://echa.europa.eu/de/regulations/biocidal-products-regulation>

Für diesen Artikel danken wir PD Dr. Nils-Olaf Hübner, Dr. Ingeborg Schwebke sowie Prof. Dr. Axel Kramer. PD Dr. Nils Hübner steht als **Ansprechpartner** zur Verfügung (E-Mail: nhuebner@uni-greifswald.de).

„See your hands“ – Aktionstag der Händehygiene am 5.5.2016

DOI 10.17886/EPIBULL-2016-030

Seit 2009 veranstaltet die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Rahmen der Kampagne „Clean care is safer care“ alljährlich am 5. den „Internationalen Tag der Händehygiene“. Im Mittelpunkt dieses Tages steht die Sensibilisierung des Personals für den hohen Stellenwert der Händehygiene zum Schutz der Patienten vor nosokomialen Infektionen. Dies soll durch das regelmäßige Aufgreifen bedeutender Inhalte der Händehygiene an diesem Tag gefördert werden. Dieser Beitrag soll Mitarbeiter medizinischer Einrichtungen, aber auch Patienten über wichtige Aktivitäten und Initiativen des Robert Koch-Instituts (RKI), der Kom-

mission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) sowie der „Aktion Saubere Hände“ (ASH) informieren.

Am Sonntag, dem 03.07.2016, lädt das RKI zum „Tag der offenen Tür“ für Kinder und Jugendliche ein. Dabei wird aus dem Themenbereich der Händehygiene das „Händewaschen“ aufgegriffen, dessen Wirkung anhand der „Bakterienrutsche“ erklärt wird und dessen Technik geübt werden kann. Nähere Informationen und das Tagesprogramm sind über den folgenden Link abrufbar: www.rki.de/kindertag.

Ein wichtiges Anliegen der KRINKO, deren Geschäftsführung am RKI angesiedelt ist, stellt in diesem Jahr die Verabschiedung einer aktualisierten Empfehlung „Händehygiene in medizinischen Einrichtungen“ dar. Als herausfordernd hat sich dabei erwiesen, eine Empfehlung zu erstellen, die den verschiedenen Berufsgruppen in der ambulanten und klinischen Versorgung gerecht wird. Auch trägt die inhaltliche Verzahnung der Händehygiene mit weiteren relevanten Bereichen, wie z. B. mit dem Arzneimittelrecht (beispielsweise Händedesinfektionsmittel mit medizinischer Zweckbestimmung) oder dem Medizinprodukterecht (z. B. sterile Einmalhandschuhe), zur Komplexität der Empfehlung bei. Das Ziel der Empfehlung ist, durch Formulieren von klar verständlichen und detaillierten Handlungsanweisungen die Umsetzung der Händehygiene durch das Personal und die Patienten zu fördern.

Die WHO widmet sich in diesem Jahr erneut einem bedeutenden Aspekt der Infektionsprävention. Unter dem Motto „*See your Hands – hand hygiene supports safe surgical care*“ liegt der Schwerpunkt der Patientensicherheit auf der Händehygiene im Rahmen der chirurgischen Versorgung von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten.

Die ASH unterstützt dieses Thema und greift den Verbandswechsel als zentrales Thema der Wundversorgung auf. Auf der Internetseite der ASH wird zum weltweiten Händehygiene-Tag ein kurzer Film zum Thema „Händedesinfektion beim Verbandwechsel“ (www.aktion-sauberehaende.de/ash/aktionstag-2016/) bereitgestellt. Unter demselben Link können zudem ein Poster und eine Präsentation heruntergeladen werden.

Seit Einführung der Kampagne ASH im Jahr 2009 haben sich bereits 2.081 Einrichtungen entschlossen, das Händedesinfektionsverhalten, welches in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen einen hohen Stellenwert hat, durch Umsetzung der Kampagne zu verbessern. Händehygiene soll nicht als Option, sondern als eine evidenzbasierte erforderliche Maßnahme angesehen werden. Eine Händedesinfektion zu den richtigen Momenten ist ein Zeichen von individueller Kompetenz, aber auch von Respekt gegenüber dem Patienten. Ein Ziel der Kampagne ist die Stärkung dieser Kompetenz.

Ein wichtiges Messinstrument zur Einschätzung der erfolgreichen Implementierung von Hygienemaßnahmen auf einer Station ist die Erfassung der Compliance (auch Leitlinienkonformität) bei der Händehygiene. Dabei werden die Gelegenheiten zur Händedesinfektion und ihre Umsetzung durch geschultes Personal bewertet. Mit Hilfe einer „web app“ kann die Überprüfung der Händedesinfektion seit November 2014 durch die direkte Beobachtung nach dem

„WHO-Modell der 5 Indikationen“ erfasst werden. Nähere Informationen zur „web app“ sind unter folgendem Link aufrufbar: www.aktion-sauberehaende.de/ash/messmethoden/beobachtung-der-compliance/.

Im Jahr 2015 haben insgesamt 213 Krankenhäuser auf 1.118 Stationen Compliance-Beobachtungen durchgeführt und über 200.000 Händedesinfektionsgelegenheiten dokumentiert. Die durchschnittliche Compliance auf allen Stationen lag bei 72 %. Betrachtet man die Compliance nach Indikation auf allen Stationen, so wird deutlich, dass die Indikation mit dem höchsten Infektionsrisiko „vor aseptischen Tätigkeiten“ eine geringe Compliance hat (68 %). Die höchste Compliance wird bei der Indikation „nach Kontakt mit potenziell infektiösem Material“ (83 %) erreicht. Im Vergleich zu den Compliance-Referenzdaten von 2014 weisen in 2015 alle Stationen zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit 88 % sowie alle Stationen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit 84 % erneut die besten Zahlen für die Compliance auf. In Bezug auf die Berufsgruppen erbringen die in der Pflege Tätigen weiterhin eine bessere Compliance (77 %) im Vergleich zu den Ärzten (66 %). Die ermittelten Werte der Compliance-Beobachtungen müssen immer vor dem Hintergrund des *Hawthorne*-Effekts beurteilt werden. Dieser Effekt berücksichtigt, dass die Beobachteten ihr natürliches Verhalten bewusst ändern und somit die Validität der Daten beeinträchtigt wird.

Eine konsequente Anwendung der Händehygienemaßnahmen für alle Patienten zu allen Zeiten ist ein wesentlicher Beitrag zur Patientensicherheit und stellt einen bedeutenden Qualitätsaspekt im Gesundheitswesen dar. Der 5. ist erneut Anlass, das Bewusstsein auf die Händedesinfektion als eine grundlegende Maßnahme zur Prävention nosokomialer Infektionen zu lenken. Ziel ist es nach wie vor, gemeinsam und nachhaltig Händedesinfektionsverhalten positiv zu beeinflussen.

Dieser Bericht wurde erstellt von Dr. Christin Perlitz (Fachgebiet Angewandte Infektions- und Krankenhaushygiene, Robert Koch-Institut), M. Sc. Janine Walter, Dr. Christiane Reichardt und Prof. Dr. Petra Gastmeier (Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Universitätsmedizin Berlin – Charité). **Ansprechpartnerin** für die Händehygiene ist Dr. Christin Perlitz (E-Mail: perlitzc@rki.de), für alle Fragen die Aktion Saubere Hände betreffend ist Dr. Christiane Reichardt **Ansprechpartnerin** (E-Mail: aktion-sauberehaende@charite.de).

Weitere Informationen:

- ▶ Robert Koch-Institut: www.rki.de/haendehygiene
- ▶ Aktion Saubere Hände: www.aktion-sauberehaende.de
- ▶ Weltgesundheitsorganisation – *Clean Care is Safer Care*: <http://www.who.int/gpsc/en/>

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

14. Woche 2016 (Datenstand: 27. April 2016)

Land	Darmkrankheiten											
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Salmonellose			Shigellose		
	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015
	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.
Baden-Württemberg	82	1.158	1.329	2	24	16	23	268	197	0	11	8
Bayern	113	1.635	1.643	3	35	54	21	306	283	1	20	22
Berlin	46	643	751	1	19	15	9	101	89	2	22	11
Brandenburg	31	374	497	0	13	12	9	94	123	0	0	4
Bremen	4	67	112	0	1	1	0	9	11	0	2	0
Hamburg	21	323	391	0	4	3	4	68	45	1	2	8
Hessen	42	916	957	2	15	6	11	180	153	1	17	6
Mecklenburg-Vorpommern	27	276	290	0	11	14	8	75	88	0	1	0
Niedersachsen	73	1.184	1.041	4	51	48	21	203	242	0	7	3
Nordrhein-Westfalen	277	4.378	3.899	3	69	64	45	582	588	0	12	11
Rheinland-Pfalz	54	782	788	1	30	23	9	168	124	1	10	4
Saarland	16	237	258	0	1	2	0	20	32	0	2	0
Sachsen	76	1.081	1.095	1	16	35	12	154	235	0	2	10
Sachsen-Anhalt	26	395	295	2	20	15	12	125	125	0	3	1
Schleswig-Holstein	33	425	481	0	13	4	8	67	61	0	0	3
Thüringen	31	432	401	0	6	10	25	128	111	0	0	0
Deutschland	952	14.309	14.235	19	328	322	217	2.549	2.507	6	111	91

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis		Kryptosporidiose			
	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016	2015	2016		2015	
	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.
Baden-Württemberg	1	25	28	100	1.467	3.479	34	322	621	14	108	98	0	10	8
Bayern	7	83	77	192	2.795	5.189	116	905	741	5	162	173	2	22	30
Berlin	1	32	15	79	1.291	1.386	38	635	564	5	87	86	2	25	28
Brandenburg	1	26	17	88	1.505	1.930	98	908	577	4	33	42	2	13	8
Bremen	0	3	1	5	151	259	7	58	33	0	10	5	0	0	0
Hamburg	0	9	16	47	478	961	15	322	309	2	24	29	2	22	9
Hessen	6	59	40	80	1.070	2.804	21	463	571	2	59	49	1	25	18
Mecklenburg-Vorpommern	0	13	16	65	1.050	1.930	58	843	412	4	23	25	2	39	13
Niedersachsen	4	82	47	187	2.199	3.523	46	485	869	3	31	27	3	25	16
Nordrhein-Westfalen	9	158	113	307	4.653	11.231	117	1.119	1.634	7	147	115	4	55	36
Rheinland-Pfalz	0	50	24	72	1.230	3.137	22	269	330	2	24	32	1	10	6
Saarland	0	4	6	14	342	1.061	4	68	61	0	10	6	0	8	0
Sachsen	6	97	70	190	2.931	4.165	171	1.293	1.755	5	64	78	1	37	26
Sachsen-Anhalt	4	41	48	69	1.445	2.424	45	588	786	2	32	10	5	26	12
Schleswig-Holstein	2	16	16	44	649	1.184	74	284	206	2	14	11	0	17	6
Thüringen	5	62	51	81	1.643	2.222	74	536	836	4	26	35	0	6	8
Deutschland	46	760	585	1.621	24.903	46.892	940	9.098	10.307	61	854	821	25	340	224

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die die Referenzdefinition erfüllen, in der ausgewiesenen Meldewoche im Gesundheitsamt eingegangen und dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden (s. <http://www.rki.de> > Infektionsschutz > Infektionsschutzgesetz > Falldefinitionen sowie im *Epidemiologischen Bulletin* 6/2015), **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

14. Woche 2016 (Datenstand: 27. April 2016)

Land	Virushepatitis und weitere Krankheiten														
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺			Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Tuberkulose		
	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015
	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.
Baden-Württemberg	0	32	11	5	73	24	9	144	244	0	16	23	5	208	154
Bayern	0	43	38	26	255	63	12	238	274	0	15	18	21	330	227
Berlin	1	26	6	0	25	23	5	87	122	1	13	7	6	118	91
Brandenburg	0	7	6	4	14	6	2	12	24	0	5	6	1	62	36
Bremen	0	1	1	0	2	0	0	1	1	0	2	0	1	17	16
Hamburg	1	12	7	3	63	14	0	27	26	0	2	1	4	60	53
Hessen	0	21	17	10	92	39	5	97	138	1	10	2	12	159	145
Mecklenburg-Vorpommern	2	6	1	1	9	2	0	11	11	0	3	2	1	13	10
Niedersachsen	0	30	17	4	42	13	4	92	61	0	10	13	13	109	108
Nordrhein-Westfalen	6	57	38	10	96	63	21	194	156	3	20	17	26	372	324
Rheinland-Pfalz	1	11	12	0	13	11	5	70	61	1	11	14	6	85	69
Saarland	0	4	1	0	2	1	0	10	7	0	0	0	1	7	9
Sachsen	0	5	4	3	87	9	7	59	53	1	5	1	2	52	51
Sachsen-Anhalt	0	8	17	1	13	7	2	28	18	0	3	2	3	38	44
Schleswig-Holstein	0	14	7	2	13	8	6	52	80	1	3	2	0	34	20
Thüringen	1	5	5	0	2	8	0	16	22	0	2	5	3	25	14
Deutschland	12	282	188	69	801	291	79	1.139	1.298	8	120	113	105	1.692	1.372

Land	Impfpräventable Krankheiten														
	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015	2016		2015
	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.
Baden-Württemberg	0	1	51	2	28	14	0	1	0	8	132	228	123	1.432	828
Bayern	1	5	85	5	28	33	0	0	5	2	105	693	185	2.086	1.320
Berlin	1	7	877	0	12	10	0	2	0	10	272	230	56	846	463
Brandenburg	1	1	76	0	1	5	0	0	0	5	80	204	37	302	187
Bremen	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	7	10	7	151	73
Hamburg	1	1	43	0	7	25	0	0	0	0	12	52	16	182	138
Hessen	0	1	16	1	17	10	0	0	0	3	72	164	36	486	377
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	11	0	2	4	0	0	0	0	26	66	2	61	91
Niedersachsen	0	1	26	1	8	8	0	0	1	7	131	196	36	453	532
Nordrhein-Westfalen	1	8	40	1	34	80	0	1	1	4	121	482	158	1.713	1.356
Rheinland-Pfalz	0	6	2	1	10	12	0	0	1	3	112	106	28	321	200
Saarland	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	5	21	2	47	44
Sachsen	0	0	167	0	2	4	0	0	0	2	30	89	47	718	588
Sachsen-Anhalt	0	0	16	2	7	6	0	0	0	0	24	60	14	145	120
Schleswig-Holstein	0	1	23	1	10	14	0	1	0	1	26	46	8	209	133
Thüringen	0	0	88	0	3	3	0	0	1	4	78	181	5	80	201
Deutschland	5	32	1.521	14	170	235	0	5	9	49	1.233	2.828	760	9.232	6.651

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

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

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

14. Woche 2016 (Datenstand: 27. April 2016)

Krankheit	2016	2016	2015	2015
	14. Woche	1.–14. Woche	1.–14. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	6	139	176	567
Brucellose	0	6	6	44
Chikungunya-Fieber	2	15	59	110
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	6	25	70
Dengue-Fieber	34	284	183	722
FSME	0	7	10	220
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	12	10	69
Hantavirus-Erkrankung	0	37	154	823
Hepatitis D	0	0	6	19
Hepatitis E	18	347	252	1.267
Influenza	3.402	51.087	73.434	77.769
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	19	207	201	549
Legionellose	11	176	193	880
Leptospirose	0	14	18	86
Listeriose	7	162	231	662
Ornithose	0	3	2	10
Paratyphus	0	4	8	36
Q-Fieber	6	56	38	321
Trichinellose	0	2	8	8
Tularämie	0	9	6	34
Typhus abdominalis	0	7	16	68

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 16. Kalenderwoche (KW) 2016

Mit diesem Influenza-Wochenbericht endet die wöchentliche Berichterstattung in der Saison 2015/16. Die eingehenden Daten werden weiterhin wöchentlich analysiert und auf der AGI-Webseite unter <https://influenza.rki.de> veröffentlicht. Die Berichterstattung erfolgt in der Sommersaison monatlich.

Die Aktivität der ARE ist bundesweit in der 16. KW 2016 im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Die Werte des Praxisindex lagen insgesamt im Bereich der ARE Hintergrund-Aktivität.

Internationale Situation**Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance**

Von den Ländern, die für die 15. KW 2016 Daten an TESSy sandten, berichteten 2 Länder über eine mittlere und 37 über eine niedrige Influenza-Aktivität.

Charakterisierung der Influenzaviren in Europa (ECDC)

Der aktuelle Bericht des ECDC zur Charakterisierung der Influenzaviren ist abrufbar unter: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/influenza-virus-characterisation-march-2016.pdf>.

Quelle: Wochenbericht der AG Influenza des RKI für die 16. KW 2016
<https://influenza.rki.de/>

Impressum**Herausgeber**

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Tel.: 030. 18 754-0
E-Mail: EpiBull@rki.de

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

Redaktion

► Dr. med. Jamela Seedat (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030. 18 754-23 24
E-Mail: Seedatj@rki.de

► Dr. med. Markus Kirchner (Vertretung)
E-Mail: KirchnerM@rki.de

► Redaktionsassistenten: Francesca Smolinski, Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030. 18 754-24 55, Fax: -24 59
E-Mail: SmolinskiF@rki.de

Vertrieb und Abonentenservice

E.M.D. GmbH
European Magazine Distribution
Birkenstraße 67, 10559 Berlin
Tel.: 030. 330 998 23, Fax: 030. 330 998 25
E-Mail: EpiBull@emd-germany.de

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 Kostenbeitrag von € 55,- ab Beginn des Kalenderjahres bezogen werden; bei Bestellung nach Jahresbeginn errechnet sich der Beitrag mit € 5,- je Bezugsmonat. Ohne Kündigung bis Ende November verlängert sich das Abonnement um ein Jahr.

Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

Nachdruck

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

ISSN 1430-0265 (Druck)
PVKZ A-14273