



# Epidemiologisches Bulletin

22. August 2008 / Nr. 34

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## „Aktion Saubere Hände“: Keine Chance den Krankenhausinfektionen!

In Deutschland werden jährlich ca. 17 Millionen Menschen an 142 Millionen Pfl egetagen in etwa 2.100 Krankenhäusern behandelt. Hinzu kommen medizinische Maßnahmen im Rahmen der ambulanten medizinischen Versorgung und in anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Wie in anderen Industrienationen gehören Infektionen, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer medizinischen Maßnahme stehen, zu den häufigsten Infektionen und den häufigsten Komplikationen medizinischer Behandlungen insgesamt. Prävalenzstudien und aktuelle Schätzungen weisen darauf hin, dass in deutschen Krankenhäusern jährlich mit ca. 400.000 bis 600.000 nosokomialen Infektionen zu rechnen ist. Im Durchschnitt muss man bei Auftreten einer nosokomialen Infektion von einer Verlängerung der Verweildauer von ca. 4 Tagen ausgehen, dementsprechend resultieren aus Krankenhausinfektionen ca. 2 Millionen zusätzliche Krankenhausverweiltage. Bildlich gesprochen könnte man sagen, dass ca. 6 Krankenhäuser mit jeweils 1.000 Betten in Deutschland nur daran arbeiten, Patienten mit Krankenhausinfektionen zu behandeln. Ein Teil dieser Infektionen ist durch geeignete Präventionsmaßnahmen vermeidbar.

Aktivitäten auf dem Feld der Infektionsprävention werden zunehmend auch von internationalen Gesundheitsorganisationen thematisiert. Eine dieser internationalen Aktivitäten ist das „*Global Patient Safety Challenge Program*“ der WHO *World Alliance for Patient Safety*.

In Würdigung dieser Aktivitäten hat das Bundesministerium für Gesundheit die Mitarbeit an diesem Programm erklärt und insbesondere eine der wichtigsten Maßnahmen der Infektionsprävention, die Händehygiene, für ein nationales Aktionsprogramm ausgewählt. Das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für die Surveillance nosokomialer Infektionen, die Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen e.V. und das Aktionsbündnis Patientensicherheit haben unter der Schirmherrschaft des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) die „**Aktion Saubere Hände**“ ins Leben gerufen mit dem Ziel, die Durchführung der Händedesinfektion zur Prävention nosokomialer Infektionen, nicht zuletzt durch Bewusstmachung auf allen Ebenen der Gesellschaft, deutlich zu verbessern. Die Kampagne wird vom BMG gefördert, das Robert Koch-Institut ist Partner dieser Aktion und unterstützt geschäftsführend den projektbegleitenden wissenschaftlichen Beirat. Für den **22. Oktober 2008** ist ein **Nationaler Aktionstag** zum Thema geplant. An diesem Tag wird Gelegenheit sein, die vielfältigen Aktivitäten der zahlreichen Akteure auf diesem Gebiet zu präsentieren.

Weitere Informationen sind auf den Internetseiten der „Aktion Saubere Hände“ ([www.aktion-sauberehaende.de](http://www.aktion-sauberehaende.de)) sowie des Robert Koch-Instituts ([www.rki.de](http://www.rki.de)) > Krankenhaushygiene > Händehygiene einzusehen.

Diese Woche 34/2008

### Krankenhaushygiene:

- ▶ „Aktion Saubere Hände“ – Händedesinfektion als Maßnahme zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen
- ▶ Erste Daten von HAND-KISS zur Händedesinfektion im Krankenhaus

### Veranstaltungshinweis:

Gemeinsam gegen MRSA – Erfahrungsaustausch der regionalen Netzwerke

### Meldepflichtige Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik  
31. Woche 2008  
(Datenstand: 20. August 2008)



Erstautor	Bereich	Art der Beobachtungen	Anzahl der Beobachtungen	Compliance-Rate (%)	
				Mittelwert	Variationsbreite
Eckmanns, 2001 <sup>4</sup>	8 Intensivstationen in 8 Krankenhäusern	angekündigt	1.879	55,2	25,7–83,7
Wendt, 2004 <sup>5</sup>	verschiedene Stationen eines Krankenhauses	unangekündigt	2.138	52,2	keine Angabe
Eckmanns, 2006 <sup>6</sup>	5 Intensivstationen in einem Krankenhaus	angekündigt und unangekündigt	2.808	41,2	29,6–46,8

Tab. 1: Studien zur Compliance bei der Durchführung der Händedesinfektion in Deutschland

### Händedesinfektion in Deutschland

Experten sind sich darüber einig, dass die sorgfältige **Händedesinfektion** eine der **wichtigsten Maßnahmen zur Vermeidung der Übertragung von Krankheitserregern** ist. In Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass die Verbesserung der Händedesinfektion das Auftreten von Krankenhausinfektionen deutlich reduziert.<sup>1,2</sup> Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut hat bereits vor Jahren Empfehlungen zur Durchführung der Händedesinfektion erarbeitet.<sup>3</sup>

Es ist bekannt, dass die Compliance des medizinischen Personals bei der Durchführung der hygienischen Händedesinfektion ungenügend ist. In den letzten Jahren wurden in Deutschland mindestens drei Studien durchgeführt und publiziert, in denen medizinisches Personal bei der Arbeit im Hinblick auf die Durchführung der Händedesinfektion beobachtet wurde (s. Tabelle 1). Man kann erkennen, dass die Compliance-Raten zwischen 25,7% und 83,7% stark variieren, die Ergebnisse bei den Ärzten sind in der Regel noch ungünstiger als beim Pflegepersonal.<sup>4,5,6</sup> Hinzu kommen Unklarheiten zur Notwendigkeit der Händedesinfektion vor und nach verschiedenen Aktivitäten. So wurde in einer Studie beobachtet, dass die Compliance-Raten nach Kontakt mit sterilen Materialien ähnlich hoch waren wie diejenigen nach Kontakt mit Exkreten (90% vs. 97%).<sup>5</sup>

Die Durchführung der Händedesinfektion wird durch viele Faktoren beeinflusst. Als **Ursachen für nicht durchgeführte Händedesinfektion** wird vor allem der hohe **Zeitdruck** während der Arbeit angegeben, **schlechte Erreichbarkeit von Händedesinfektionsmittelpendern**, die **Angst vor Hautschäden** sowie **Zweifel an der Wirksamkeit** der Händedesinfektion. Der Einfluss von Vorbildern – positiver und negativer – ist ebenfalls von großer Bedeutung.

### Welche Maßnahmen zur Verbesserung der Händedesinfektion sind sinnvoll?

Die Händedesinfektion ist ein typisches Beispiel für eine sogenannte Effektivitätslücke: Regeln und Notwendigkeiten der Maßnahme sind einerseits allen Beteiligten grundsätzlich bekannt, andererseits zeigt sich eine mangelnde Umsetzung in der Versorgungswirklichkeit.<sup>7</sup>

Aufgrund der vielfältigen Faktoren, die für die mangelnde Compliance bei der Händedesinfektion verantwortlich sind, müssen Interventionsmaßnahmen ebenfalls multimodal,

das heißt auf verschiedenen Ebenen, ansetzen (s. Tabelle 2).

Ein Bestandteil sind umfassende Fortbildungsaktivitäten, um Wissenslücken zu schließen und Fakten bezüglich der Wirksamkeit der Händedesinfektion bei der Prävention von Infektionen anzubieten und damit zur sachgerechten Umsetzung zu motivieren.

Außerdem ist es wichtig, ein Messsystem zur Erfassung der Compliance zu etablieren. Dabei ist die bevorzugte Messmethode die direkte Beobachtung, denn sie gestattet eine unmittelbare Einschätzung der Händedesinfektion auf der jeweiligen Station. Allerdings ist die direkte Beobachtung nicht in allen Bereichen anwendbar und mit einem hohen Aufwand verbunden. Deshalb stellt die indirekte Messung mit Hilfe der Erfassung des Verbrauchs von Händedesinfektionsmitteln einen relativ einfach und schnell zu ermittelnden Indikator dar (s. Beitrag auf S. 290).

Diese Ergebnisse müssen zeitnah auf den Stationen rückgemeldet werden. Die Rückmeldung von Erfolg ist Motivation und Kontrolle zugleich. Eine Grundvoraussetzung

### Strategien

1. Fortbildung
2. Routinemäßige Beobachtung einschließlich Feedback
3. Technische Ausrüstung (d.h. die Händehygiene durch ausreichend Händedesinfektionsmittelpender möglich, einfach und bequem machen)
4. Patienten-Fortbildung
5. Erinnerungen am Arbeitsplatz
6. Sanktionen/Belohnungen
7. Eventuell Wechsel des Händedesinfektionsmittels
8. Werbung für die Hautpflege des Personals
9. Erreichen einer aktiven Teilnahme auf dem individuellen Mitarbeiter-Niveau, aber auch auf dem Niveau der gesamten Abteilung/des gesamten Krankenhauses
10. Erreichen eines einrichtungsbezogenen Sicherheitsbewusstseins (*institutional safety climates*)
11. Verstärkung des Kompetenzgefühls, den Anforderungen auch gewachsen zu sein (*self-efficacy*), auf individueller und einrichtungswelter Ebene
12. Vermeiden von Überbelegung und Personalmangel/übermäßiger Arbeitsbelastung
13. Kombination von verschiedenen der oben angeführten Maßnahmen

Tab. 2: Strategien für eine erfolgreiche Förderung der Händedesinfektion in Krankenhäusern (nach Pittet und Boyce 2001<sup>8</sup>)

für eine erfolgreiche Kampagne ist die aktive Unterstützung durch die höchsten administrativen Ebenen sowie die Etablierung der Händedesinfektion als einen wichtigen Qualitätsparameter in der Patientenversorgung. Es ist sehr schwierig, jahrelang bestehende Verhaltensmuster zu ändern. Deshalb ist es von großer Bedeutung, dem Thema Händedesinfektion gerade auch in der Ausbildung von Medizinstudenten und Pflegepersonal eine höhere Priorität zu verleihen.

### Warum eine nationale Kampagne?

Die WHO hat in ihrer aktuellen weltweiten Kampagne „*Clean care is safer care*“ die Verbreitung von effektiven Maßnahmen zur Händehygiene ([www.who.int/patientsafety/en](http://www.who.int/patientsafety/en)) als eines von fünf vorrangigen Zielen zur Erhöhung der Patientensicherheit genannt (*Announce Action on Patient Safety (High 5s) Initiative*, Washington, Nov. 4, 2006). In verschiedenen Ländern wurden bereits umfangreiche Initiativen zur Verbesserung der Infektionsprävention eingeleitet.

Beispielsweise wurde in den USA im Oktober 2005 unter dem Motto „*Clean Hands save Lives*“ eine umfangreiche Initiative gestartet ([www.cdc.gov/cleanhand/](http://www.cdc.gov/cleanhand/)).

Auch in England und Wales wurde eine entsprechende Aktion unter dem Titel „*Clean your hands campaign*“ eingeleitet ([www.npsa.nhs.uk/cleanyourhands/campaign/](http://www.npsa.nhs.uk/cleanyourhands/campaign/)).

In der Schweiz wurde im Januar 2006 die „Swisshandhygienecampaign“ begonnen, und es konnte gezeigt werden, dass innerhalb von 4 Monaten durch diese Kampagne die Händehygiene in den beteiligten 116 Krankenhäusern um 25% verbessert werden konnte.

Eine nationale Kampagne kann die lokalen Initiativen in verschiedenen Krankenhäusern unterstützen und weitere Aktivitäten stimulieren. Durch Bereitstellung von Fortbildungs- und Werbematerialien sowie durch einheitliche Protokolle zur Dokumentation des Ist-Zustandes sowie der Veränderungen werden die Anstrengungen vor Ort gefördert und vereinfacht. Darüber hinaus kann durch eine nationale Kampagne eine dauerhafte Klimaveränderung im deutschen Gesundheitswesen erreicht werden, welche die Händedesinfektion als einen entscheidenden Qualitätsmarker in der Patientenversorgung fest in den Arbeitsalltag integriert. Dies ist eine Voraussetzung, um eine nachhaltige Wirkung der Kampagne zu erzielen.

### Die „Aktion Saubere Hände“

Um eine dauerhafte Verbesserung des Händedesinfektionsverhaltens zu erreichen, ist die Zusammenarbeit der Experten für Infektionsprävention, der Mitarbeiter im Qualitätsmanagement und der Patientenvertreter eine wichtige Voraussetzung.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit, die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. und das Nationale Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen haben deshalb unter der Schirmherrschaft der Bundesgesundheitsministerin eine entsprechende Initiative für deutsche Gesundheitseinrichtungen gestartet.

### Die Kampagne hat folgende Ziele:

- ▶ Verbesserung des Händedesinfektionsverhaltens
- ▶ Optimierung des Arbeitsumfeldes des Krankenhauspersonals vor allem hinsichtlich der Verfügbarkeit von Händedesinfektionsmittel
- ▶ Verbesserung der Patientenversorgung durch Reduktion von Krankenhausinfektionen
- ▶ Etablierung der Händedesinfektion als ein Parameter für die Qualität in der Patientenversorgung

### Analog zur Schweizer Kampagne baut die „Aktion Saubere Hände“ auf folgenden fünf Elementen auf:

1. Klare, einfach formulierte Richtlinien zur Händedesinfektion für das Krankenhauspersonal
2. Aktive Unterstützung und Förderung durch die Krankenhausleitung
3. Bereitstellung von Händedesinfektionsmöglichkeiten an jedem Patientenbett
4. Messung der Händedesinfektions-Compliance und des Händedesinfektionsmittelverbrauchs
5. Validierung der Effektivität der Händedesinfektions-Compliance in Bezug auf die Rate der nosokomialen Infektionen und das Auftreten von multiresistenten Erregern

Die „Aktion Saubere Hände“ stellt ihren Teilnehmern Muster-Fortbildungen zum Thema Händedesinfektion, Poster und weiteres Material zur Verfügung (siehe unter: [www.aktion-sauberehaende.de](http://www.aktion-sauberehaende.de)). Außerdem werden Messprotokolle zur Verfügung gestellt, um durch die Anwendung von einheitlichen Methoden zu vergleichbaren Ergebnissen bei der Ermittlung der Compliance zur Händedesinfektion zu gelangen. Für die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs wird durch das Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) eine zusätzliche Komponente etabliert („HAND-KISS“), um den Stationen/Krankenhäusern fachrichtungsspezifische Referenzdaten zur Verfügung zu stellen.

Nach dem Start der Kampagne haben sich bis zum 12. Juni 2008 325 Krankenhäuser, darunter 12 Universitätskliniken und die beiden größten Klinikkonzerne Deutschlands, zu einer Teilnahme an der Aktion entschlossen. Jeweils aktuelle Übersichten zum Stand der Aktion finden sich unter [www.aktion-sauberehaende.de](http://www.aktion-sauberehaende.de).

### Literatur:

1. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, et al.: Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Lancet* 2000; 356: 1307–1312
2. Boyce J, Pittet D: Guideline for hand hygiene in health-care settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *MMWR Morb Mortality Wkly Rep* 2002; 51: 1–44
3. Robert Koch-Institut: Händehygiene. Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2000; 43: 230–233

4. Eckmanns T, Rath A, Bräuer H, Daschner F, Rüden H, Gastmeier P: Compliance der HD auf Intensivstationen. Dtsch Med Wochenschr 2001; 126: 745–749
5. Wendt C, Knautz D, von Baum H: Differences in hand hygiene behavior related to the contamination risk of healthcare activities in different groups of healthcare workers. Infect Control Hosp Epidemiol 2004; 25: 203–206
6. Eckmanns T, Bessert J, Behnke M, Gastmeier P, Rüden H: Compliance with antiseptic hand rub use in intensive care units: The Hawthorne effect. Infect Control Hosp Epidemiol 2006; 27: 931–934
7. Grol R, Grimshaw J: From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. Lancet 2003; 362: 1170
8. Pittet D, Boyce J: Hand hygiene and patient care: pursuing the Semmelweis legacy. Lancet Infect Dis 2001; 1: 9–20

Für diesen Beitrag danken wir Dr. Christiane Reichardt und Prof. Dr. Petra Gastmeier, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin und Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen, Dr. Maria Eberlein-Gonska, Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen e.V., Prof. Dr. Matthias Schrappe, Aktionsbündnis Patientensicherheit, sowie dem Fachgebiet „Angewandte Infektions- und Krankenhaushygiene“ (FG 14) des Robert Koch-Instituts.

Als **Ansprechpartnerin** steht Dr. Christiane Reichardt zur Verfügung (E-Mail: [christiane.reichardt@charite.de](mailto:christiane.reichardt@charite.de); [www.aktion-sauberehaende.de](http://www.aktion-sauberehaende.de)).

## Wo steht meine Station in Bezug auf die Händedesinfektion?

### Erste Vergleichsdaten von HAND-KISS

Am 1. Januar 2008 wurde die „Aktion Saubere Hände“ zur Verbesserung der Händedesinfektion und damit zur Verminderung der Übertragung von Infektionserregern im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen in Deutschland gestartet ([www.aktion-sauberehaende.de](http://www.aktion-sauberehaende.de)). Bis zum 18.06.2008 haben 325 Krankenhäuser ihre Bereitschaft zur Teilnahme und zur Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen erklärt.

Eine der Teilnahmevoraussetzungen ist die **Erfassung des jährlichen Verbrauchs von alkoholischen Händedesinfektionsmitteln**, um Veränderungen im Laufe der Aktion und die eigene Position im Vergleich zu anderen vergleichbaren Stationen/Abteilungen beurteilen zu können. Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wird dabei als Surrogatparameter für die Compliance zur Händedesinfektion angenommen, da die Compliance selbst nur durch relativ aufwändige und durch die Wahrnehmung der Beobachtung beeinflusste Observationsstudien erfasst werden kann.<sup>1</sup>

Für jede einzelne Station des Krankenhauses wird dazu der summarische jährliche Verbrauch von alkoholischen Händedesinfektionsmitteln erhoben und durch die Anzahl der Patiententage dividiert. Zusätzlich erfolgt eine Stratifizierung nach den wesentlichen Fachrichtungen und nach der Zugehörigkeit zur Gruppe der Intensivstationen und Nichtintensivstationen. Die ausführliche Beschreibung der

Methode ist auf der Homepage des Nationalen Referenzzentrums für die Surveillance nosokomialer Infektionen unter [www.nrz-hygiene.de](http://www.nrz-hygiene.de) nachzulesen.

Inzwischen liegen Daten von 1.277 Stationen aus 95 Krankenhäusern vor. Es existiert ein Überblick über mehr als 9 Millionen Patiententage, an denen insgesamt 189.000 Liter alkoholischer Händedesinfektionsmittel verbraucht wurden (s. Tabellen 1 und 2).

Der Median des Verbrauchs der 184 Intensivstationen aus 86 Krankenhäusern liegt auf Intensivstationen bei 61 ml pro Patiententag. Geht man davon aus, dass pro Anwendung ca. 3 ml Händedesinfektionsmittel benutzt werden, so kann man schlussfolgern, dass ein Intensivpatient im Median ca. 20 Händedesinfektionen pro Tag erfährt. Dabei gibt es große Unterschiede zwischen den Intensivstationen (Bandbreite zwischen den Quartilen von 44 bis 97 ml pro Patiententag), 25% der Intensivstationen liegen über 97 ml pro Patiententag, 25% der Intensivstationen aber noch unter 44 ml pro Patiententag, was auf das erhebliche Verbesserungspotenzial in vielen Abteilungen hinweist. Zusätzlich existieren erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Arten von Intensivstationen.

Auf den 1.093 Nichtintensivstationen aus 95 Krankenhäusern liegt der Median des Händedesinfektionsmittelverbrauchs bei ca. 14 ml pro Patiententag mit einer Bandbreite zwischen den Quartilen von 10 bis 19 ml.

Art der Station	Anzahl der Krankenhäuser	Anzahl der Stationen	Händedesinfektionsmittelverbrauch in ml pro Patiententag		
			Q1	Median	Q3
Innere	28	33	40	58	79
Interdisziplinär	66	79	44	61	91
Chirurgie	21	30	53	84	109
andere operative Fächer	7	8	30	74	93
andere konservative Fächer	4	5	51	81	87
Pädiatrie	10	10	37	107	127
Neonatologie	17	19	44	87	162
<b>Alle Abteilungen</b>	<b>86</b>	<b>184</b>	<b>44</b>	<b>61</b>	<b>97</b>

Tab. 1: Verteilung des alkoholischen Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Intensivstationen, HAND-KISS, Deutschland, 2008

Art der Station	Anzahl der Krankenhäuser	Anzahl der Stationen	Händedesinfektionsmittelverbrauch in ml pro Patiententag		
			Q1	Median	Q3
Innere	73	293	11	15	18
Interdisziplinär	41	96	11	15	22
Chirurgie	73	204	10	13	16
andere operative Fächer	57	217	9	11	16
andere konservative Fächer	51	197	6	15	21
Pädiatrie	29	77	12	29	48
Neonatalogie	7	9	7	39	75
<b>Alle Abteilungen</b>	<b>95</b>	<b>1.093</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>19</b>

Tab. 2: Verteilung des alkoholischen Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Nichtintensivstationen, HAND-KISS, Deutschland, 2008

Vergleicht man die vorliegenden Ausgangsdaten zum alkoholischen Händedesinfektionsmittelverbrauch beispielsweise mit den Daten aus dem Genfer Universitätsspital, so werden dort auf chirurgischen Nichtintensivstationen im Mittel 19 ml pro Patiententag verbraucht<sup>2</sup>, auf der neonatologischen Intensivstation vor Intervention 66,6 ml und nach Intervention 89,2 ml pro Patiententag<sup>3</sup>.

Demnächst werden auch Daten zum Händedesinfektionsmittelverbrauch in Funktionsbereichen wie Rettungsstelle, Endoskopie, Dialyse etc. erhoben werden. Selbstverständlich besteht auch die Möglichkeit, die mittlere Anzahl der Händedesinfektionen auf die Anzahl der Mitarbeiter zu beziehen, sofern eine entsprechende Übersicht über den Personalbestand und weitere Benutzer der Händedesinfektionsmittelsender existiert.

#### Literatur:

- Eckmanns T, Schwab F, Bessert J, Wettstein R, Behnke M, Grundmann H, et al.: Hand rub consumption and hand hygiene compliance are not indicators of pathogen transmission in intensive care units. *J Hosp Infect* 2006; 63: 406–411
- Harbarth S, Frankhauser C, Schrenzel J, Christenson J, Gervaz P, Bandiera-Clerc C, et al.: Universal screening for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* at hospital admission and nosocomial infection in surgical patients. *JAMA* 2008; 299: 1149–1157
- Pessoa-Silva C, Hugonnet S, Pfister R, Touvenneau S, Dharan S, Posfay-Barbe K, et al.: Reduction of healthcare associated infection risk in neonates by successful hand hygiene promotion. *Pediatrics* 2007; 120: e382–390

#### Hinweise auf Information, Beratung und Unterstützung zu Fragen der Krankenhaushygiene

- Informationen des Fachgebietes „Angewandte Infektions- und Krankenhaushygiene“ auf der Internetseite des Robert Koch-Instituts [www.rki.de](http://www.rki.de) > Infektionsschutz > Krankenhaushygiene
- Nationales Referenzzentrum (NRZ) für Surveillance von nosokomialen Infektionen  
Prof. Dr. med. Petra Gastmeier  
Institut für Hygiene und Umweltmedizin  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
[www.nrz-hygiene.de](http://www.nrz-hygiene.de)
- „Aktion Saubere Hände“  
Zur Verbesserung der Händedesinfektion in Krankenhäusern und damit zur Verminderung der Übertragung von Infektionserregern in Deutschland wurde die „Aktion Saubere Hände“ in Deutschland ins Leben gerufen, weitere Informationen unter:  
[www.aktion-sauberehaende.de](http://www.aktion-sauberehaende.de)

Für diesen Beitrag danken wir Prof. Dr. Petra Gastmeier, Dr. Christiane Reichardt und Dr. Christine Geffers, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Als Ansprechpartnerin steht Dr. Christiane Reichardt zur Verfügung (E-Mail: [christiane.reichardt@charite.de](mailto:christiane.reichardt@charite.de); [www.aktion-sauberehaende.de](http://www.aktion-sauberehaende.de)).

#### Veranstaltungshinweis: 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

Bezugnehmend 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 ländereübergreifender Krankenhaus- oder Pflegeheimträger.

**Termin:** 16. und 17. Oktober 2008

**Ort:** Robert Koch-Institut, Außenstelle Wernigerode

**Anmeldung:** SekretariatFG14@rki.de

**Stichwort:** Treffen Regionale Netzwerke

**Veranstalter:** Robert Koch-Institut  
(AG Nosokomiale Infektionen: FG 13 und 14, Abteilung 1 in Zusammenarbeit mit FG 32, Abteilung 3)

#### Vorläufiges Programm

**Begrüßung und Einführung:** Prof. Dr. Martin Mielke, RKI  
Prof. Dr. Wolfgang 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

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

31. Woche 2008 (Datenstand: 20.8.2008)

Land	Darmkrankheiten																
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Salmonellose			Shigellose				
	31.	1.-31.	1.-31.	31.	1.-31.	1.-31.	31.	1.-31.	1.-31.	31.	1.-31.	1.-31.	31.	1.-31.	1.-31.		
	2008			2007			2008			2007			2008			2007	
Baden-Württemberg	102	3.734	4.543	0	37	54	9	177	159	125	2.206	3.062	0	32	59		
Bayern	171	4.065	4.664	4	71	104	19	606	587	178	2.950	3.546	0	55	112		
Berlin	64	1.400	1.423	2	14	10	10	110	102	30	655	804	0	21	39		
Brandenburg	67	1.197	1.277	0	7	15	4	138	156	55	859	945	0	4	7		
Bremen	11	254	209	0	2	6	0	19	16	8	164	153	0	4	4		
Hamburg	22	1.005	1.247	0	10	11	1	14	17	36	357	477	0	16	16		
Hessen	69	1.924	2.201	1	5	12	3	54	81	67	1.437	2.334	2	20	40		
Mecklenburg-Vorpommern	68	1.021	1.321	0	8	8	10	132	157	41	632	700	0	0	0		
Niedersachsen	129	3.049	3.184	3	78	70	18	256	134	104	2.050	2.687	0	23	25		
Nordrhein-Westfalen	379	8.193	9.788	4	98	144	29	698	584	234	4.694	5.451	0	34	35		
Rheinland-Pfalz	89	1.894	2.222	2	31	29	7	138	204	79	1.463	1.642	0	14	25		
Saarland	31	660	804	0	2	0	1	25	29	19	357	407	0	0	4		
Sachsen	141	3.028	2.967	4	65	40	17	481	518	59	1.923	1.750	0	14	57		
Sachsen-Anhalt	35	851	1.030	0	6	8	9	246	398	43	1.205	1.681	0	6	21		
Schleswig-Holstein	53	1.364	1.242	1	15	24	4	52	51	36	609	830	0	2	11		
Thüringen	49	1.107	1.063	0	8	9	12	405	328	50	1.283	1.466	0	7	18		
<b>Deutschland</b>	<b>1.480</b>	<b>34.746</b>	<b>39.185</b>	<b>21</b>	<b>457</b>	<b>544</b>	<b>153</b>	<b>3.551</b>	<b>3.521</b>	<b>1.164</b>	<b>22.844</b>	<b>27.935</b>	<b>2</b>	<b>252</b>	<b>473</b>		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B <sup>+</sup>			Hepatitis C <sup>+</sup>				
	31.	1.-31.	1.-31.	31.	1.-31.	1.-31.	31.	1.-31.	1.-31.		
	2008			2007			2008			2007	
Baden-Württemberg	1	42	58	0	60	76	15	561	748		
Bayern	0	75	61	1	57	65	22	743	930		
Berlin	1	54	20	1	42	35	7	460	427		
Brandenburg	0	5	14	0	11	9	0	60	44		
Bremen	0	3	3	0	1	4	0	29	33		
Hamburg	0	24	13	0	12	24	1	58	51		
Hessen	1	32	27	1	41	46	4	207	216		
Mecklenburg-Vorpommern	0	11	8	1	11	8	0	31	42		
Niedersachsen	0	36	43	1	38	36	7	218	340		
Nordrhein-Westfalen	0	110	109	3	99	152	13	592	576		
Rheinland-Pfalz	1	27	17	2	40	69	5	186	223		
Saarland	1	14	7	0	10	11	2	48	48		
Sachsen	1	22	12	0	20	28	1	192	199		
Sachsen-Anhalt	0	13	10	0	12	35	6	110	120		
Schleswig-Holstein	1	14	16	0	11	19	4	134	118		
Thüringen	1	17	18	0	10	21	3	68	98		
<b>Deutschland</b>	<b>8</b>	<b>499</b>	<b>436</b>	<b>10</b>	<b>475</b>	<b>638</b>	<b>90</b>	<b>3.697</b>	<b>4.213</b>		

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,

31. Woche 2008 (Datenstand: 20.8.2008)

## Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	
2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008		2007	
5	131	143	43	15.190	10.096	13	4.380	2.975	10	352	325	4	34	52	Baden-Württemberg
8	299	324	31	15.998	13.859	32	6.926	5.238	19	615	329	4	27	42	Bayern
1	68	98	11	5.622	5.628	3	1.944	1.766	4	234	160	2	34	73	Berlin
2	92	120	28	7.058	5.652	14	3.839	3.445	2	78	33	0	10	36	Brandenburg
1	11	17	4	720	852	4	324	269	0	20	6	0	7	9	Bremen
0	45	62	5	3.350	4.231	2	1.775	1.026	2	75	84	0	6	14	Hamburg
6	125	145	28	8.609	7.635	6	2.505	2.102	5	171	157	0	22	25	Hessen
3	51	77	8	7.093	3.892	12	4.069	3.121	0	93	67	1	29	46	Mecklenburg-Vorpommern
11	234	338	21	15.231	8.049	20	5.665	3.182	2	156	103	6	66	69	Niedersachsen
5	353	421	49	32.711	25.612	65	10.951	7.316	12	441	374	1	65	128	Nordrhein-Westfalen
7	133	159	38	8.112	7.360	7	3.272	2.404	5	148	121	0	7	26	Rheinland-Pfalz
0	28	43	11	2.601	671	4	582	493	0	26	16	0	2	4	Saarland
11	363	480	55	14.613	7.981	35	9.920	6.762	5	198	140	3	41	81	Sachsen
5	136	232	43	6.272	4.405	9	4.105	3.019	1	70	63	2	23	18	Sachsen-Anhalt
4	128	112	7	6.034	2.764	3	2.201	942	2	52	51	0	3	1	Schleswig-Holstein
3	244	286	59	9.405	4.772	47	5.118	2.970	5	44	43	0	14	17	Thüringen
<b>72</b>	<b>2.441</b>	<b>3.057</b>	<b>441</b>	<b>158.619</b>	<b>113.459</b>	<b>276</b>	<b>67.576</b>	<b>47.030</b>	<b>74</b>	<b>2.773</b>	<b>2.072</b>	<b>23</b>	<b>390</b>	<b>641</b>	<b>Deutschland</b>

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose				
31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.	31.	1.–31.	1.–31.		
2008		2007	2008		2007	2008		2007		
1	33	38	0	375	16	3	323	393	Baden-Württemberg	
1	56	38	1	297	114	13	391	419	Bayern	
0	13	10	0	28	3	7	179	179	Berlin	
0	9	11	0	5	0	1	42	55	Brandenburg	
0	3	0	1	2	1	0	21	45	Bremen	
0	2	5	0	2	2	5	104	96	Hamburg	
0	18	17	0	34	11	4	251	296	Hessen	
0	9	5	0	6	1	0	30	73	Mecklenburg-Vorpommern	
1	21	18	0	11	25	3	231	248	Niedersachsen	
1	72	69	0	44	242	16	705	764	Nordrhein-Westfalen	
0	14	10	0	37	6	3	127	161	Rheinland-Pfalz	
0	3	2	0	10	0	0	30	53	Saarland	
0	15	19	0	2	1	1	105	91	Sachsen	
0	7	12	0	1	0	0	90	114	Sachsen-Anhalt	
0	10	10	0	7	5	2	46	75	Schleswig-Holstein	
0	9	13	0	14	0	2	77	56	Thüringen	
<b>4</b>	<b>294</b>	<b>277</b>	<b>2</b>	<b>875</b>	<b>427</b>	<b>60</b>	<b>2.752</b>	<b>3.118</b>	<b>Deutschland</b>	

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**

31. Woche 2008 (Datenstand: 20.8.2008)

Krankheit	31. Woche 2008	1.–31. Woche 2008	1.–31. Woche 2007	1.–52. Woche 2007
Adenovirus-Erkrankung am Auge	2	88	303	375
Brucellose	1	18	13	21
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	45	54	96
Dengue-Fieber	4	154	135	264
FSME	12	150	170	238
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	27	22	44
Hantavirus-Erkrankung	4	154	1.234	1.688
Hepatitis D	0	4	4	9
Hepatitis E	0	60	50	73
Influenza	0	14.020	18.724	18.898
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	1	91	59	93
Legionellose	8	259	305	532
Leptospirose	1	36	67	166
Listeriose	10	164	213	356
Ornithose	0	14	7	12
Paratyphus	0	29	26	72
Q-Fieber	4	234	58	83
Trichinellose	0	1	8	10
Tularämie	0	12	4	20
Typhus abdominalis	2	30	19	59

\* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

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: 030.18754-2628  
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.: 030.18754-2324  
E-Mail: Seedatj@rki.de  
► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)  
E-Mail: MarcusU@rki.de  
► Mitarbeit: Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl  
► Redaktionsassistentz: 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](http://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