



Epidemiologisches Bulletin

17. Februar 2006 / Nr. 7

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zur infektionshygienischen Überwachung von Heimen für Behinderte

Ein Erfahrungsbericht aus dem Gesundheitsamt München

Das Sachgebiet Infektionshygiene/Medizinalwesen des Referates für Gesundheit und Umwelt (RGU) der Landeshauptstadt München ist verantwortlich für die infektionshygienische Überwachung der im § 36 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aufgeführten Einrichtungen auf Münchner Stadtgebiet, wie z. B. Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Dialyseeinrichtungen und insgesamt 122 Einrichtungen nach § 1, 1a des Heimgesetzes. Hierunter fallen auch 49 Heime, in denen behinderte Erwachsene betreut werden. Die infektionshygienische Überwachung der Heime, in denen Kinder versorgt werden, fällt in die Zuständigkeit eines anderen Sachgebietes des RGU.

Bisher existieren für Heime für Behinderte keine einheitlichen Standards bzw. Expertenempfehlungen, wie sie für andere Einrichtungen des Gesundheitsdienstes ausgesprochen werden, beispielsweise in der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, die vom Robert Koch-Institut herausgegeben wird (s. unter www.rki.de > Infektionsschutz > Krankenhaushygiene).

Ausgehend von dieser Situation begann das RGU im August 2003 erstmalig mit der Überprüfung von Heimen für Behinderte im Stadtgebiet München. Mit Stand August 2005 wurden mittlerweile in insgesamt 45 Einrichtungen infektionshygienische Erstbegehungen durchgeführt. Die Überprüfungen erfolgten von Anfang an in enger fachübergreifender Zusammenarbeit gemeinsam mit der Kreisverwaltungsbehörde (Münchner Heimaufsicht), da sich die Aufgaben der beiden Behörden speziell in München ergänzen. Der Vollzug des IfSG liegt in München beim RGU, der des Heimgesetzes bei der Kreisverwaltungsbehörde. – Im folgenden Beitrag wird auf die infektionshygienische Überprüfung der Heime für Behinderte auf der gesetzlichen Grundlage des IfSG eingegangen und es werden die vom RGU gezogenen Schlussfolgerungen und ergriffenen praktischen Maßnahmen vorgestellt.

Methoden

Die Durchführung der Erstüberprüfungen erfolgte zunächst mit einer umfangreichen Checkliste, die sachgebietsintern entwickelt und bis dahin für die infektionshygienischen Überprüfungen der Altenpflegeheime verwendet wurde. Im Verlauf zeigte sich eine fehlende Praktikabilität dieser Vorgehensweise, da die überprüften Heime für Behinderte unterschiedliche Strukturen mit hieraus resultierenden unterschiedlichen Anforderungen an ein adäquates Hygienemanagement aufwiesen.

Die im Rahmen der Überprüfung der ersten 23 Heime gewonnenen Erkenntnisse führten zur Entwicklung eines sog. „differenzierenden Faktors“, welcher eine Einteilung in Heimtyp A oder B ermöglichte, die jeweils unterschiedlichen Hygieneanforderungen genügen müssen. Die Einteilung des RGU wurde wie folgt vorgenommen:

- **Heimtyp A** umfasst Heime, in denen keine regelmäßigen pflegerischen Tätigkeiten durchgeführt werden, die der Schutzstufe 2 zuzuordnen sind.

Diese Woche

7/2006

Hygiene in Gemeinschaftseinrichtungen:

Untersuchung des Gesundheitsamtes München zur Infektionshygiene in Heimen für Behinderte

Meldepflichtige Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik
4. Woche 2006
(Stand: 15. Februar 2006)

ARE/Influenza:

Zur aktuellen Situation

Aviäre Influenza:

Update



- **Heimtyp B** umfasst Heime, in denen schwerpunktmäßig pflegerische Tätigkeiten durchgeführt werden, die der Schutzstufe 2* zuzuordnen sind.

* Zu den Tätigkeiten dieser Schutzstufe gehört beispielsweise die Versorgung von Bewohnern mit Tracheostomata/Beatmungen, PEG-Sonden, Harnwegskathetern, mit Wunden und die Betreuung von inkontinenten Bewohnern sowie die Gabe von Injektionen und Infusionen.

Alle Einrichtungen wurden mittels Serienbrief angeschrieben und über die Einstufungs- und Beurteilungsgrundlagen informiert. Während die noch zu begehenden Einrichtungen gebeten wurden, sich selbst einzustufen und eine schriftliche Auflistung der erforderlichen Hygienemaßnahmen für die beiden Heimtypen erhielten, erfolgte sachgebietsintern eine retrospektive Einstufung sowie Information der bereits begangenen Einrichtungen. Die Erstüberprüfung der noch anstehenden Einrichtungen zielte dann darauf ab, zu überprüfen, ob deren Einstufung korrekt vorgenommen und adäquat umgesetzt worden war.

Als Parameter des sog. „**Basishygienemanagements**“ wurden bei beiden Heimtypen überprüft bzw. vorausgesetzt:

- Benennung eines Hygienebeauftragten
- Durchführung von Personalschulungen zu hygiene-relevanten Themen
- Vorliegen eines angepassten Hygieneplans
- Vorliegen eines angepassten Reinigungs-/Desinfektionsplans
- Einsatz DGHM-gelisteter bzw. sonstiger zertifizierter Desinfektionsmittel (Händedesinfektionsmittel)
- Durchführung der Flächendesinfektion (routinemäßig vs. anlassbezogen; Scheuerwischdesinfektion vs. Sprühdessinfektion)
- Vorhandensein eines Händewaschplatzes gemäß Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
- Vorhandensein von Schutzkleidung/Arbeitskleidung für das Personal

Ergebnisse

Die erhobenen Parameter des „Basishygienemanagements“ stellen sich wie folgt dar:

Benennung eines Hygienebeauftragten: Nur in 16 der 45 überprüften Einrichtungen (36 %) war ein Hygienebeauftragter benannt. Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass von Seiten des RGU nicht für jede Einrichtung ein eigener Hygienebeauftragter als erforderlich angesehen wurde, sondern insbesondere bei kleineren Einrichtungen (definiert als Einrichtungen mit max. 15 Bewohnern), die von einem gemeinsamen Träger betrieben werden, einrichtungsübergreifende „externe“ Hygienebeauftragte festgelegt werden sollten. Größere Einrichtungen sollten jedoch einen eigenen Hygienebeauftragten benennen und ausbilden.

Die Aufgaben der/des Hygienebeauftragten sind in der DGKH-Leitlinie „Hygienebeauftragte/r in Pflegeeinrichtungen“ (Stand: April 2002) beschrieben.

Durchführung von Personalschulungen zu hygiene-relevanten Themen: Nur in 12 der 45 überprüften Einrichtungen (27 %) fanden einmal jährlich dokumentierte Personal-

schulungen zu hygiene-relevanten Themen wie Händehygiene, Personalhygiene, etc. statt. In 9 Einrichtungen (20 %) fanden ausschließlich Belehrungen zur Lebensmittelhygiene auf der Grundlage des § 43 IfSG statt, 24 Einrichtungen (53 %) schulten ihr Personal nicht.

Vorliegen eines angepassten Hygieneplans: In 4 von 45 Einrichtungen (9 %) lag ein angepasster Hygieneplan vor, d. h., dass in schriftlicher Form sämtliche in der betreffenden Einrichtung verrichteten infektionskritischen Tätigkeiten abgebildet sind. In 5 Fällen (11 %) war dieser Hygieneplan unvollständig, in 36 Einrichtungen (80 %) lag er nicht vor.

Vorliegen eines angepassten Reinigungs-/Desinfektionsplans: Nur in 5 von 45 Einrichtungen (11 %) lag ein an die Bedürfnisse der Einrichtung vollständig angepasster Reinigungs-/Desinfektionsplan vor, in dem die in diesen Einrichtungen tatsächlich zum Einsatz kommenden Mittel aufgeführt waren. In 9 Fällen (20 %) war dieser Plan unvollständig bzw. handelte es sich um einen industriell vorgefertigten Plan, der keine Übereinstimmung der verwendeten mit den aufgeführten Mitteln aufwies. 31 Einrichtungen (69 %) verfügten über keinen Reinigungs-/Desinfektionsplan.

Einsatz DGHM-gelisteter bzw. sonstiger zertifizierter Händedesinfektionsmittel: 32 Einrichtungen (71 %) verwendeten DGHM-gelistete Präparate. Dabei nutzten 2 Einrichtungen Dekontaminationsmittel (Kombinationspräparat Reinigungs-/Desinfektionsmittel), die vom RGU nicht befürwortet werden, da die erforderlichen Einwirkzeiten kaum einzuhalten sind. 5 Einrichtungen (11 %) verwendeten nicht-gelistete Präparate, 8 Einrichtungen (18 %) hielten Händedesinfektionsmittel nicht vor.

Durchführung der Flächendesinfektion: Um eine anlassbezogene bzw. sofern erforderlich routinemäßige Flächen-desinfektion durchführen zu können, verwenden 33 Einrichtungen (73 %) DGHM-gelistete, 2 Einrichtungen (5 %) nicht-gelistete Präparate. Die restlichen 10 Einrichtungen (22 %) hielten kein Flächendesinfektionsmittel vor. In den Einrichtungen, in denen DGHM-gelistete Präparate zum Einsatz kommen, wird nur in 18 Fällen (55 %) eine Scheuerwischdesinfektion durchgeführt, die übrigen 15 Einrichtungen wenden Sprühdessinfektionsverfahren an, die u. a. aus Personalschutzgründen (z. B. Allergiegefahr) abzulehnen sind.

Vorhandensein eines Händewaschplatzes: Nur in 14 Einrichtungen (31 %) war mindestens ein korrekt ausgestatteter Händewaschplatz (Waschbecken mit fließend warmem und kaltem Wasser/Einhebelmischbatterie, Händedesinfektionsmittel- und Waschlotionspender, Einmalhandtuchspender) vorhanden.

Vorhandensein von Schutzkleidung/Arbeitskleidung für das Personal: 16 Einrichtungen (36 %) hielten Schutzkleidung bzw. sonstige persönliche Schutzausrüstung (Überkittel bzw. flüssigkeitsabweisende Schürzen, Einmalhandschuhe,

ggf. Mund-Nasen-Schutz) für die Durchführung von sog. Schutzstufe-2-Tätigkeiten vor. In 10 Einrichtungen (22 %) war die Schutzkleidung bzw. sonstige persönliche Schutzausrüstung (insbesondere Einmalhandschuhe) unvollständig, in 19 Einrichtungen (42 %) nicht vorhanden. Nur in 3 Einrichtungen wurde vom Arbeitgeber Arbeitskleidung (Dienstkleidung) zur Verfügung gestellt, in den übrigen Fällen trugen die Mitarbeiter während der Arbeitszeit ihre Privatkleidung. Sie kamen in dieser Kleidung zum Dienst. Die Reinigung erfolgte auch bei Kontamination entgegen berufsgenossenschaftlichen Vorschriften zu Hause.

Die im Rahmen der Überprüfung festgestellten Ergebnisse zeigen nach Auffassung des RGU, dass in vielen der Einrichtungen derzeit ein fachlich qualifiziertes Hygienemanagement fehlt. Ein solches an die Erfordernisse der jeweiligen Einrichtung angepasstes Hygienemanagement ist jedoch aus unten genannten Gründen (s. Kasten) sinnvoll und notwendig, um die Infektionsprävention bei Bewohnern und Personal sicherstellen zu können (§ 11 Abs. 1 Nr. 9 Heimgesetz).

Zu ausgewählten Besonderheiten und Problemen von Behindertenheimen

► Die Einrichtungen unterscheiden sich hinsichtlich der Bewohnerzahlen und der Bewohnerstruktur. Es existieren Einrichtungen, in denen Menschen mit schwerer körperlicher (Mehrfach-)Behinderung rund um die Uhr gepflegt werden. Bei diesen kommen oft Tracheostoma/Beatmungen, PEG-Sonden und verschiedene Katheter (z. B. Blasenkatheter) zum Einsatz, welche den Erwerb nosokomialer Infektionen begünstigen.

► Bei somatisch gesunden Bewohnern, die vor allem psychisch bzw. geistig gehandicapt sind, muss mit zunehmendem Alter mit dem Auftreten somatischer Erkrankungen gerechnet werden. Wenn die Einrichtungen ihre Bewohner in Zukunft nicht in Altenpflegeheimen verlegen wollen, dann wird sich auch in Behindertenheimen die Bewohnerstruktur und damit das Anforderungsprofil an die Kenntnisse und den Ausbildungsstand des dort beschäftigten Personals verändern.

► Die Auswirkungen der Gesundheitsstrukturreform führen nicht nur zu einer früheren Rückverlegung aus den Einrichtungen der Akutversorgung, sondern auch zu einer zunehmenden Verlagerung der medizinischen Grundversorgung in den Bereich der niedergelassenen Ärzte und ambulanter Versorgungseinrichtungen, was hier zu einer erhöhten Arbeitsbelastung des Personals führt.

► Das Personal verfügt oftmals über sehr unterschiedliche berufliche Qualifikationen. Nichtmedizinisches Personal arbeitet zusammen mit medizinischem Personal. Aber auch das medizinische Personal unterscheidet sich deutlich durch seinen Ausbildungsstand: Examierte Kräfte arbeiten zusammen mit angelernten Kräften.

Bei den Erstüberprüfungen konnte die Notwendigkeit der Implementierung eines angepassten Hygienemanagements in Heimen für Behinderte nicht immer reibungslos vermittelt werden. Es wurde seitens der Mitarbeiter der Heime häufig das Argument vorgebracht, dass es sich nicht um primär klinische Einrichtungen zur Patientenversorgung, sondern vielmehr um „Lebenswelten“ für Bewohner mit Handicaps handele, die sich hier „heimisch“ fühlen sollten. Eine kritische Einstellung gegenüber den Empfehlungen des RGU zeigte sich häufig insbesondere bei nichtmedizinischem Personal, welches die medizinische Notwendigkeit der ausgesprochenen Empfehlungen bzw. die infektiologischen Probleme und deren Zusammenhänge anfänglich nicht immer erkannte.

Wiederholt angeführt wurde zudem, dass die Etablierung eines Hygienemanagements mit nicht unerheblichen Kosten für die Betreiber einer Einrichtung verbunden sei.

Schlussfolgerungen und Maßnahmen des RGU

Vordringlichste Aufgabe in den meisten Heimen für Behinderte ist die Etablierung eines fachlich qualifizierten Hygienemanagements, welches an die Bedürfnisse einer Einrichtung unter Berücksichtigung notwendiger Standards individuell angepasst werden sollte. Trotz unterschiedlicher Profile der Heime war es möglich, die beschriebene Einteilung in Heimtyp A und Heimtyp B vorzunehmen. Somit besteht nun eine Grundlage für die an die Einrichtungen zu stellenden unterschiedlichen Anforderungen an das Hygienemanagement:

- **Heime nach Typ A** haben Basisanforderungen zu erfüllen.
- **Heime nach Typ B** haben darüber hinaus ein Hygienemanagement zu etablieren, in dem alle infektionsrelevanten Hygienestandards adäquat schriftlich abgebildet sind und das Personal nachweislich zu hygienekritischen Tätigkeiten, die in der Einrichtung erforderlich sein können, geschult ist.

Aufgrund der gewonnenen Ergebnisse unterstützt das RGU mit nachfolgenden Angeboten die Heime für Behinderte bei der Implementierung von Hygienestrukturen bzw. eines Hygienemanagements:

- konstantes Beratungsangebot zu infektionshygienischen Fragestellungen (telefonisch/schriftlich),
- Angebot zu persönlichen Beratungsterminen/gemeinsamen Besprechungen, insbesondere für Träger mehrerer Einrichtungen in München,
- Angebot der Durchsicht neu erstellter Hygienepläne auf Vollständigkeit/fachliche Richtigkeit.

Das RGU verfolgt mit dieser Vorgehensweise primär einen präventiven Überprüfungsansatz: Die Heime für Behinderte sollen die Notwendigkeit eines jeweils angepassten Hygienemanagements zum Schutz von Personal und Bewohnern ihrer Einrichtungen erkennen können und zur selbstständigen und dynamischen Anpassung der eigenen Qualitätssicherung an sich wandelnde Hygieneanforderungen befähigt werden.

Die Mitarbeiterinnen des RGU gewannen erfreulicherweise bislang den Eindruck, dass sich die weitaus meisten Mitarbeiter der Einrichtungen zunehmend interessiert und kooperativ zeigen, insbesondere, wenn in persönlichen Gesprächen bestehende Vorurteile entkräftet bzw. notwendige Maßnahmen nachvollziehbar vermittelt wurden.

Dank für diesen Beitrag gilt Frau Dr. Sabine Klett und Frau Dipl.-med. Silke Hildebrandt, Sachgebiet Infektionshygiene/Medizinalwesen des Referats für Umwelt und Gesundheit (RGU) der Landeshauptstadt München.

Ansprechpartnerin: Frau Dr. S. Klett (E-Mail: sabine.klett@muenchen.de).

Literatur: 1. Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege BGW Vorschriften. TRBA/BGR 250 (10/03), s. www.bgw-online.de; 2. Biostoffverordnung (BGBl, 1999 Nr. 1, letzte Änderungen BGBl 2003, Nr. 56 und 2004, Nr. 74); 3. DGKH-Leitlinie „Hygienebeauftragte in Pflegeeinrichtungen“. Hyg Med 2002; 6: 1–2

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 15.2.2006 (4. Woche 2006)

Land	Darmkrankheiten															
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose			
	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	
	2006		2005		2006		2005		2006		2005		2006		2005	
Baden-Württemberg	51	221	265	1	4	8	5	22	16	72	322	353	3	7	11	
Bayern	64	291	294	3	7	10	15	47	46	62	375	363	4	13	10	
Berlin	15	89	88	1	1	1	2	5	11	32	126	203	1	4	20	
Brandenburg	25	111	99	1	3	3	5	23	15	21	94	135	0	1	2	
Bremen	5	17	6	0	0	0	0	3	1	1	18	43	1	1	0	
Hamburg	6	28	46	1	1	1	1	4	3	20	129	157	1	4	0	
Hessen	24	165	187	1	1	1	3	11	10	31	209	198	2	6	5	
Mecklenburg-Vorpommern	14	73	54	0	0	0	10	27	20	20	97	91	0	0	0	
Niedersachsen	51	204	227	1	3	3	2	11	9	59	275	338	1	2	0	
Nordrhein-Westfalen	100	470	626	5	16	8	29	107	93	181	1.064	1.106	0	5	3	
Rheinland-Pfalz	29	150	145	0	4	3	10	25	18	46	216	180	0	1	2	
Saarland	11	41	35	0	0	2	0	3	2	24	105	57	0	1	0	
Sachsen	16	107	204	0	2	3	13	49	38	30	199	359	0	3	4	
Sachsen-Anhalt	19	111	125	1	2	5	11	33	52	17	77	124	0	1	1	
Schleswig-Holstein	15	49	74	0	4	3	2	3	11	25	158	161	0	0	1	
Thüringen	29	104	151	0	0	0	9	31	31	15	92	128	0	2	5	
Deutschland	474	2.231	2.626	15	48	51	117	404	376	656	3.556	3.996	13	51	64	

Land	Virushepatitis											
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺					
	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.			
	2006		2005		2006		2005		2006		2005	
Baden-Württemberg	2	5	13	4	7	15	29	84	82			
Bayern	4	12	8	2	6	11	28	90	123			
Berlin	3	6	12	0	2	1	15	56	75			
Brandenburg	0	1	0	1	3	0	2	10	5			
Bremen	0	1	1	0	1	1	0	2	2			
Hamburg	0	1	2	1	6	1	0	1	4			
Hessen	0	7	22	1	5	5	12	40	42			
Mecklenburg-Vorpommern	0	3	2	0	0	3	3	10	10			
Niedersachsen	2	8	6	1	8	4	12	47	63			
Nordrhein-Westfalen	5	11	38	6	29	17	28	96	106			
Rheinland-Pfalz	3	12	4	1	2	15	6	34	53			
Saarland	0	2	1	0	2	0	2	4	2			
Sachsen	0	0	3	0	4	2	1	14	9			
Sachsen-Anhalt	0	0	2	0	1	8	2	13	7			
Schleswig-Holstein	0	2	7	0	0	1	7	21	17			
Thüringen	0	1	0	1	2	6	4	18	13			
Deutschland	19	72	121	18	78	90	151	540	613			

In der wöchentlich veröffentlichten **aktuellen Statistik** wird auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aus dem RKI zeitnah zum Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten berichtet. Drei Spalten enthalten jeweils **1. Meldungen**, die in der ausgewiesenen Woche im Gesundheitsamt eingegangen sind und bis zum 3. Tag vor Erscheinen dieser Ausgabe als klinisch-labordiagnostisch bestätigt (für Masern, CJK, HUS, Tuberkulose und Polio zusätzlich auch klinisch bestätigt) und als klinisch-epidemiologisch bestätigt dem RKI übermittelt wurden, **2. Kumulativwerte im laufenden Jahr**, **3. Kumulativwerte des entsprechenden Vorjahreszeitraumes**. Die Kumulativwerte ergeben sich aus der Summe übermittelter Fälle aus den ausgewiesenen Meldewochen,

Stand v. 15.2.2006 (4. Woche 2006)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	
2006		2005	2006		2005	2006		2005	2006		2005	2006		2005	
8	20	31	227	646	1.534	78	252	146	15	42	54	0	5	8	Baden-Württemberg
15	39	60	201	609	926	173	499	273	8	38	62	2	2	1	Bayern
4	15	12	100	370	876	125	350	295	9	19	23	0	2	2	Berlin
1	14	12	104	310	1.219	166	475	346	1	3	6	0	1	2	Brandenburg
1	2	5	4	53	139	2	11	14	0	0	3	1	2	2	Bremen
1	4	6	153	238	199	58	135	92	1	6	6	0	0	1	Hamburg
9	20	24	59	181	931	72	240	240	4	15	18	0	0	1	Hessen
6	14	14	111	424	957	36	126	252	5	12	24	0	5	13	Mecklenburg-Vorpommern
10	29	36	115	495	2.086	146	490	230	0	6	13	1	4	4	Niedersachsen
20	60	77	191	646	3.188	322	919	755	8	47	75	0	5	6	Nordrhein-Westfalen
2	22	41	50	164	1.141	67	210	141	4	16	18	1	1	1	Rheinland-Pfalz
0	9	10	2	13	276	12	45	59	1	1	3	0	0	0	Saarland
12	45	74	80	674	1.822	103	346	913	4	16	39	0	5	8	Sachsen
8	30	29	98	495	554	66	173	555	2	8	13	1	3	3	Sachsen-Anhalt
6	13	11	32	69	267	27	66	67	1	7	2	1	1	0	Schleswig-Holstein
10	40	45	117	606	979	84	370	181	5	10	7	0	1	0	Thüringen
113	376	487	1.644	5.993	17.094	1.537	4.707	4.559	68	246	366	7	37	52	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.	4.	1.-4.	1.-4.		
2006		2005	2006		2005	2006		2005		
1	3	3	7	15	1	9	36	49	Baden-Württemberg	
4	14	9	0	1	4	9	43	69	Bayern	
0	4	4	1	1	1	5	19	22	Berlin	
0	0	3	0	1	0	0	2	16	Brandenburg	
1	1	1	0	0	0	1	7	5	Bremen	
1	1	0	1	4	1	3	14	7	Hamburg	
0	1	4	1	1	58	9	32	46	Hessen	
0	1	2	0	0	0	4	9	15	Mecklenburg-Vorpommern	
4	9	3	1	2	0	6	27	42	Niedersachsen	
5	22	14	5	7	2	13	84	106	Nordrhein-Westfalen	
0	1	1	1	1	0	3	13	21	Rheinland-Pfalz	
0	0	0	0	0	0	1	10	8	Saarland	
0	1	1	0	0	3	2	10	21	Sachsen	
0	1	3	0	1	0	3	8	15	Sachsen-Anhalt	
1	2	1	0	0	1	3	12	9	Schleswig-Holstein	
1	2	4	0	0	0	2	11	11	Thüringen	
18	63	53	17	34	71	73	337	462	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 eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 8/02, S. 65, v. 22.2.2002). Zusätzlich gilt für Hepatitis C, dass auch nur labordiagnostisch nachgewiesene Fälle ausgewertet werden (s. *Epid. Bull.* 11/03).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 15.2.2006 (4. Woche 2006)

Krankheit	4. Woche 2006	1.–4. Woche 2006	1.–4. Woche 2005	1.–52. Woche 2005
Adenovirus-Erkr. am Auge	12	35	18	138
Brucellose	0	3	4	31
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	4	6	83
Dengue-Fieber	3	14	5	143
FSME	0	0	1	427
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	1	6	78
Hantavirus-Erkrankung	0	2	33	446
Influenza	9	39	328	12.730
Invasive Erkrankung durch <i>Haemophilus influenzae</i>	5	10	10	69
Legionellose	5	30	34	547
Leptospirose	1	3	3	58
Listeriose	5	39	29	501
Ornithose	0	1	1	33
Paratyphus	1	1	3	56
Q-Fieber	1	5	4	413
Trichinellose	0	0	0	0
Tularämie	0	0	0	15
Typhus abdominalis	1	4	3	80

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Neu erfasste Erkrankungsfälle von besonderer Bedeutung

Botulismus: Nordrhein-Westfalen, 26 Jahre, männlich (49. Meldewoche 2005)
(Der Fall gehört zu der im *Epidemiologischen Bulletin* 45/2005 und 48/2005 beschriebenen Häufung von Wundbotulismus; insgesamt 23. Botulismus-Fall 2005)

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza: Die Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen befindet sich in **Deutschland** in der 6. KW weiterhin auf einem niedrigen Niveau. Der Praxisindex als Indikator für die Morbidität der akuten respiratorischen Erkrankungen übersteigt lediglich in den AGI-Regionen Brandenburg/Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz/Saarland und Sachsen den Grenzwert der Hintergrundaktivität. Im Vergleich zur 5. KW ist er insgesamt leicht angestiegen. In der vergangenen Woche wurden im NRZ aus Sentinelproben fünf Influenza-A/H1N1- und zwei Influenza-B-Viren durch PCR nachgewiesen. – In **Europa** steigt in einigen Ländern (England, Frankreich, Niederlande und Norwegen) die Influenza-Aktivität leicht an. Auch in der 6. KW überwiegen Influenza-B-Viren der Viktoria-Linie. **Quelle:** Influenza-Wochenbericht für die 6. Woche 2006 aus dem RKI in Zusammenarbeit mit der AGI (<http://influenza.rki.de/>), dem DGK und dem NRZ für Influenza am RKI.

Aviäre Influenza (H5N1) bei Vögeln/Geflügel: Aktuell wurde erstmals in **Deutschland** auf der Insel Rügen bei zwei toten Schwänen das aviäre Influenzavirus H5N1 nachgewiesen. In **Europa** wurde zudem in den vergangenen Wochen der Erreger bei toten Schwänen in **Griechenland, Bulgarien, Slowenien, Österreich** und im **Süden Italiens** nachgewiesen. Auch in **Afrika** – in **Nigeria** – wurde H5N1 nachgewiesen, hier wurde ein Ausbruch auf einer kommerziellen Geflügelfarm bekannt.

Trotz der weiteren Ausbreitung des Erregers im Tierreich ändert sich aktuell die Risikoeinschätzung nach Auffassung des Robert Koch-Instituts (RKI) und des Friedrich-Loeffler-Instituts (FLI) nicht, da Erkrankungsfälle beim Menschen nach wie vor sehr vereinzelt und nur nach engem Kontakt zu erkranktem Geflügel, dessen Kot oder Sekrete zu verzeichnen sind und bisher keine effektive Übertragung von Mensch zu Mensch bekannt geworden ist. Aufgefundene kranke oder verendete Wildvögel sollten generell nicht angefasst werden.

Aviäre Influenza beim Menschen: Die kumulierte Anzahl der labor diagnostisch bestätigten Influenza-A-H5N1-Infektionen beim Menschen seit Dezember 2003 beträgt weltweit 169 Erkrankungsfälle, darunter 91 Todesfälle (Stand 13.02.2006). Die Erkrankungen traten in sieben Ländern auf: **China, Indonesien, Irak, Kambodscha, Thailand, Türkei, Vietnam.**

Quellen: www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/index.html; Presseinformation des Friedrich-Loeffler-Instituts vom 16.02.2006 (<http://www.fli.bund.de/>)

Hotlines zu Fragen zur Tiergesundheit:

- ▶ Bundesministerium für Ernährung, Verbraucherschutz und Landwirtschaft
(Tel.: 01888. 529-4601, -4602, -4603, -4604, -4605, Mo. bis Fr., 9 bis 17 Uhr)
- ▶ Sozialministerium und Landwirtschaftsministerium von Mecklenburg-Vorpommern
(Tel.: 0385. 588-6665 bzw. -6666)

Hotline zu Fragen zum Risiko für den Menschen:

- ▶ Robert Koch-Institut (Tel.: 01888. 754-3536, Mo. bis Fr., 8 bis 17 Uhr)

Impressum**Herausgeber**

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin

Tel.: 01888. 754-0
Fax: 01888. 754-2628
E-Mail: EpiBull@rki.de

Redaktion

Dr. med. Ines Steffens, MPH (v. i. S. d. P.)
unter Mitarbeit von
Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl und
Dr. med. Ulrich Marcus
Tel.: 01888. 754-2324 (Dr. med. I. Steffens)
E-Mail: SteffensI@rki.de;
KiehlW@rki.de; MarcusU@rki.de

Sylvia Fehrmann

Tel.: 01888. 754-2455
Fax.: 01888. 754-2459
E-Mail: FehrmannS@rki.de

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 infektions-epidemiologischen 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 dabei vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- per 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** (Polling) unter 01888. 754-2265 abgerufen werden. – Die Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung unter www.rki.de, Rubrik „Infektionsschutz“, dort im linken Fenster „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 A14273