

Epidemiologisches *Bulletin*



Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten und Public Health

50/98

Impfstatus und Impfpfehlungen in Hauptschulen des Landkreises München

Mit diesem Beitrag werden die Beispiele von Aktivitäten des öffentlichen Gesundheitsdienstes zur Ermittlung der Impfraten und zur Unterstützung der Durchführung von Schutzimpfungen fortgesetzt. Mitarbeiter der Abteilung Öffentliches Gesundheitswesen des Landratsamtes München hatten kürzlich über Ergebnisse einer Überprüfung des Impfstatus bei Schüler/innen von 9. Klassen in Gymnasien des Landkreises München berichtet (Kerscher G, Schwarzmüller-Leirich I: Werden schulärztliche Empfehlungen befolgt? Gesundheitswesen 1998; 60: 329–331). Jetzt untersuchten sie den Impfstatus erstmals in 5. Klassen der Hauptschulen im Landkreis München. Die Untersuchung umfaßte 1.225 Schülerinnen und Schüler:

Ziel der Aktion war, den aktuellen Impfstatus zu ermitteln und individuelle Empfehlungen über noch durchzuführende Impfungen zu geben. Trotz großer Bemühungen konnten die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes nur bei 56% der Schüler/innen der 5. Klassen Einsicht in die Impfdokumente nehmen. Es gibt keine Rechtsgrundlage, aufgrund derer die Vorlage gefordert werden könnte. Die Bereitschaft zur Beteiligung war hier auffällig gering und unterscheidet sich deutlich von der in Gymnasien festgestellten. Unter den vermuteten Gründen sind soziale Faktoren und öffentliche Äußerungen von Impfgegnern zu dieser Zeit zu nennen.

Die Ergebnisse der Erhebung sind in der Abbildung 1 zusammengefaßt dargestellt. Gemessen an den Impfpfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am RKI waren von den 686 Untersuchten mit Impfdokumenten 617 (89,9%) unvollständig und nur 69 (10,1%) vollständig geimpft. Der Impfschutz der 539 (44%) Schüler/innen, deren Dokumente nicht vorlagen, dürfte kaum besser sein. Bei der Betrachtung der im einzelnen nachzuholenden Impfungen wird deutlich, daß eine Indikation zur Impfung gegen Masern die gegen Mumps und Röteln einschließt (MMR-Impfstoff). Das unterstreicht den – auch von der STIKO betonten – Sinn der Verwendung von Kombinationsimpfstoffen. Die Untersuchungsergebnisse zeigen auch, daß die Hepatitis-B-Impfungen noch nicht im vorgesehenen Umfang durchgeführt werden.

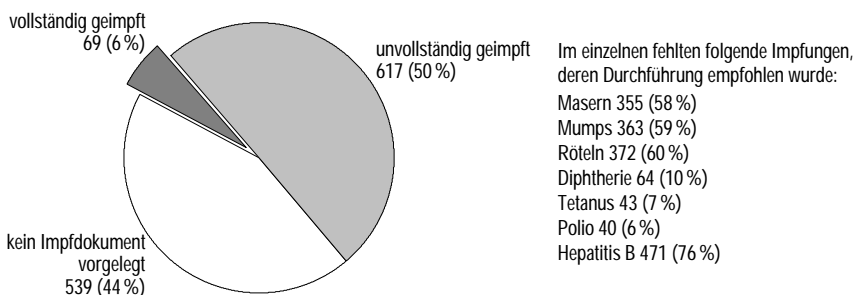


Abb. 1 Ergebnisse einer Überprüfung des Impfstatus bei Schüler/innen der 5. Klassen in Hauptschulen des Landkreises München, 1998 (N = 1.225)

Diese Woche:

Schutzimpfungen:

- Zum Impfstatus in Hauptschulen und zur Rolle des ÖGD
- Aktuelle Befragung zur Influenza-Impfung in Berlin und Stuttgart

MRSA:
Zum Vorgehen bei
Patientenverlegungen

EHEC/HUS:
Meldepflicht
eingeführt

In eigener Sache

18. Dezember 1998

ROBERT KOCH
RKI
INSTITUT

Die Daten kennzeichnen eine Situation, die sowohl aus individualmedizinischer Sicht als auch aus der Sicht der Gemeinschaft nur als äußerst unbefriedigend beurteilt werden kann. Dem Subsidiaritätsprinzip entsprechend ist der ÖGD gefordert, das Angebot der niedergelassenen Ärzteschaft zielführend zu ergänzen. Insgesamt müssen Wege gefunden werden, die Akzeptanz und Inanspruchnahme von Impfungen zu verbessern. Der bayerische staatliche ÖGD bietet derzeit gemäß § 14 Abs. 4 BSeuchG im Rahmen landesspezifischer Vorgaben Impfungen gegen Polio (IPV) und monovalente Rötelnimpfungen an. (Zu beachten ist, daß eine gesonderte Rötelnimpfung der Mädchen von der STIKO

nicht empfohlen wird, wenn bereits zwei MMR-Impfungen dokumentiert sind.) Die Diskussion über eine Erweiterung des Angebots ist in Gang gekommen. Ein erweitertes Impfangebot sollte unter finanzieller Beteiligung der Krankenkassen erreicht werden können (Beispiele dafür gibt es u. a. im Land Schleswig-Holstein und im Freistaat Sachsen). Insgesamt sollten die Überlegungen fortgesetzt werden, wie das in den Ländern derzeit sehr unterschiedlich ausgeprägte Impfangebot des ÖGD weiter intensiviert werden könnte.

Wir danken Herrn Dr. G. Kerscher, Landratsamt München – Öffentliches Gesundheitswesen – für seinen Erfahrungsbericht. Der Originalbeitrag wird im Heft II/99 der Zeitschrift »Das Gesundheitswesen« erscheinen.

Wie wurde das Angebot der Influenza-Schutzimpfung im Herbst 1998 angenommen? Ergebnisse einer Querschnittsuntersuchung zu Impfraten in der Berliner und Stuttgarter Bevölkerung

Influenza-Virus-Infektionen, die saisonal gehäuft auftreten, führen zu ersten respiratorischen Erkrankungen mit hohen Komplikationsraten und betreffen ganz besonders Angehörige bestimmter, durch dispositionelle oder expositionelle definierte Risikogruppen. In Deutschland wurden im Winter 1997/98 während der 6wöchigen eigentlichen Influenza-Welle etwa 4 Millionen zusätzlicher akuter respiratorischer Erkrankungen, rund 2 Millionen Fälle von Arbeitsunfähigkeit sowie etwa 5.000 zusätzliche Krankenhauseinweisungen im Vergleich zu epidemiefreien Jahren beobachtet.¹

Die Impfung gegen Influenza bietet einen Schutz vor der Erkrankung und ihren Komplikationen, verhindert zusätzlich aber auch die Weiterverbreitung der Infektion und spielt damit eine wesentliche Rolle zum Schutz der Allgemeinheit. Eine jährliche Impfung wird besonders Personen über 60 Jahre, chronisch Kranken sowie Beschäftigten im medizinischen Bereich und in Berufen mit hohem Publikumsverkehr empfohlen.² – In Deutschland existiert ein Surveillance-System für akute respiratorische Erkrankungen (Sentinel-System der AGI, Nationales Referenzzentrum); es liegen jedoch keine repräsentativen Daten zu Impfraten in der Bevölkerung und in den Zielgruppen vor.

In diesem Beitrag werden die Ergebnisse einer Querschnittsstudie aus Berlin und aus dem Raum Stuttgart vorgestellt, die während der laufenden Influenza-Impfungen im Herbst 1998 folgende Fragen klären sollte:

- Welcher Anteil der erwachsenen Bevölkerung in Berlin und im Raum Stuttgart ist in der aktuellen Influenza-Saison immunisiert?
- Wie hoch ist der Anteil der aktuell Immunisierten in speziellen Zielgruppen?
- Welches sind die wesentlichen Gründe für oder gegen eine Impfung?

Material und Methodik

In Berlin wurde am 9.11.1998 und im Raum Stuttgart (Vorwahl 0711) am 16.11.1998 eine telefonische Umfrage durch Teilnehmer von Fortbildungskursen für Angewandte Infektionsepidemiologie an Hand eines standardisierten vorgetesteten Fragebogen durchgeführt, der Fragen zu demographischen Daten, Gesundheitszustand, Beschäftigung und zum Impfverhalten in Bezug auf die Influenza-Immunisierung in der aktuellen Impfsaison enthielt. Dabei wurden auch die Gründe für oder gegen die Teilnahme an der Impfung erfaßt. Besonderes Augenmerk galt den Zielgruppen entsprechend den STIKO-Empfehlungen.

Die Stichprobe wurde in Berlin durch Zufallsauswahl von Telefonnummern aus dem Berliner Telefonbuch erstellt, im Vorwahlgebiet Stuttgart wurden zufällig ausgewählte computergenerierte Ziffernfolgen im Format von Telefonnummern verwendet, um auch nicht in das Telefonbuch eingetragene Rufnummern einzubeziehen.³ – In die Unter-

suchung eingeschlossen wurden Privatpersonen, die zum Zeitpunkt der Befragung in Berlin bzw. im Raum Stuttgart lebten, das 18. Lebensjahr vollendet hatten und über genügend Kenntnisse der deutschen Sprache verfügten, um die Fragen verstehen und beantworten zu können. Nicht befragt wurden Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen (u. a. Alten- und Pflegeheimen) lebten oder an ihrem Arbeitsplatz erreicht wurden.

Folgende Definitionen für die Zugehörigkeit zu einer Zielgruppe wurden verwendet:

- Alter über 60 Jahre oder
- Chronische Erkrankung (chronisch = gegenwärtig wegen der Erkrankung in regelmäßiger medizinischer Behandlung oder Kontrolle) eines oder mehrerer der folgenden Organe/Organsysteme: Herz/Kreislauf, Lunge, Leber, Niere, Stoffwechsel, Immunschwäche oder
- Berufliche Exposition im medizinischen Bereich (Personen mit medizinischen Berufen, die in mehr als der Hälfte ihrer Arbeitszeit Kontakt mit Patienten haben) oder
- Berufliche Exposition im nichtmedizinischen Bereich (Personen mit Tätigkeiten, bei denen sie in mehr als der Hälfte ihrer Arbeitszeit Publikumsverkehr haben)

Ergebnisse

Studienpopulation: Von insgesamt 1.598 angerufenen Teilnehmern in Berlin wurden 1.006 Personen erreicht. 73 erfüllten die Einschlußkriterien nicht. Unter den verbleibenden 933 Personen konnten 582 Interviews (62%) durchgeführt werden. In Stuttgart wurden unter 2.219 angewählten Nummern 1.336 Anschlüsse erreicht. 538 von diesen erfüllten die Einschlußkriterien nicht. Von den verbleibenden 798 Personen nahmen 545 (68%) an der Befragung teil.

In beiden Städten waren 62% der Befragten Frauen. Das durchschnittliche Alter (Median) der Teilnehmer in Berlin lag bei 50 Jahren, in Stuttgart bei 48 Jahren. Die Altersstruktur der Berliner Stichprobe unterschied sich von der der Berliner Bevölkerung⁴, so daß altersstandardisierte Impfraten berechnet wurden. – Die Zusammensetzung der Teilnehmer in Bezug auf die Risikogruppenzugehörigkeit unterschied sich in beiden Populationen nicht (Tab. 1). Zwei Drittel der Befragten gehörten zu mindestens einer der von der STIKO genannten Zielgruppen.

Impfraten (Tab. 2): Die Impfrate in der Berliner Stichprobe war 24%, nach Altersstandardisierung 19%, wobei sie in den Stadtbezirken Ostberlins mit 33% deutlich höher lag als in den Bezirken Westberlins mit 10% ($p=0.003$). In der Stuttgarter Stichprobe lag die Durchimpfung bei 12%, nach Altersstandardisierung bei 11%.

	Berlin n (%)	Stuttgart n (%)
Befragte,	582	545
davon: zu mindestens einer der Zielgruppen gehörend *	392 (67)	338 (63)
60 Jahre alt oder älter	187 (32)	161 (30)
chronische Erkrankung	195 (34)	148 (27)
berufliche Exposition	149 (26)	148 (27)
• im medizin. Bereich	27 (5)	30 (6)
• Publikumsverkehr	122 (21)	118 (22)

* Mehrfachnennungen möglich

Tab. 1 Verteilung der Studienpopulation auf die von der STIKO empfohlenen Zielgruppen für die Influenza-Impfung. Berlin/Stuttgart, November 1998

	Berlin		Stuttgart	
	n (%)	gesamt	n (%)	gesamt
Befragte	138 (24)*	582	65 (12)*	545
Stadtbezirke Ostberlins	66 (33)	199		
Stadtbezirke Westberlins	71 (19)	371		
Zielgruppen insgesamt**	124 (32)	392	57 (17)	338
60 Jahre alt oder älter	90 (48)	187	50 (30)	161
chronische Erkrankung	84 (43)	195	32 (25)	148
berufliche Exposition	17 (11)	149	6 (4)	148
• im medizin. Bereich	5 (19)	27	1 (3)	30
• Publikumsverkehr	12 (10)	122	5 (4)	118

*altersstandardisiert Berlin 19%, Stuttgart 10%; ** Mehrfachnennungen möglich

Tab. 2 Impfungen gegen Influenza und Impfraten. Berlin/Stuttgart, November 1998

In Berlin gehörten 124 (91 %) der 138 Geimpften und in Stuttgart 57 (88 %) der 65 Geimpften einer der Zielgruppen an. Damit lagen die aktuellen Impfraten der Zielgruppen in der Stichprobe in Berlin bei 32 %, in Stuttgart bei 17 %. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Zielgruppen waren allerdings in beiden Städten erheblich: Personen über 60 Jahre und chronisch Kranke waren um ein Vielfaches häufiger geimpft als Personen, die eine berufliche Exposition angaben.

Gründe für oder gegen die Impfung: Tabelle 3 zeigt die Gründe, die die geimpften Teilnehmer als wesentlich für ihre Entscheidung zugunsten einer Impfung angegeben haben. Hauptgründe für eine Impfung waren die Einschätzung,

	Berlin (n = 138) n (%)	Stuttgart (n = 64) n (%)
Impfung, weil		
• die Impfung wirksam schützt	128 (93)	58 (91)
• Virusgrippe eine schwere Erkrankung ist	125 (91)	51 (80)
• bereits in den Vorjahren eine Impfung erfolgte	117 (85)	50 (78)
• die Impfung wenig Nebenwirkungen hat	110 (80)	43 (67)
• ein erhöhtes Ansteckungsrisiko besteht	78 (57)	32 (50)
• der Hausarzt von der Impfung überzeugt hat	75 (54)	40 (63)
• Familienmitglieder oder Bekannte geimpft wurden	50 (36)	20 (31)
• Informationen aus Presse und Fernsehen überzeugten	36 (26)	19 (30)
• die Impfung an der Arbeitsstelle angeboten wurde	22 (16)	8 (13)

Tab. 3 Gründe für eine Impfung gegen Influenza (Mehrfachnennungen möglich). Berlin/Stuttgart, November 1998

daß Influenza eine schwere Erkrankung sei und daß die Impfung einen wirksamen Schutz böte. Die Motivation zur Impfung ging an erster Stelle vom Hausarzt aus, gefolgt von Medieninformationen und erst an letzter Stelle durch Angebote am Arbeitsplatz.

Von den Personen, die bis zum Zeitpunkt der Befragung nicht geimpft waren, gehörten 60 % zu einer der Zielgruppen (Berlin: 267 von 444, Stuttgart: 281 von 480 Nicht-Geimpften). Von ihnen würde sich etwa die Hälfte noch impfen lassen, wenn es ihnen ein Arzt empfehlen würde. Etwas mehr als die Hälfte der Nicht-Geimpften sah für sich kein erhöhtes Risiko, an Virusgrippe zu erkranken bzw. glaubte, keine Impfung zu brauchen, da sie sich gesund fühlte.

Diskussion und Schlußfolgerungen

In der hier beschriebenen Querschnittsstudie wurden altersstandardisierte Durchimpfungsraten der erwachsenen Bevölkerung von 19 % für Berlin und 11 % für Stuttgart gefunden, wobei sich in Berlin ein deutlicher Unterschied zwischen den Bezirken Westberlins und Ostberlins zeigt. – Versucht man, die Durchimpfung der erwachsenen Bevölkerung anhand der Verkaufszahlen der Impfstoffhersteller (8,8 Mio. verkaufte Impfdosen im Jahr 1997) abzuschätzen, findet man mit 13 % ein ähnliches Ergebnis, wobei die relativ höhere Durchimpfung in Berlin auf Grund der höheren Impfraten in den Bezirken Ostberlins zustande gekommen sein könnte. – Die Berliner Stichprobe unterlag einer Selektion, da nicht eingetragene Telefonnummern hier nicht mit erfaßt wurden.

Obwohl über 90 % der Impfungen an Personen aus den Zielgruppen gegangen waren, blieben die erreichten Impfraten in den Zielgruppen mit 32 % in Berlin und 17 % in Stuttgart insgesamt deutlich zu niedrig. Der große Unterschied zwischen den beiden Städten ist dabei im wesentlichen auf die höheren Impfraten in den Ostberliner Bezirken zurückzuführen. Die Gründe dafür sind in dieser Untersuchung nicht erkennbar und sollten noch analysiert werden. Bedenklich ist der geringe Anteil der Impfungen unter Personen mit beruflicher Exposition sowohl im medizinischen Bereich als auch in Berufen mit hohem Publikumsverkehr.

Influenza wird von denjenigen, die sich haben impfen lassen, zu einem sehr hohen Anteil für eine schwere Erkrankung gehalten, gegen die die Impfung einen wirksamen Schutz bietet. Die Hälfte der Personen, die einer Zielgruppe angehören, aber nicht geimpft sind, verkennen ihr eigenes Risiko und halten sich für nicht gefährdet; 50 % davon würden sich aber auf Anraten eines Arztes impfen lassen. Hier wäre ein Ansatzpunkt gegeben, durch verstärktes Engagement der Hausärzte den Schutz gegen Influenza zu verbessern.

Berlin und der Ballungsraum Stuttgart sind nicht repräsentativ für die Bevölkerung der Bundesrepublik. Es empfiehlt sich, eine ähnliche Befragung auch in anderen Städten oder Regionen durchzuführen, um mit Hilfe umfassenderer Daten gezielter auf eine Verbesserung der Impfergebnisse hinarbeiten zu können. Die Telefonbefragung hat sich dabei als ein geeignetes Instrument erwiesen.

Die Impfraten gegen Influenza sind insbesondere in den Zielgruppen immer noch weit unterhalb des Niveaus, der einen wirksamen Schutz dieser Bevölkerungsgruppe bedeuten würde. Es sind auch in Zukunft weitere Anstrengungen notwendig, um die Akzeptanz der Impfung gegen Influenza in den besonders gefährdeten Gruppen sowie das Angebot der Impfung zu verbessern. – Den Hausärzten sollte bei künftigen Präventionsbemühungen ihre entscheidende Schlüsselfunktion vor Augen geführt werden. – Zum eigenen und zum Schutz von Kontaktpersonen sollten im beruflichen Bereich exponierte Personen in höherem Maße geimpft sein. Die Betriebsärzte/Arbeitsmediziner könnten wesentlich dazu beitragen, die Impfraten in diesem Personenkreis zu steigern.

Obwohl in dieser Saison in Deutschland bereits einzelne Influenzavirus-Isolate (A/H3N2 und auch B) vorliegen, gibt es bis dato keine Anzeichen für eine wesentliche Zunahme Influenza-verdächtiger Erkrankungen, so daß die Gelegenheit zur Schutzimpfung weiter genutzt werden sollte.

Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am RKI: Empfehlungen zum Vorgehen bei der Verlegung von Patienten, die mit Methicillin-resistenten *S. aureus* (MRSA) infiziert oder besiedelt sind

Das Auftreten von Methicillin-(Oxacillin-)resistenten *S. aureus*-Stämmen nimmt auch in vielen deutschen Krankenhäusern zu. Diese Situation erfordert ein konsequentes Gegensteuern durch krankenhaushygienische Maßnahmen, die gegenwärtig von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am RKI in einer Richtlinie zusammengefaßt werden. Da zunehmend Anfragen zur Verlegung und zum Transport von MRSA-infizierten bzw. -besiedelten Patienten an das RKI gerichtet werden, hat sich die Kommission entschlossen, hierzu vorab einen **Katalog der empfohlenen Maßnahmen** zu veröffentlichen:

1. Maßnahmen bei Verlegungen und Transporten innerhalb des Krankenhauses

- Transporte von Patienten mit MRSA sollten auf Erkrankungsfälle mit strenger Indikation beschränkt werden.
- Die Zieleinrichtung ist über die MRSA-Besiedlung/Infektion bei dem Patienten vorab zu informieren, um erforderliche Schutzmaßnahmen veranlassen zu können.
- Wenn möglich, sollte unmittelbar vor dem Transport ein antiseptisches Baden oder Waschen des Patienten, inkl. Haarwäsche, erfolgen.
- Der Transport sollte möglichst als Einzeltransport mit frischer Bett- bzw. Körperwäsche oder Abdeckung erfolgen.
- Wundinfektionen oder Läsionen sind dicht abzudecken.
- Patienten mit nasopharyngealer Besiedlung sollten einen Mund-Nasen-Schutz tragen.
- Transportpersonal und Personal der Funktionsabteilungen sollten bei engem Kontakt einen frischen Schutzkittel anlegen und nach Kontakt mit Patienten die Hände desinfizieren. Die verwendeten Schutzkittel sind nach diesem Transport bzw. Kontakt zu Patienten sachgerecht zu entsorgen.

Die Fortbildungskurse, deren Teilnehmer die Befragung durchführten, wurden in Zusammenarbeit zwischen dem Fachgebiet Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts, dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Stuttgart (G. Pfaff, I. Zöllner) und der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf (N. Bocter), organisiert. – Anfragen zur Methodik beantworten Frau Dr. S. Rehmet, RKI, FG 23, Tel. 030/4547-3484, oder Herr Dr. Pfaff, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Stuttgart, Tel. 0711/1849-328.

1. *Der Kassenarzt* 1998; 42
2. *Empfehlungen der STIKO am RKI. Epid Bull* 15/98
3. *Gabler et al.: Telefonstichproben in Deutschland. Westdeutscher Verlag* 1998
4. *Statistisches Jahrbuch. Berlin* 1996

Die Studie wurde durchgeführt von J. Ammer, E. Baumann, M. Böhm, R. Croux, G. Dziekan, B. Freese, E. Füttig, U. Geuß-Fosu, A. Haack-Erdmann, A. Haug, A. Heitlinger, G. Heuser, H. Jäger, D. Jungmann, J. Koch, H. Krahnke, M. Lademann, G. Laude, A. v. Leitner-Grimm, S. Maaßen, P. Matzdorff, I. Möller, W. Mumenthaler, C. Potschka, E. Rimrott, C. Rübsamen, G. Sinn, H. Stein, H. Thielen, M. Thormählen, H. Völker-Feldmann, K. Weidlich, B. Wieman, A. Wille, A. Wirtz, W. Wulschner (Berlin); H. Bischoff, O. Bock-Hensley, M. Bracharz, J. Bremer, C. Dreweck, J. Elsässer, M. Föll, P. Friebel, G. Gießler, P. Graf, M. Greipel-Zamorski, U. Hägele, E. Herbert, M. Kaschube, W. Katusic, H. Körber, U. Leonhardt, K.-M. Meyer, R. Morawski, G. Orth, J. Reimann, W. Schmitt, S. Steingaß, J. Walther, H. Wetzel, H. Winterer, O. Zeller (Stuttgart).

- Ein Kontakt des MRSA-Patienten zu anderen Patienten ist zu vermeiden.
- Behandlungs- bzw. Untersuchungsmaßnahmen für MRSA-Patienten sollten möglichst an das Ende des Tagesprogrammes gelegt werden, Kontaktflächen sind anschließend zu desinfizieren.
- Unmittelbar nach dem Transport sind alle Kontaktflächen des Transportgerätes bzw. Transportfahrzeuges zu desinfizieren.

2. Maßnahmen bei der Verlegungen in andere Krankenhäuser bzw. andere Einrichtungen

- Jede Verlegung von MRSA-Patienten sollte nur bei sehr strenger und begründeter Indikationsstellung veranlaßt werden.
- Die Zieleinrichtung ist vor der Verlegung über die Besiedlung/Infektion des zu verlegenden Patienten mit MRSA zu informieren.
- Durch die verlegende Einrichtung sind die Begleitunterlagen eindeutig zu markieren und sind Informationen über letzte MRSA-Screening-Befunde beim Patienten zu übermitteln.
- Die Transportbedingungen sind zu beachten (s. Ziff. 1.).
- Bei nasalem bzw. oropharyngealem Trägertum des Patienten sollte die Sanierung mit einem antibakteriellen Wirkstoff vorgenommen werden, dessen klinische Wirksamkeit für diese Anwendung nachgewiesen ist.
- Bei Aufnahme in der Zieleinrichtung sollte der Patient nach Möglichkeit solange streng räumlich isoliert werden, bis weitere Kontrolluntersuchungen auf MRSA-Besiedlung negativ sind. In größeren Einrichtungen mit bereits endemischem Vorkommen von MRSA kommt statt der Einzel- auch eine Kohortenisolierung in Betracht.

- Bei Direktkontakten mit MRSA-Trägern sind bis zum mikrobiologisch gesicherten Abschluß des Trägertums Einmal-Handschuhe und Schutzkittel zu tragen.
 - Nach jedem Patientenkontakt ist eine hygienische Händedesinfektion für alle Angehörigen des medizinischen Personals zwingend erforderlich.
 - Bei Aufnahme bzw. Wiederaufnahme bekannter MRSA-Träger sind Untersuchungen auf MRSA durchzuführen.
3. Maßnahmen bei der Entlassung
- Patienten sollten dann entlassen werden, wenn ihr klinischer Zustand es zuläßt, ggf. auch trotz MRSA-Kolonisation.
 - Der weiterbehandelnde Arzt muß vorab informiert und sollte beraten werden, welche weiteren hygienischen Maßnahmen sinnvoll und ggf. zu veranlassen sind.

- Die Patienten sollten aufgeklärt werden, daß kein Risiko für gesunde Kontaktpersonen besteht (Ausnahme: Personen mit offenen Wunden und ekzematöser Haut könnten durch MRSA infiziert werden).

Literaturhinweise:

1. Combined working party of the British Society for Antimicrobial Chemotherapy, the Hospital Infection Society and the Infection Control Nurses Association. Revised Guidelines for the control of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection in hospitals. *J Hosp Infect* 1998; 39: 253-290
2. von Eiff C, Becker K, Peters G: Verhalten beim Auftreten von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* und Glykopeptid-resistenten Enterokokken-Stämmen. *Hyg Med* 1998; 23: 354-359
3. Heuck D, Witte, W: Maßnahmen zur Verhütung von MRSA-Übertragungen – eine Empfehlung aus epidemiologischer Sicht. *Chemother J* 1994; 2: 61-66

EHEC-Infektionen und HUS jetzt meldepflichtig

Nach Zustimmung des Bundesrates wurde die Meldepflicht nach § 3 des BSeuchG durch Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit vom 9. November 1998 (veröffentlicht am 30.11.1998 im BGBl. 1998, I Nr. 76) auf den Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie den Tod an enteropathischem hämolytisch-urämischem Syndrom (HUS) und die Erkrankung und den Tod an enterohämorrhagischen *Escherichia coli* (EHEC) sowie Ausscheider von EHEC ausgedehnt. Die Meldungen sind durch den im § 4 (behandelnde oder sonst hinzugezogene Ärzte u.a.) sowie im § 9 BSeuchG (Untersuchungsstellen) benannten Personenkreis an das zuständige Gesundheitsamt zu richten.

Das Gesundheitsamt übersendet Meldungen über Erkrankungen- und Todesfälle an HUS sowie Erkrankungen durch EHEC oder Ausscheider von EHEC in anonymisierter Form auf einem speziellen Formblatt über die zuständigen Landesbehörden an das Robert Koch-Institut. Der künftig zu verwendende Erhebungsbogen wurde erarbeitet und mit den obersten Landesbehörden abgestimmt. Er wird gegenwärtig gedruckt und in Kürze an alle Gesundheitsämter geliefert. Bis zur Auslieferung kann er bei Bedarf bei den Seuchenreferenten der obersten Landesbehörden angefordert werden.

In eigener Sache

Am Ende dieses Jahres stellt die Zeitschrift *Infektions-epidemiologische Forschung (InfFo)* ihr Erscheinen ein und wird mit dem bisherigen *Bundesgesundheitsblatt* zu der neuen Monatszeitschrift *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* zusammengelegt. Alle bisherigen Bezieher der *InfFo* erhalten zu ihrer Information die erste Ausgabe der neuen Zeitschrift zugesendet. Die im Springer-Verlag erscheinende Publikation wird vom RKI gemeinsam mit dem BfArM, dem BgVV, der BZgA und dem PEI herausgegeben. Es wird auch eine elektronische Version angeboten. Die Kosten für ein Jahresabonnement, das mindestens 12 monatliche Ausgaben umfaßt, werden 168,- DM (zuzüglich Versandkosten) betragen.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint wie bisher, der Bezugspreis bleibt unverändert. Ende 1998 liegt die wöchentliche Gesamtauflage des *Epidemiologischen Bulletins* bei rund 4.000 Exemplaren. 1998 sind 50 Ausgaben und drei Sonderausgaben erschienen. Das Internet-Angebot umfaßt leider vorerst nur Teile der vorliegenden Ausgaben. Im Januar 1999 wird ein Sachwort-Register zum Jahrgang 1998 herausgegeben. Das erste Heft des Jahrgangs 1999 erscheint am 8. Januar 1999.

In den Ausgaben dieses Jahres, deren letzte hier vorliegt, sind 195 Beiträge enthalten; 166 (85 %) zu Themen aus Deutschland, 29 (15 %) zu auslandsbezogenen Themen. Situationsberichte zu bestimmten Krankheiten hatten einen Anteil von 25 %; Beiträge zu speziellen Maßnahmen, Methoden und organisatorischen Fragen umfaßten 38 %. Berichten zu Ausbrüchen und Epidemien galten 12 % der Beiträge; 8 % waren kasuistische Beiträge und 17 % Mitteilungen zu Publikationen und Veranstaltungen.

Zum Jahresende bedanken wir uns noch einmal bei allen, die das *Epidemiologische Bulletin* durch Hinweise, fachlichen Rat und vor allem durch Material und Beiträge unterstützt haben. Die Redaktion und die Mitarbeiter des Referates »Kommunikation/Presse/Öffentlichkeitsarbeit« im Leitungsbereich des Robert Koch-Institutes, dem das *Epidemiologische Bulletin* jetzt zugeordnet wurde, wünschen allen Lesern und Kooperationspartnern ein gutes Jahr 1999 und erhoffen ein weiteres sachdienliches und erfolgreiches Zusammenwirken im infektionsepidemiologischen Netzwerk.