



Epidemiologisches Bulletin

24. November 2000 / Nr. 47

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Weiteres Etappenziel der Eradikation der Poliomyelitis erreicht

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) teilte am 21. Oktober mit, dass die Westpazifische Region durch ein unabhängiges Expertengremium als ›frei von autochthoner Poliomyelitis‹ deklariert wurde. Diese Region umfasst 37 Länder oder Gebiete, darunter die Volksrepublik China, den bevölkerungsreichsten Staat der Erde. Mit dieser Erklärung wurde ein wichtiger weiterer Erfolg bei der Realisierung des globalen Eradikationsprogramms errungen. Nach den beiden Teilen Amerikas, deren Polio-Freiheit bereits 1994 bestätigt werden konnte, wurde die Krankheit in einem zweiten großen Gebiet ausgerottet. In der WHO-Region Europa, zu der 51 Länder gehören, sind jetzt seit über zwei Jahren keine Polio-Wildvirus-Infektionen mehr aufgetreten; damit wird die für das Jahr 2001 vorgesehene Deklaration der Polio-Freiheit auch für diesen Raum immer wahrscheinlicher (s. a. Beitrag zum Welt-Poliomyelitistag, *Epid. Bull.* 43/2000).

Seit der auf der 41. Weltgesundheitsversammlung im Jahr 1988 vorgetragenen Initiative der WHO, die Poliomyelitis als zweite impfpräventable Krankheit weltweit auszurotten, konnte als Ergebnis der nationalen Impfprogramme und Impfkampagnen die Zahl der Polio-Erkrankungen um mehr als 95% reduziert werden; für 1988 wurden 350.000 Erkrankungen geschätzt, 1999 wurden bei weitgehend etablierter Surveillance 7.094 Fälle durch Meldung erfasst, tatsächlich dürften es nicht mehr als 20.000 gewesen sein. Im Jahr 2000 sind bis Ende Oktober weltweit nur 1.481 Erkrankungen bestätigt worden.

Die Zahl der Länder mit endemischem Vorkommen von Poliomyelitis sank in den 12 Jahren des Eradikationsprogramms von 125 auf 30. Das Vorkommen von einheimischer Poliomyelitis konzentriert sich jetzt auf Teile Afrikas südlich der Sahara und den indischen Subkontinent. Zehn Länder besitzen gegenwärtig eine besondere Bedeutung als letzte Reservoir des Wildvirus; fünf von ihnen sind stark bevölkert, haben ein relativ niedriges Hygieneniveau und größere Defizite in den bisherigen Impfstraten: Äthiopien, Bangladesh, Indien, Nigeria und Pakistan. In fünf weiteren Ländern waren die notwendigen Impfungen und die Surveillance durch verschiedene Konflikte bisher noch sehr behindert, dies sind Afghanistan, Angola, die Demokratische Republik Kongo, Somalia und der Sudan.

Das Programm wird mit hohem Engagement fortgeführt. Allein in den letzten fünf Jahren wurden etwa zwei Milliarden Kinder immunisiert. Ein Netzwerk von 148 Speziallaboratorien sichert den virusdiagnostischen Teil der Surveillance. Die globale Initiative mit dem Ziel der völligen Ausrottung der Poliomyelitis, deren Deklaration für das Jahr 2005 in Aussicht gestellt ist, wird unter Führung der WHO von *Rotary International*, den *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, Atlanta, USA) und dem *United Nations Children's Fund* (UNICEF) getragen. Regierungen und nationale Gesundheitsbehörden sowie eine Vielzahl von Organisationen und Institutionen geben in verschiedener Form dringend notwendige Unterstützung. Eine entscheidende Rolle bei der praktischen Durchführung des Programms spielen auch unzählige freiwillige Helfer in den Entwicklungsländern; allein 10 Millionen Helfer haben die bisherigen Massenimpfungen ermöglicht.

Quellen: WHO: Press release WHO/71. Major milestone reached in global polio eradication: Western Pacific region certified polio-free. 29. Oct. 2000. – Fact Sheet N 114: Poliomyelitis (revised Sept. 2000)

Diese Woche

47/2000

Poliomyelitis:

Eradikationsprogramm

kommt voran –

Westpazifische Region poliofrei

Masern:

Bericht zu einem Ausbruch

in Irland – Update

Hygiene:

Zur Händehygiene

ARE/Influenza:

Aktuelle Situation



Aktueller Masern-Ausbruch in Irland – Update

In den Ausgaben 7, 19 und 27/2000 des Epidemiologischen Bulletins wurde über einen Masern-Ausbruch im Ostteil der Republik Irland berichtet. In dieser Region, zu der die Stadt Dublin und ihre Umgebung sowie die Bezirke Wicklow und Kildare gehören, leben 1,3 Millionen Menschen. Da die erste MMR-Impfung in Irland bisher erst im Alter von 15 Monaten gegeben wurde, hatten sich im Laufe von etwa 6 Jahren offensichtlich >Pools< ungeimpfter Kinder im Alter von 6–14 Monaten gebildet, die einen größeren Ausbruch ermöglichten. Dazu ergänzende Informationen:

Vom 1. Januar bis zum 2. September 2000 sind der zuständigen Gesundheitsbehörde (*Eastern Health Board*) insgesamt 1.234 Masern-Erkrankungen (95 Erkr. pro 100.000 Einw.) – überwiegend bei Kleinkindern – gemeldet worden. Der Gipfel des Geschehens wurde bereits in der 2. Aprilwoche erreicht; von Ende März bis Ende Mai sind wöchentlich über 60 Erkrankungen erfasst worden. Unter dem Einfluss der eingeleiteten Gegenmaßnahmen klang die Epidemie seit Juni ab, doch lagen die Neuzugänge bis zum September noch immer über den Vergleichszeiträumen des Vorjahres.

Im Nationalen Virus-Referenzlabor wurden bis Ende August 407 Erkrankungsfälle serologisch bestätigt. Durch ein Übergreifen auf den Süden und Südosten der Republik Irland kam es dort im gleichen Zeitraum zu 245 Masern-Erkrankungen, so dass landesweit von Januar bis September 1.479 Erkrankungen registriert wurden. Rund 12 % der bis zum Sommer Erkrankten wurden in Krankenhäusern behandelt. Es wurde über zwei Sterbefälle im Zusammenhang mit Masern-Erkrankungen berichtet.

Ärzte, Eltern sowie Leiter von Kindertagesstätten und Schulen wurden seit Anfang des Jahres eingehend informiert und zur Durchführung fälliger Impfungen aufgefordert. Durch den öffentlichen Gesundheitsdienst wurden Impfkampagnen organisiert. Das Impfalter wurde vorverlegt; die erste MMR-Impfung soll jetzt allgemein im Alter von 12 Monaten erfolgen, kann jedoch im Falle einer besonderen Exposition bereits ab dem 6. Monat gegeben werden. Beim Auftreten eines Masernfalles in einer Kindereinrichtung wurde als Riegelungsimpfung empfohlen, allen

empfindlichen Kinder ab dem zweiten Lebensjahr sofort eine MMR-Impfung und eine zweite im Abstand von 4 Wochen und Kindern im ersten Lebensjahr eine MMR-Impfung zu geben. Kinder, die vor ihrem ersten Geburtstag geimpft wurden, sollten dann eine zweite MMR-Impfung im Alter von 15 Monaten und sicherheitshalber eine dritte bei Aufnahme in die Schule erhalten.

Quelle: Mary Cronin (Eastern Health Board, Dublin) und Margaret Fitzgerald (National Disease Surveillance Centre, Republic of Ireland): Measles outbreak in the Republic of Ireland: update. *Eurosurveillance* Weekly 2000; 37 (14.09.2000)

Kommentar: Dieser Masern-Ausbruch in einer Region mit traditionell hohen Impfraten belegt beispielhaft, dass die Masern als Krankheit ernst zu nehmen sind, dass periodisch mit größeren Ausbrüchen gerechnet werden muss und einmal entstandene Ausbrüche sich nur schwer begrenzen lassen. Wie auch bei verschiedenen örtlichen Masern-Häufungen in Deutschland waren die ungeimpften Kinder im ersten Lebensjahr ganz besonders betroffen.

Die in Irland in diesem Jahr bisher erreichte Inzidenz liegt im übrigen im Bereich der auch für deutsche Regionen gegenwärtig anzunehmenden Inzidenz; in Abhängigkeit von den regional unterschiedlichen Impfraten und je nach epidemischer Situation werden zwischen 40 und 120 Masern-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner erwartet.

In Deutschland wird auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) am RKI die MMR-Erstimpfung bereits ab dem 12. Lebensmonat empfohlen. Sie sollte aber auf jeden Fall zu Beginn des zweiten Lebensjahres erfolgen. Leider wird sie häufig erst wesentlich später durchgeführt. Bei geplanter Aufnahme in eine Kindereinrichtung kann die erste MMR-Impfung auch schon ab dem 9. Lebensmonat gegeben werden. Vor dem 12. Monat Geimpfte sollen die MMR-Zweitimpfung unbedingt bereits im zweiten Lebensjahr erhalten. Auch für andere Kinder ist dies empfehlenswert; grundsätzlich kann die zweite MMR-Impfung bereits 4 Wochen nach der 1. Dosis erfolgen. Für die angestrebte Eliminierung der Masern ist eine möglichst frühzeitige Impfung aller Kinder entscheidend.

Händehygiene – Mittelpunkt des Infektionsschutzes in Gesundheitseinrichtungen

Erfahrungen mit einem Programm zur Verbesserung der Händehygiene in einem Lehrkrankenhaus

Die Hände stellen das wichtigste Vehikel bei der Übertragung von Erregern im Krankenhaus dar. Die Händehygiene gehört somit zu den wichtigsten Maßnahmen der Verhütung von Krankenhausinfektionen. Bekanntlich klaffen aber in der Händehygiene oft größere Lücken zwischen den theoretischen Kenntnissen und dem praktischen Verhalten des medizinischen Personals. Erprobte Ansätze, die Situation zu verbessern, sind gezielte Schulungen und Kontrollmaßnahmen. Als besonders wichtig hat sich aber auch die Einflussnahme auf die Compliance erwiesen; es

muss für die Mitarbeiter leicht und angenehm sein, die Hände zu reinigen und zu desinfizieren, nur dann werden sie es auch im erforderlichen Umfang tun.

Eine aktueller Beitrag zu diesem Thema kommt aus den Universitätskliniken in Genf. Hier wurde über mehrere Jahre ein Programm zur Verbesserung der Händehygiene erprobt. Mittelpunkt war das Angebot einer patientennahen hygienischen Händedesinfektion. Das Programm erreichte eine deutlich verbesserte Akzeptanz und führte tatsächlich zu einer Senkung der Rate nosokomialer Infektionen.

Das Programm begann 1995 zunächst mit ausführlichen Informationen und wechselnden, Aufmerksamkeit erregenden Postern. Zusätzlich zu den Möglichkeiten des Händewaschens mit Wasser und Seife im Patientenzimmer wurden an jedem Krankenbett Spender mit einem zu verreibenden Händedesinfektionsmittel bereitgestellt. Die Desinfektionslösung bestand aus einem alkoholischen Wirkstoff, Chlorhexidin und einem Hautpflegemittel, um die Hautreaktionen nach wiederholter Anwendung zu reduzieren. Das gleiche Präparat wurde in flachen kleinen Flaschen für die Kitteltasche angeboten.

Während des Programms (1995 bis 1997) kam es zu einer ständigen Verbesserung der Routineanwendung der hygienischen Händedesinfektion in allen Kliniken, was in einer Serie von Kontrollen, die insgesamt 20.000 Gelegenheiten für Händehygiene erfassten, belegt wurde. Der Verbrauch an Händedesinfektionslösung hatte sich vervierfacht.

Die Gesamtprävalenz nosokomialer Infektionen sank von 16,9% (1994) auf 9,9% (1998). Die Inzidenz von MRSA-Übertragungsvorgängen ging um mehr als die Hälfte zurück (von 2,2 auf 0,9 Episoden pro 10.000 Patiententage). Bei den Schwestern und Hilfskräften hatte sich die Händehygiene signifikant verbessert. Bei den Ärzten wurde das nicht so deutlich, allerdings stiegen diese vermehrt vom Händewaschen auf eine Händedesinfektion um.

Die Organisatoren der Studie führen den erreichten Erfolg auf den leichten Zugang zum Desinfektionsmittel, die ständige Ermahnung durch die Poster-Kampagne, Zwischenauswertungen und eine engagierte Unterstützung des Vorhabens durch die Mehrzahl der Mitarbeiter des Krankenhauses zurück. Die beobachtete geringere

Compliance im Kreise der Ärzte halten sie für ein noch zu lösendes Problem.

Quellen:

Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, et al.: Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Lancet* 2000; 356: 1307–1312

Handwashing – a simple and effective means of infection control. Reported by Stuart Handysides. *Eurosurveillance Weekly* 2000; 42 (19.10.2000)

Kommentar: Zur Händehygiene wurde schon viel untersucht und gesagt. Auch das obige Beispiel, eines unter vielen, zeigt, dass selbst unter kontrollierten Bedingungen nicht alles zu Fordernde erreicht wird. Es bleibt den Mitarbeitern in den einzelnen Gesundheitseinrichtungen überlassen, zu entscheiden, ob in ihrem Verantwortungsbereich eine adäquate Händehygiene als gesichert gelten kann oder Verbesserungen notwendig wären. Die Surveillance nosokomialer Infektionen könnte hier ggf. konkrete Ansatzpunkte liefern. Zur fachlichen Anleitung und Verdeutlichung des krankenhaushygienischen Standards auf diesem Gebiet hat die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut im Frühjahr des Jahres eine praxisrelevante Empfehlung (mit 33 Literaturhinweisen) herausgegeben:

Händehygiene. Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut.

Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2000; 43, Heft 3: 230–233 oder <http://www.rki.de/GESUND/HYGIENE/HYGIENE.htm>

Akute respiratorische Erkrankungen (ARE)/Influenza – aktuelle Situation

Die Surveillance der ARE und der Influenza wurde saisonal verstärkt. Im Netz der Beobachtungspraxen der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) liegt in der 46. Woche (bis 17.11.) der ARE-Anteil an den Praxiskontakten mit 10,1% (19,5% in pädiatrischen und 7,6% in allgemeinmedizinischen Praxen) in einem für die Jahreszeit normalen Bereich. Auch die anderen Indikatoren (wie der Praxisindex) lassen auf ein jahreszeitlich normales Niveau der Atemweginfekte schließen.

Nach den Mitteilungen in der AGI mitwirkenden Arztpraxen überwiegen leichtere Verläufe und Infekte der oberen Luftwege, häufiger werden aber auch obstruktive Bronchitiden und Exazerbationen chronisch obstruktiver Lungenerkrankungen beobachtet. In allen Regionen werden etwas vermehrt Scharlacherkrankungen und häufiger teils eitrig verlaufende Anginen und Laryngitiden gesehen. Den Mitteilungen zufolge sind auch Atemweginfekte mit Magen-Darm-Beteiligung verbreitet. Über Influenza-typische Erkrankungsverläufe wurde nur vereinzelt berichtet. Die verschiedenen klinischen Bilder der akuten Atemweginfekte weisen ebenso wie die labordiagnostischen Befunde auf ein breiteres Spektrum ursächlicher Erreger hin.

Bisher gibt es sehr vereinzelte Nachweise von Influenza A in der Schweiz, in Schweden und in Belgien. In England und Frankreich gab es sporadische Nachweise von Influenza A(H1N1), während in Irland ein A(H3N2)-Virus isoliert wurde. Einzelfälle von Influenza-B-Erkrankungen sind in Finnland, der Tschechischen Republik, England und Portugal mit Antigennachweisen diagnostiziert worden. In Portugal ist ein kleiner lokaler Ausbruch von Influenza B beobachtet worden. Die Morbidität bleibt weiterhin auf einem normalen Niveau. Die nur sehr sporadischen Isolierungen bzw. Infektionsnachweise sprechen dafür, dass es bisher nicht zu einer gesteigerten Influenza-Aktivität gekommen ist.

Am 22.11.2000 wurde im Nationalen Referenzzentrum für Influenza am RKI in Berlin der erste Nachweis einer Influenzavirus-Infektion in dieser Saison geführt. In einer Probe, die von einem 4-jährigen an einer Pneumonie erkrankten Jungen aus Berlin stammt, erfolgte mittels PCR der Genomnachweis von Influenza A(H1N1).

Quelle: Mitteilungen des NRZ für Influenza am Robert Koch-Institut, Berlin (Frau Dr. B. Schweiger), sowie der Arbeitsgemeinschaft Influenza, Marburg (Dr. H. Uphoff)