



Epidemiologisches Bulletin

14. September 2001 / Nr. 37

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Ratgeber Infektionskrankheiten

Im Rahmen dieser Reihe präsentiert das Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit den Nationalen Referenzzentren, Konsiliarlaboratorien und weiteren Experten im *Epidemiologischen Bulletin* und im Internet (<http://www.rki.de/INFEKT/RATGEBER/RAT.HTM>) zur raschen Orientierung Zusammenstellungen praktisch bedeutsamer Angaben zu wichtigen Infektionskrankheiten. Hinweise auf weitere Informationsquellen und kompetente Ansprechpartner ergänzen das Angebot. Die Beiträge werden regelmäßig aktualisiert (zur Mitwirkung wird aufgefordert).

27. Folge: Mumps (Parotitis epidemica)

Erreger

Das Mumpsvirus ist ein umhülltes einsträngiges RNA-Virus aus der Familie der Paramyxoviridae. Die Innenseite der Hülle wird von einem Matrixprotein ausgekleidet, die Negativstrang-RNA ist von einem Nukleokapsid umgeben. Die Glykoproteine Hämagglutinin und Neuraminidase sowie das Fusionsantigen bilden aus der Virushülle herausragende ›Spikes‹.

Von Mumpsviren ist nur ein Serotyp bekannt. Mögliche Kreuzreaktionen mit dem Parainfluenzavirus sind zu beachten. Obwohl Mumpsviren genetisch nur relativ geringfügig variieren, lassen sich durch Sequenzvergleiche Unterschiede zwischen einzelnen Stämmen feststellen. Damit ist auch eine Unterscheidung zwischen Impf- und Wildvirus möglich, was bei der Beurteilung eventueller Impfkomplicationen von Bedeutung ist. Einzelne Mumpsvirusstämme unterscheiden sich auch in ihren biologischen Eigenschaften, wie z. B. der Neurovirulenz.

Vorkommen

Infektionen mit dem Mumpsvirus sind weltweit endemisch verbreitet und betreffen in ungeimpften Populationen überwiegend das Kindes- und Jugendalter. Sie treten während des ganzen Jahres, jedoch gehäuft im Winter und Frühjahr auf. In Deutschland kommt es bei den gegenwärtigen Impfstraten noch zu Erkrankungswellen im Abstand von einigen Jahren. Unter dem Einfluss der zunehmend verbesserten Impfpflichtigkeit sind häufiger als früher Erkrankungen im Erwachsenenalter zu verzeichnen.

Reservoir

Der Mensch ist das einzige Erregerreservoir.

Infektionsweg

Die Übertragung erfolgt vor allem aerogen durch Tröpfcheninfektion, seltener durch mit Speichel kontaminierte Gegenstände. Die mögliche Virusausscheidung im Urin und in der Muttermilch hat keine praktische Bedeutung für die Übertragung.

Inkubationszeit

Die Inkubationszeit beträgt in der Regel 16–18 Tage (12–25 Tage sind möglich).

Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Die Ansteckungsfähigkeit ist 2 Tage vor bis 4 Tage nach Erkrankungsbeginn am größten. Insgesamt kann ein Infizierter 7 Tage vor bis 9 Tage nach Auftreten der

Diese Woche

37/2001

Mumps:

Ratgeber Infektionskrankheiten
27. Folge

Salmonellose:

Erkrankung am Ende
der Schwangerschaft –
gefährlich für das Kind
Fallbericht

Krankenhaushygiene:

Hygienebeauftragte Ärzte
in der Pädiatrie –
Ergebnisse einer Umfrage

Publikationshinweise:

- ▶ Neue Merkblätter des BgVV zur Prävention lebensmittelbedingter Infektionen
- ▶ Informationsbriefe für Gesundheitsämter zu Fragen der Meldung

Ankündigung:

Symposium
›Infektionsmedizin in Tübingen‹



Parotisschwellung ansteckend sein. Auch klinisch inapparente Infektionen sind ansteckend.

Klinische Symptomatik

Mumps ist eine systemische Infektionskrankheit. Sie führt in der Regel zu lebenslanger Immunität; Zweiterkrankungen sind möglich, aber selten.

Mindestens 30–40 % der Infektionen verlaufen subklinisch. Besonders bei Kindern unter 5 Jahren kann die Mumpsinfektion unter dem Bild einer akuten respiratorischen Erkrankung ablaufen (40–50 % der Fälle). Das typische Erkrankungsbild ist eine Entzündung der Speicheldrüsen – **Sialadenitis** (ein- oder doppelseitiger Befall der Glandula parotis, teilweise auch Glandula submandibularis oder Glandula sublingualis) – in Verbindung mit Fieber. Auch andere Drüsen können betroffen sein.

Zu den wichtigen Manifestationen gehört eine seröse **Meningitis** ein (klinisch auffällig in etwa 3–10 % der Fälle, sehr viel häufiger unbemerkt). Die Mumpsmeningitis kann in Verbindung mit einer Akustikus-Neuritis und Labyrinthitis sehr selten eine Innenohrschwerhörigkeit zur Folge haben (1 Fall auf 10.000 Erkrankte). Seltener Manifestationen, vor allem postpubertär, sind Pankreatitis, Orchitis, Epididymitis, Oophoritis oder Mastitis. Die Orchitis kann in seltenen Fällen zur Sterilität führen. Sehr seltene Komplikationen sind: Thyreoiditis, Myelitis, Myokarditis, Arthritis, Entzündungen an den Augen und Nieren und eine thrombozytopenische Purpura. Unter den sehr seltenen Komplikationen hat die Meningoenzephalitis eine besondere Bedeutung, sie führt in 50 % der Fälle zu Dauerschäden.

Bemerkenswert ist, dass alle Manifestationen und Komplikationen auch ohne manifeste Parotitis auftreten können. In der Schwangerschaft kann die Erkrankung, vor allem wenn sie während des 1. Trimesters auftritt, zu Spontanaborten führen. Fetale Missbildungen oder Frühgeburten sind nicht bekannt.

Die Dauer der manifesten Erkrankung beträgt in der Regel 3–8 Tage. Mit zunehmendem Lebensalter werden schwere Verlaufsformen, z. B. Manifestationen am ZNS, häufiger. Die Zahl der Krankenhausbehandlungen wegen Mumps ist in den letzten Jahren zurückgegangen.

Diagnostik

Bei klassischem Verlauf mit Parotitis ist eine Labordiagnostik nicht erforderlich, da die Diagnose aufgrund des klinischen Bildes gestellt wird. Bei atypischen Verläufen empfiehlt es sich, die Diagnose serologisch zu bestätigen (Bestimmung spezifischer IgM- und IgG-Antikörper mittels ELISA).

In besonderen Fällen, z. B. bei ZNS-Manifestationen, ist auch die Virusanzucht bzw. der Virus-RNA-Nachweis aus einem Rachenabstrich, Speichel, Liquor, Urin oder Biopsiematerial möglich.

Therapie

Die Therapie ist ausschließlich symptomatisch (z. B. Analgetika, Antipyretika).

Präventiv- und Bekämpfungsmaßnahmen

1. Präventive Maßnahmen

Die wirksamste präventive Maßnahme ist die Schutzimpfung gegen Mumps, für die ein attenuierter Lebendimpfstoff zur Verfügung steht. Von der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut wird eine Schutzimpfung mit einer trivalenten Vakzine gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR-Impfstoff) empfohlen. Die erste Impfung soll zwischen dem 12. und dem 15. Lebensmonat durchgeführt werden. Die zweite MMR-Impfung soll im Alter von 15 bis 23 Monaten, möglichst vor Aufnahme in eine Kindereinrichtung, allerspätestens aber bei der Schuleinganguntersuchung erfolgen. Eine Altersbegrenzung existiert allerdings nicht.

Arbeitsmedizinische Impfindikationen bestehen für ungeimpfte bzw. empfängliche Personen in Einrichtungen der Pädiatrie, in Kindereinrichtungen (Vorschulalter) und Kinderheimen. Anzumerken ist, dass Erkrankungen Geimpfter möglich, aber selten sind.

2. Maßnahmen für Patienten und Kontaktpersonen

An Mumps erkrankte Patienten sollten bei stationärer Behandlung von anderen Patienten getrennt untergebracht werden.

Maßnahmen bei Erkrankten: Nach § 34 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) dürfen Personen, die an Mumps erkrankt oder dessen Verdächtig sind, in Gemeinschaftseinrichtungen keine Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstigen Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist. Entsprechend dürfen auch die in Gemeinschaftseinrichtungen Betreuten, die an Mumps erkrankt sind, die dem Betrieb der Gemeinschaftseinrichtung dienenden Räume nicht betreten, Einrichtungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht nutzen und an Veranstaltungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht teilnehmen.

Eine Wiederezulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen kann nach Abklingen der klinischen Symptome, frühestens 9 Tage nach Ausbruch der Erkrankung erfolgen.

Maßnahmen bei Kontaktpersonen: Personen, die in der Wohngemeinschaft Kontakt zu einer ärztlich bestätigten Mumpserkrankung (oder einem Verdachtsfall) hatten, dürfen eine Gemeinschaftseinrichtung für die Dauer der mittleren Inkubationszeit von 18 Tagen nicht besuchen oder nicht in ihr tätig sein (§ 34 Abs. 3 IfSG). Dies entfällt, wenn sie nachweislich früher bereits an Mumps erkrankt waren, früher bereits geimpft wurden (bei nur einmaliger Impfung wird aktuell die 2. Dosis gegeben) sowie nach postexpositioneller Schutzimpfung, falls diese innerhalb von 3 (maximal 5) Tagen nach erstmals möglicher Exposition erfolgte.

3. Maßnahmen bei Ausbrüchen

Ausbrüche in Gemeinschaftseinrichtungen sollen über die Mitteilungspflicht der Leitung der Einrichtung gemäß § 34

Abs. 6 IfSG dem zuständigen Gesundheitsamt zur Kenntnis gelangen. Wird ein örtlich gehäuftes Auftreten von Mumpserkrankungen außerhalb einer Gemeinschaftseinrichtung durch einen Arzt festgestellt, sollte dieser das zuständige Gesundheitsamt informieren. Neben der beratenden Tätigkeit können ggf. Maßnahmen zur Verhütung der Weiterverbreitung eingeleitet oder auch kontrolliert werden.

Eine **postexpositionelle Impfung** wird als **Riegelungsimpfung** zur Bekämpfung von Ausbrüchen besonders in Kindereinrichtungen bei ungeimpften bzw. einmal geimpften Kindern mit aktuellem Kontakt zu an Mumps erkrankten Personen empfohlen. Je nach Impfanamnese wird die erste oder zweite MMR-Impfung gegeben. Zur Verhütung von Folgeerkrankungen der zweiten Generation sollte die postexpositionelle Impfung innerhalb von 3 Tagen (maximal 5 Tagen) nach erstmals möglicher Exposition durchgeführt werden. Bei Häufungen in Kindereinrichtungen und Schulen sind Riegelungsimpfungen in der Regel auch nach dem optimalen Zeitpunkt noch sinnvoll, weil dadurch Kontaktfälle, die von den Erkrankten der zweiten Generation ausgehen könnten, verhindert werden.

Erkrankungsfälle in Kindereinrichtungen und Schulen sollten grundsätzlich dazu genutzt werden, den Impfstatus im Umfeld zu kontrollieren und ggf. durch Impfung zu aktualisieren.

Meldepflicht

Das IfSG sieht eine allgemeine Meldepflicht nicht vor. In einigen Bundesländern (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen) existiert auf der Basis von länderspezifischen Meldeverordnungen eine Meldepflicht für Mumpserkrankungen.

Nach § 34 Abs. 6 IfSG hat die Leiterin/der Leiter einer Gemeinschaftseinrichtung das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich über Mumpserkrankungen, von denen die Einrichtung betroffen ist, zu informieren (Mitteilungspflicht).

Fallbericht: Salmonellose am Ende einer Schwangerschaft – Gefahr für das Neugeborene

Eine 30-jährige Frau war etwa eine Woche vor der Geburt an einer fieberhaften Enteritis erkrankt, deren Ätiologie jedoch vom Hausarzt nicht geklärt wurde, nachdem sich die subjektiven Beschwerden unter einer symptomatischen Therapie spontan etwas verbessert hatten. Wegen »heftiger Magenkrämpfe« der werdenden Mutter wurde in der 38. Schwangerschaftswoche in einem Entbindungsheim eine Einleitung der Geburt durch Blasensprengung vorgenommen. Das Fruchtwasser war unauffällig. Das Neugeborene war entsprechend entwickelt und fieberfrei, so dass Mutter und Kind nach Hause entlassen werden konnten. Einen Tag später kam das Neugeborene jedoch mit einem septischen Krankheitsgeschehen zur Aufnahme in die Kinderklinik. Eine Leukozytose bestand nicht, jedoch war das CRP auf 23 mg/l angestiegen. Aus Stuhl, Analabstrich und Nasenabstrich, nicht jedoch aus Blut konnte *Salmonella enterica* var. Enteritidis isoliert werden. Auf eine antibiotische Therapie mit Ampicillin plus Gentamicin entfielerte

Beratung und Spezialdiagnostik:

Nationales Referenzzentrum für Masern, Mumps, Röteln

Robert Koch-Institut

Nordufer 20, 13353 Berlin

Leitung: Frau Dr. A. Tischer

Tel.: 01888.754-2516, Fax: 01888.754-2686

E-Mail: tischera@rki.de

Ausgewählte Informationsquellen:

1. Klinische Infektiologie. Marre R, Mertens T, Trautmann M, Vanek E (Hrsg.). Urban & Fischer Verlag, München, Jena, 2000, S. 286–288
2. Handbuch Infektionen bei Kindern und Jugendlichen: mit 143 Tabellen. Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e.V. (DGPI). Red.-Kollegium H. Scholz. 3., erw. und überarb. Aufl. Futuramed-Verlag, München, 2000, S. 454–457
3. Chin J (ed.): Control of Communicable Diseases Manual. American Public Health Association, 2000, S. 353–355
4. Harrison innere Medizin: Anthony S. Fauci (ed.) et al. (Hrsg. der 14. dt. Ausg. W.E. Berdel). McGraw-Hill, London, Frankfurt am Main, 1999, S. 1338–1339
5. Darai G, Handermann M, Hinz E, Sonntag H-G (Hrsg.): Lexikon der Infektionskrankheiten. Springer-Verlag, 1997, S. 344–345
6. RKI: Immunität gegen Masern, Mumps und Röteln in Deutschland: Ergebnisse einer Seroprävalenzstudie. Epid Bull 1998; 20: 143–144
7. RKI: Impfpräventable Krankheiten. Jahresbericht 1998. Epid Bull 1999; 19: 139–143
8. RKI: Seltene meldepflichtige und andere Infektionskrankheiten in bestimmten Bundesländern: Jahresstatistik 1999. Epid Bull 2000; 20: 163
9. RKI: Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: Juli 2001. Epid Bull 2001; 28: 203–218
10. RKI: Empfohlene immunprophylaktische Maßnahmen bei Auftreten von Erkrankungen an Masern, Mumps oder Röteln in Kindereinrichtungen und Schulen. Epid Bull 2001; 29: 222–223
11. Empfehlungen für die Wiederezulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen. Mumps. Merkblatt für Ärzte Hrsg. v. RKI (www.rki.de). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2001; 8: 830–843

Hinweise zur Reihe »Ratgeber Infektionskrankheiten« nimmt für alle an der Erarbeitung Beteiligten entgegen:

Frau Dr. G. Laude, Robert Koch-Institut, Fachgebiet 23 »Infektionsepidemiologie«, Stresemannstr. 90–102, 10963 Berlin; Tel.: 01888.754-3312, Fax: 01888.754-3533, E-Mail: laudeg@rki.de.

das Kind rasch und konnte 12 Tage später nach Hause entlassen werden, im Stuhl waren Salmonellen nicht mehr nachzuweisen.

Nachträglich wurde dann auch bei der Mutter wie bei den Geschwistern des Neugeborenen im Alter von 1 und 3 Jahren *Salmonella* Enteritidis im Stuhl gefunden.

Diskussion und Schlussfolgerungen: Die Inzidenz der Salmonellose ist in Deutschland trotz aller Maßnahmen, die in den letzten Jahren einen Rückgang bewirkt haben,¹ immer noch sehr hoch (im Jahr 2000 wurden 79.535 Erkrankungsfälle – 96,8 Erkr. pro 1000.000 Einw. gemeldet)²; mit einer erheblichen Dunkelziffer ist zu rechnen. Es wird geschätzt, dass nur etwa 10–20% der Erkrankungen statistisch erfasst werden.

Folglich ist es gar nicht so selten, dass sich zufällig während einer Schwangerschaft eine *Salmonella*-Infektion ereignet. Ob eine Schwangerschaft grundsätzlich zu einer

erhöhten Infektanfälligkeit gegen Salmonellen führt, ist nicht genau bekannt.³ In der Literatur wurde aber in den letzten Jahren mehrfach auf die möglichen Folgen einer Assoziation von Salmonellose und Schwangerschaft hingewiesen.^{4,5}

Wenn eine Schwangere an einer Enteritis durch Salmonellen erkrankt, besteht einerseits die Möglichkeit, dass dies zu einer vorzeitigen Geburt des Kindes führt und dass bei der Geburt die Bakterien auf das Kind übergehen. Tritt bei der werdenden Mutter eine Bakteriämie ein, womit man bei einer Salmonellose in Einzelfällen rechnen muss, kann es auch zu einer intrauterinen Infektion kommen.³ In diesem Fall droht eine schwere Erkrankung des Kindes, nicht nur eine Enteritis, sondern möglicherweise auch eine systemische Infektion.

Eine Schlussfolgerung aus diesen Erkenntnissen ist, dass bei einer akuten Durchfallerkrankung in der Schwangerschaft die Ätiologie unbedingt abgeklärt werden und dabei auf die häufigsten Erreger wie Salmonella, Campylobacter, Shigella und Yersinia geachtet werden sollte. Es sollte aber auch beachtet werden, dass sich eine Listeria-Infektion primär als Enteritis präsentieren kann.⁶

Ein weiteres Problem ist die Ausscheidung von Salmonellen über einen längeren Zeitraum durch infizierte gesunde Schwangere. Auch gesunde Keimträgerinnen können die Krankheitserreger bei der Geburt auf das Kind übertragen.^{7,4} Da diese Besiedelung symptomlos verläuft und kein Anlass besteht, eine Stuhluntersuchung auf pathogene Keime anzufordern, gibt es meist keinen direkten Hinweis für das Vorliegen dieses Risikos. Ein generelles Screening auf Salmonellen bei Schwangeren ist allerdings nicht empfehlenswert.³

Bei gesunden Erwachsenen ist die antibiotische Therapie einer unkomplizierten akuten Salmonellose im Allgemeinen nicht indiziert, da eine symptomatische Behandlung ausreicht und eine spontane Heilung erwartet werden darf. Im Gegenteil, die meisten Antibiotika bewirken eher eine Verlängerung der Ausscheidungszeit.

Falls antibiotisch therapiert werden soll, stellt aufgrund seiner besonderen Eignung Ciprofloxacin das einzige rationale Antibiotikum dar. Bis auf ganz wenige Ausnahmen⁸ sind die Salmonellen hochempfindlich gegenüber diesem Chinolon; die Substanz wird zusätzlich aktiv über die Galle

und die Darmwand in den Darm ausgeschieden, so dass dort hohe Wirkstoffkonzentrationen erreicht werden.⁹ In vielen Fällen kann damit auch ein Trägerstadium beendet werden. Allerdings sollte dieses Antibiotikum nicht in der Schwangerschaft verabreicht werden.¹⁰ Andere therapeutische Optionen, wie etwa die Gabe von Lactulose, haben keinen erkennbaren Einfluss auf den Verlauf einer Salmonellose. Zumindest aber nach der Entbindung könnte ein therapeutischer Versuch mit Ciprofloxacin erfolgen, um eine nachträgliche Verbreitung zu unterbinden. Bei drohender Gefahr einer Disseminierung der Salmonellen sollte man Amoxicillin oder evtl. ein Cephalosporin der 3. Generation verwenden.⁵

Da die therapeutischen Möglichkeiten in der Schwangerschaft eingeschränkt sind, kommt der Prävention eine umso größere Bedeutung zu. Die Intra-partum-Übertragung von Salmonellen auf das Kind könnte u. U. durch eine Sectio verhindert werden. Eine Salmonellose der Mutter wäre eine relative Indikation für eine Sectio. Wenn dies nicht in Erwägung gezogen wird, sollte das Kind nach der Geburt streng überwacht werden, um eine eventuelle Infektion oder Erkrankung frühzeitig zu erkennen.

Für diesen Fallbericht danken wir Herrn Prof. Dr. Herbert Hof, Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene, Universitätsklinikum Mannheim (Theodor-Kutzer-Ufer, 68167 Mannheim; Tel.: 0621.3832224, Fax: 0621.3833816, E-Mail: herbert.hof@imh.ma.uni-heidelberg.de).

- Hof H: Epidemiologie der Salmonellose im Wandel. Dt Med Wschr 1991; 116: 545–547
- RKI: Jahresstatistik ausgewählter meldepflichtiger Infektionskrankheiten 2000. Epid Bull 2001; 20: 139
- Roll C, Schmid EN, Meneken U, Hanssler L: Fatal Salmonella enteritidis sepsis acquired prenatally in a premature infant. Obstet Gynecol 1996; 88: 692–693
- Grandien M, Sterer G, Kalin M, Engardt L: Management of pregnant women with diarrhoea at term and of healthy carriers of infectious agents in stools at delivery. Scand J Infect Dis 1990; 71: Suppl. 9–18
- Klooster van der JM, Roelofs HJM: Management of Salmonella infections during pregnancy and puerperium. Neth J Med 1997; 51: 83–86
- Hof H: Listeria monocytogenes: a causative agent of gastroenteritis? Europ J Clin Microbiol Infect Dis 2001; 20: 369–373
- Roberts C, Wilkins EG: Salmonella screening of pregnant women. J Hosp Infect 1987; 10: 67–72
- Hof H, Erhard I, Tschäpe H: Presence of quinolone resistance in a strain of Salmonella Typhimurium. Europ J Microb Infect Dis 1991; 10: 474–479
- Hof H, Kretschmar M: Rationale Therapie der Salmonellen-Enteritis. Leber Magen Darm 1994; 24: 57–64
- Friese K: Antibiotikatherapie in der Schwangerschaft. Infekt Immun 1993; 21: 111–114

Arbeitsbedingungen hygienebeauftragter Ärztinnen und Ärzte in der Pädiatrie

Ergebnisse einer Umfrage in Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen und einigen anderen Bundesländern werden hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte neben ihrer eigentlichen klinischen Tätigkeit zu Mitarbeitern des krankenhaushygienischen Teams bestellt. Die Arbeitsbedingungen von hygienebeauftragten Ärzten wurden im Rahmen einer Umfrage untersucht, die sich auf pädiatrische Abteilungen und Kliniken in Nordrhein-Westfalen konzentrierte:

Die Ergebnisse ergeben sich aus der Auswertung der Fragebögen von 34 hygienebeauftragten Ärzten (51% der kontaktierten Kliniken nahmen teil). Von diesen sind 62%

Fachärztinnen/-ärzte für Kinderheilkunde und 72% in leitender Funktion tätig. Die Tätigkeit der hygienebeauftragten Ärztin/des hygienebeauftragten Arztes wird zum Zeitpunkt der Umfrage im Mittel bereits 7,5 Jahre ausgeübt. In 82% arbeiten die hygienebeauftragten Ärzte mit einem Hygieneinstitut zusammen.

Unter anderem werden folgende Hochrisikogruppen für nosokomiale Infektionen betreut: neonatologische (91%) und pädiatrische (76%) Intensivpatienten, kinderchirurgische (59%) und pädiatrisch-onkologische (32%)

Patienten. Die Haupttätigkeitsgebiete der hygienebeauftragten Ärzte verteilen sich wie folgt: Krisenintervention bei Ausbrüchen 94 %, Erstellung und Überarbeitung von Hygienestandards 82 %, Erfassung nosokomialer Infektionen 72 % (in NRW seit 1989 durch die Krankenhaushygiene-Verordnung vorgeschrieben), Begehung von Krankenstationen 66 %, Hygienefortbildung des Behandlungsteams 61 %. Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit für Hygieneaufgaben liegt bei mindestens 10 Stunden pro Monat. Zwei Drittel der hygienebeauftragten Ärzte werden für ihre Tätigkeit nicht anteilmäßig freigestellt und erhalten in diesem Kontext weder Überstunden- noch Freizeitausgleich. Ein eigener Etat für krankenhaushygienische Aufgaben steht nur in 2 von 33 Kliniken (einmal keine Angabe) zur Verfügung.

Ein eigener PC kann von 38 % der hygienebeauftragten Ärzte genutzt werden, 26 % verfügen am Arbeitsplatz über einen Internetzugang und haben eine dienstliche E-Mail-Adresse. Die Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention wird von 85 % der hygienebeauftragten Ärzte als Hauptinformationsquelle genannt, 44 % lesen regelmäßig das *Epidemiologische Bulletin* des RKI, 53 % geben keine weiteren fachlichen Informationsquellen (insbesondere keine englischsprachigen Fachzeitschriften) an. Zwei Drittel der hygienebeauftragten Ärzte sind der Meinung, dass eine signifikante Qualitätsverbesserung in der Hygienepraxis prinzipiell möglich ist, wenn zuvor verschiedene strukturelle und organisatorische Probleme gelöst werden würden.

Einschätzung der Ergebnisse: Über den Anteil der Tätigkeit von hygienebeauftragten Ärzten an der Prävention nosokomialer Infektionen gibt es keine gesicherten Daten. Der Vergleich mit anderen Konzepten (ohne hygienebeauftragte Ärzte) kann nur vor dem Hintergrund des Ausbildungsstandes, der realen Arbeitsbedingungen und der arbeitszeitlichen Ressourcen der hygienebeauftragten Ärzte geführt werden. Die hier befragten Ärzte nehmen pro Jahr im Mittel mindestens 16 Werktage meist unbezahlte und nicht durch Freizeit abgegoltene Arbeit auf sich und beweisen damit ein hohes Maß an Engagement. Aufgrund ihrer klinischen Sachkenntnis und Erfahrung und ihrer engen Kontakte zum Behandlungsteam können hygienebeauftragte Ärzte ein wichtiges Bindeglied zwischen den speziellen Erkenntnissen des Fachgebietes Krankenhaushygiene und der klinische Pädiatrie darstellen. Der überwiegende Anteil der hier befragten hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzte ist befugt, in enger Zusammenarbeit mit den Spezialisten des krankenhaushygienischen Fachgebietes erstellte evidenzbasierte Hygienerichtlinien verbindlich einzuführen und damit zur Qualitätssicherung und Kostensenkung im klinischen Alltag beizutragen.

Der Zugang zu Fachinformationen (Fachliteratur, medline, andere Internetressourcen oder die E-Mail-gestützte Kommunikation z. B. mit Experten des Robert Koch-Institutes) sollte verbessert und die so häufig genutzte Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention um speziell pädiatrische Aspekte der Infektionsprävention im Krankenhaus erweitert werden.

Für diesen Situationsbericht danken wir Herrn Dr. med. Arne Simon, Frau Dr. B. Hornei, Herrn Dr. J. Gebel, Zentrum für Kinderheilkunde, und Herrn Prof. Dr. M. Exner, Hygiene-Institut der Universität Bonn (Kontaktadresse: Dr. A. Simon, Zentrum für Kinderheilkunde der Universität Bonn, Adenauerallee 119, 53113 Bonn, E-Mail: Dr.med.A.Simon@t-online.de).

Kommentar: Die Aufgaben für den hygienebeauftragten Arzt wurden bereits 1979 in der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beschrieben. Kammern, Akademien und private Einrichtungen bieten in Deutschland Fortbildungskurse an. Tatsächlich handelt es sich um ein Tätigkeitsfeld, das inzwischen in den meisten Kliniken etabliert ist. Allerdings ist die Funktion des hygienebeauftragten Arztes gesetzlich bisher nur in den Ländern Berlin, Bremen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen fixiert.

Es hat sich bewährt, erfahrene und kompetente Vertreter ihres Faches, die unter ihren Kollegen eine natürliche Autorität besitzen, mit der Funktion eines hygienebeauftragten Arztes zu betrauen. Das schließt die Verpflichtung der Leitung der Einrichtung ein, zu ermöglichen, dass spezielles Wissen auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention erworben bzw. aufgefrischt werden kann. Die Verbindung der Expertise im Fach mit hygienischem Fachwissen bietet einen großen Vorteil und erscheint unverzichtbar. Am Beispiel der befragten Kinderkliniken wird auch das große zusätzliche Engagement der hygienebeauftragten Ärzte sichtbar, das nicht als selbstverständlich angesehen werden und in geeigneter Form gewürdigt werden sollte.

Neue Merkblätter aus dem BgVV

Das Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BgVV), Berlin, hat zwei neue Merkblätter zur Prävention lebensmittelbedingter Erkrankungen herausgegeben:

- ▶ ›Selten, aber gefährlich: Lebensmittelvergiftungen durch *Clostridium botulinum*‹ und
- ▶ ›Damit aus Fernweh nicht Bauchweh wird: Tipps, um lebensmittelbedingten Erkrankungen vorzubeugen‹.

Beide Merkblätter werden bei schriftlicher Bestellung kostenlos von der Pressestelle des BgVV abgegeben (Thielallee 88–92, 14195 Berlin, Fax: 0 18 88 . 412 – 49 70) oder sind auf der Website des BgVV verfügbar (<http://www.bgvv.de>).

Informationsbriefe für Gesundheitsämter im UMINFO abrufbar

Das RKI erstellt Informationsbriefe für Gesundheitsämter. Der Schwerpunkt liegt darin, Hilfestellung bei speziellen Fragen der Erfassung, Verwaltung und Übermittlung von Meldedaten zu geben. Die Informationsbriefe werden an die Landesbehörden versandt, von wo sie an die Gesundheitsämter weitergeleitet werden. Diese Infobriefe sind zusätzlich auch im internen Netzwerk UMINFO im Ordner ›Infektionsschutzgesetz‹ dauerhaft abrufbar. Rückfragen dazu bitten wir an Herrn Dr. G. Krause, RKI, E-Mail: KrauseG@rki.de, zu richten.

Symposium: Infektionsmedizin in Tübingen

Termin: 21. und 22. September 2001

Ort: Universitätsklinikum Tübingen, Hoppe-Seyler-Str. 3

Themen: Darminfektionen, Tuberkulose, systemische Infektionen, Infektionen nach Transplantation

Veranstalter: Arbeitskreis Infektionsmedizin, Universitätsklinikum Tübingen

Organisation: RG GmbH, Bahnhofstraße 3a, 82166 Gräfelfing
Tel.: 089 . 89 89 16 18, Fax: 089 . 89 80 99 34; E-Mail: info@rg-web.de

Weitere Informationen im Internet: <http://www.rg-web.de>