



Epidemiologisches Bulletin

12. November 2004 / Nr. 46

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Aktuelle Daten des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS): **ONKO-KISS: Surveillance nosokomialer Infektionen auf Knochenmark- und Blutstammzell-Transplantationsabteilungen** (Stand: Juni 2003)

Basierend auf den Methoden des amerikanischen National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) Systems hat das Nationale Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen 1996 begonnen, eine Referenzdatenbank, das Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS), für die wichtigsten nosokomialen Infektionen aufzubauen. Ziel dieses Surveillance-Systems ist es, Trends und Entwicklungen in Deutschland zu dokumentieren und eine laufende Standortbestimmung zu ermöglichen.

ONKO-KISS ist ein Modul des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS). Im Oktober 2000 wurde im Rahmen von ONKO-KISS vom Institut für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene des Universitätsklinikums Freiburg begonnen, eine Referenzdatenbank für nosokomiale Infektionen bei Patienten mit Knochenmark- oder Peripherer Blutstammzell-Transplantation (KMT bzw. PBSZT) aufzubauen.

ONKO-KISS konzentriert sich auf die prospektive Erfassung von Sepsis und Pneumonie während der Neutropeniephase, dem Zeitraum mit dem höchsten Infektionsrisiko für KMT- bzw. PBSZT-Patienten.¹ Neutropenie wird definiert als Gesamtleukozyten-Konzentration $< 1.000/\text{mm}^3$. Beschränkte sich ONKO-KISS zunächst auf erwachsene Patienten, werden seit Januar 2003 auch Kinder ab dem 1. Lebensjahr in einer parallelen Datenbank erfasst und ausgewertet.

Analog den anderen KISS-Modulen gilt für die Erfassung der Sepsis die CDC-Definition für die durch Labor bestätigte primäre Sepsis.² Für die Erfassung der Pneumonie kommen modifizierte Kriterien für neutropenische Patienten, wie sie von Carlisle und Mitautoren publiziert wurden, zur Anwendung.³ Nach dieser Definition kann eine Pneumonie auch allein aufgrund klinischer Symptome diagnostiziert werden, ein radiologischer Befund bzw. der Nachweis eines Erregers ist nicht zwingend erforderlich.

Die Patientenunterlagen, mikrobiologischen Befunde und Befunde bildgebender Verfahren werden hierfür in der Regel von Hygienefachkräften ein- bis zweimal wöchentlich durchgesehen, bei Unklarheiten werden behandelnde Ärzte und Pflegepersonal befragt. Neue Teilnehmer werden in speziellen Kursen in der Erfassung von nosokomialen Infektionen geschult. Die Erfassungsdaten aller Teilnehmer werden zentral in Freiburg zusammengeführt und halbjährlich ausgewertet. Anhand der eigenen zurückgemeldeten Infektionsraten können sich die Teilnehmer mit den Referenzdaten aller teilnehmenden Transplantationszentren vergleichen. Einmal jährliche Treffen aller Teilnehmer bieten ein Forum für den Austausch von Erfahrungen, Diskussionen und ggf. Modifizierungen des Protokolls.

Das detaillierte ONKO-KISS-Erfassungsprotokoll sowie die aktuellen Referenzdaten sind im Internet über die Homepage des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen abzurufen: <http://www.nrz-hygiene.de>.

Diese Woche 46/2004

Nosokomiale Infektionen:

Daten des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS)

- ▶ Surveillance auf Knochenmark- und Blutstammzell-Transplantationsabteilungen (ONKO-KISS)
- ▶ Surveillance in der ambulanten Chirurgie (AMBU-KISS)

MSRA:

Zur Prävention und Kontrolle in Krankenhäusern – Kommentar zu den Empfehlungen der KRINKO

Amöbiasis:

BNI übernimmt spezielle Surveillance

Malaria:

Hinweis zur Erfassung der Fälle auf dem Meldeweg

In eigener Sache:

Internet-Angebot des RKI zu reisemedizinisch relevanten Themen

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik
43. Woche 2004
(Stand: 10. November 2004)

Influenza:

Hinweise zur aktuellen Situation



Art der Infektion	Anzahl der Infektionen	Inzidenzdichte			
		Gepoolt	25 %-Perzentil	50 %-Perzentil	75 %-Perzentil
Sepsis	314	14,3	11,3	14,3	20,8
Pneumonie	142	6,4	4,4	6,3	8,2

Tab. 1: Auftreten von Sepsis und Pneumonie bei Patienten mit Neuropenie dargestellt als Inzidenzdichte, Infektionen/1.000 Neutropenie-Tage, Oktober 2000 bis Juni 2003

Auswertung von 96 Pneumonien		
(Untersuchungsmaterialien: Sputum und Bronchialsekret, seltener Trachealsekret, Blut oder anderes Gewebe; in Einzelfällen Nachweis mehrerer Erreger, in 67 Fällen – 69,8% – kein Erregernachweis)		
Erreger	Anzahl	Anteil in Prozent
Candida spp.	11	29,7
Aspergillus spp.	7	18,9
Enterokokken	6	16,2
Koag. neg. Staphylokokken	5	13,5
Sonstige	8	21,6
Gesamt	37	100,0
Auswertung von 200 Sepsisfällen		
Erreger	Anzahl	Anteil in Prozent
Koag. neg. Staphylokokken	126	55,0
Streptokokken	25	10,9
Escherichia coli	19	8,3
Enterokokken	14	6,1
Candida spp.	11	4,8
Andere Kokken	7	3,1
Pseudomonas aeruginosa	6	2,6
Staphylococcus aureus	6	2,6
Corynebakterium spp.	4	1,7
Sonstige	11	4,8
Gesamt	229	100,0

Tab. 2: Infektionserreger, die bei Neutropenepatienten mit Pneumonie bzw. Sepsis nachgewiesen wurden, Oktober 2000 bis Dezember 2002

Bis Juni 2003 wurden 1.476 Patienten mit insgesamt 22.032 Neutropenietagen erfasst. Es konnten 456 nosokomiale Sepsisfälle und Pneumonien bei 410 Patienten identifiziert werden. Die durchschnittliche Neutropeniedauer betrug 15 Tage (bei einer Schwankung zwischen 2 bis 99 Tagen). Die Inzidenzdichten (Infektionen pro 1.000 Neutropenietage) und die mikrobiologischen Befunde sind in den Tabellen 1 und 2 zusammengefasst.

Von 12 teilnehmenden Zentren für Knochenmark- bzw. Blutstammzelltransplantationen im Jahr 2001 ist die Teilnehmeranzahl auf 21 im Jahr 2003 gestiegen. Somit ist ONKO-KISS ein wichtiger Bestandteil der Qualitätssicherung für KMT/PBSZT. Alle Zentren, die solche Transplantationen durchführen, sind zur Teilnahme an ONKO-KISS eingeladen (Einführungskurse werden angeboten).

1. Dettenkofer et al.: Surveillance of nosocomial infections in adult recipients of allogeneic and autologous bone marrow and peripheral blood stem-cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation* 2003; 31: 795–801
2. Garner JS et al.: CDC definitions for nosocomial infections. *American Journal of Infection Control* 1988; 16: 128–140
3. Carlisle P et al.: Nosocomial infections in neutropenic cancer patients. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1993; 6: 320–324

Für diesen Bericht danken wir Frau R. Babikir, Herrn PD Dr. M. Dettenkofer, Frau Dr. S. Wenzler und Herrn Prof. Dr. F. Daschner, Institut für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene, Uniklinikum Freiburg sowie Herrn Prof. Dr. H. Rüdén, Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen, am Institut für Hygiene, UK Benjamin Franklin FU Berlin. (Kooperationspartner des NRZ für Surveillance von nosokomialen Infektionen sind Frau Prof. Dr. P. Gastmeier, Hannover, und Herr Prof. Dr. F. Daschner, Freiburg.)

Aktuelle Daten des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS):

AMBU-KISS: Erfassung und Bewertung von postoperativen Wundinfektionen in der ambulanten Chirurgie (Stand: Juni 2003)

Im Rahmen des AMBU-KISS Projektes wird seit Oktober 2002 eine Datenbank für postoperative Wundinfektionen in Einrichtungen für ambulantes Operieren in Klinik und Praxis aufgebaut, die Referenzdaten für die interne Qualitätssicherung liefert, und so – ganz im Sinne von § 23 Abs. 1 IfSG – einen Beitrag zur Kontrolle nosokomialer Infektionen (NI) leistet.

Das Nationale Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen (bis 2001 Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene) hat für die Überwachung von postoperativen Wundinfektionen keine neue Surveillance-Methode entwickelt, sondern im Wesentlichen die Methode des amerikanischen "National Nosocomial Infections Surveillance Systems" (NNIS) übernommen. Dazu wurden die Surveillance-Protokolle übersetzt und an die deutschen Verhältnisse adaptiert und auch die Definitionen der Centers for Disease Control and Prevention (CDC) für postoperative Wundinfektionen wurden als

Grundlage für eine einheitliche Erfassung ins Deutsche übertragen.^{2,3}

Es werden häufig durchgeführte (Indikator-)Operationen erfasst, für die auch im Rahmen des OP-KISS-Moduls für Kliniken bereits Daten vorliegen (Arthroskopische Kniegelenksoperationen, Leistenhernien, Venöses Stripping). Die Diagnose einer Wundinfektion wird entweder bei Nachbehandlungen durch den Chirurgen selbst oder durch den weiterbehandelnden Arzt bzw. Hausarzt erhoben und dem teilnehmenden OP-Zentrum gemeldet. Analog zu OP-KISS finden auch hier die CDC-Definitionen Anwendung. Auf verschiedenen Kongressen, u. a. der Arbeitsgemeinschaft Anästhesiologischer Operationszentren e. V. (AAOZ) und des Berufsverbands der niedergelassenen Chirurgen e. V. (BNC) wurden AMBU-KISS-Workshops angeboten. Bei diesen Workshops wurde das Protokoll vorgestellt und erläutert. Zusätzlich wurden die Teilnehmer anhand von Fallbeispielen in der Erfassung geschult. Die

OP-Art	Anzahl der OP-Zentren	Anzahl der Operationen	Anzahl der Wundinfektionen	Postoperative Wundinfektionsrate(%)			
				Gepoolter Mittelwert	25 %-Perzentil	Median	75 %-Perzentil
Arthroskopische Kniegelenkseingriffe	52	7.931	7	0,09	0,00	0,00	0,00
Leistenhernien	53	3.094	20	0,65	0,00	0,00	0,00
Venöses Stripping	50	5.020	19	0,38	0,00	0,00	0,11

Tab. 1: Raten postoperativer Wundinfektionen für ambulante Indikatoroperationen, Oktober 2002 bis Juni 2003

OP-Art	Anzahl der Operationen	Anzahl der Wundinfektionen	Postoperative Wundinfektionsrate(%)			
			Gepoolter Mittelwert	25 %-Perzentil	Median	75 %-Perzentil
1. Arthroskopische Kniegelenksoperationen						
OP-KISS	15.896	17,00	0,11	0,00	0,00	0,04
AMBU-KISS	7.931	7,00	0,09	0,00	0,00	0,00
2. Leistenhernien						
OP-KISS (Herniotomien) 17.116	134	0,78	0,00	0,30	1,07	
AMBU-KISS	3.094	20,00	0,65	0,00	0,00	0,00
3. Venöses Stripping						
OP-KISS	2.656	17,00	0,64	0,00	0,00	0,56
AMBU-KISS	5.020	19,00	0,38	0,00	0,00	0,11

Tab. 2: Vergleich der Raten postoperativer Wundinfektionen der Risikokategorie O in den KISS-Modulen OP-KISS und AMBU-KISS

Referenzdaten werden den Teilnehmern in anonymisierter Form halbjährlich zur Verfügung gestellt und sind auch im Internet unter <http://www.nrz-hygiene.de> abrufbar. Die Teilnahme an AMBU-KISS ist für ambulant operierende Einrichtungen kostenlos.

Im Krankenhausbereich werden für den Vergleich der postoperativen Wundinfektionen zwischen verschiedenen Abteilungen die wesentlichen Risikofaktoren der Patienten berücksichtigt und dann stratifizierte und standardisierte Wundinfektionsraten berechnet. In der Regel wird dafür der Risiko-Index des NNIS-Systems angewendet.⁴ Auf eine Risikostratifizierung wird jedoch bei AMBU-KISS verzichtet, da in ambulant operierenden Einrichtungen in der Regel nur Patienten der Risikokategorie O operiert werden. Daher wurde die Risikokategorie O in OP-KISS als Referenzdatenbank gewählt. Mittlerweile liegen die ersten Ergebnisse einer 9-monatigen Studienzeit bei insgesamt 16.045 Operationen vor. Die bisherigen Ergebnisse deuten darauf hin, dass die postoperativen Wundinfektionsraten nach arthroskopischen Kniegelenkseingriffen und Leistenhernien in ambulant operierenden Zentren identisch sind mit den postoperativen Wundinfektionsraten bei den gleichen Eingriffen in der Klinik. Die ermittelten, geringfügigen Unterschiede sind nicht statistisch signifikant (Arthroskopische Kniegelenkseingriffe $p=0,83$; Leistenhernien $p=0,49$; Pearson's-*Chi-squared*-Test mit *Yates continuity correction*). Beim venösen Stripping allerdings sind die post-operativen Wundinfektionsraten in ambulant operierenden Zentren tendenziell niedriger als in Kliniken. Jedoch ist auch hier der Unterschied nicht statistisch signifi-

kant ($p=0,16$). Die bisher vorliegenden Ergebnisse sind in den Tabellen 1 und 2 dargestellt.

1. Emori TG, Culver DH, Horan TC, Jarvis W et al.: National Nosocomial Infection Surveillance System (NNIS), Description of surveillance methodology. *Am J Infect Control* 1991; 19: 19–35.
2. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR: Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999; 20: 220–278; quiz 279–280.
3. Horan TC, Gaynes RP, Martone WJ, Jarvis WR, Emori TG: CDC definitions of surgical site infections, a modification of CDC definitions of surgical wound infections. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1992; 13: 606–608.
4. Culver DH, Horan TC, Gaynes RP, Martone WJ et al.: Surgical wound infection rates by wound class, operative procedure, and patient risk index. *Am J Med* 1991; 91(3B): 152–157.

Für diesen Bericht danken wir Herrn Dr. D. Mlangeni, Frau R. Babikir und Herrn Prof. Dr. F. Daschner, Institut für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene, Uniklinikum Freiburg sowie Herrn Prof. Dr. H. Rüden, Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen, am Institut für Hygiene, UK Benjamin Franklin FU Berlin. (Kooperationspartner des NRZ für Surveillance von nosokomialen Infektionen sind Frau Prof. Dr. P. Gastmeier, Hannover, und Herr Prof. Dr. F. Daschner, Freiburg.)

Publikationshinweis:

Zu den hier vorgestellten KISS-Modulen sind folgende Broschüren erhältlich:

- ▶ **ONKO-KISS:** Surveillance-Protokoll Knochenmark- und Bluttammzell-Transplantationen (ISBN: 3-89606-082-1)
- ▶ **AMBU-KISS:** Surveillance-Protokoll Postoperative Wundinfektionen in Einrichtungen für das ambulante Operieren (ISBN: 3-89606-079-1)

Bezug: Einzelexemplare können beim NRZ für Surveillance von nosokomialen Infektionen (am Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité, Hindenburgdamm 27, 12203 Berlin) gegen Einsendung eines rückadressierten und mit 1,44 € frankierten Umschlages (DIN A 4) angefordert werden. Die Berichte stehen auch auf den Internetseiten des NRZ zur Verfügung unter <http://www.medicin.fu-berlin.de/hygiene/surveillance/surveillance.htm>.

Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention und des RKI:
Kommentar zu den „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen“

Die „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus-aureus*-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen“ (s. *Bundesgesundheitsblatt* 12/99) der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention geben detaillierte Hinweise zum Umgang mit MRSA-besiedelten bzw. -infizierten Patienten in medizinischen Einrichtungen. Aus Anlass zahlreicher Anfragen zu den insbesondere unter Punkt 8, „Screening“, aufgeführten Empfehlungen veröffentlichen wir hier ergänzende Informationen zur „Identifikation potenzieller MRSA-Träger“ sowie einen Hinweis auf die Fundstelle für weitere Informationen zum Thema „MRSA“ auf den Internetseiten des RKI. Diese Angaben dienen der Verdeutlichung der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention und sollen als Entscheidungshilfe bei der konkreten Umsetzung dienen.

Darüber hinaus weisen wir bei dieser Gelegenheit nochmals darauf hin, dass für Krankenhäuser und Einrichtungen für ambulantes Operieren die Verpflichtung zur Erfassung und Bewertung von Erregern mit besonderen Resistenzen und Multiresistenzen nach § 23 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) und zur Meldung von Ausbrüchen an das Gesundheitsamt (§ 6 Abs. 3 IfSG) besteht (s. hierzu auch *Bundesgesundheitsblatt* 11/2000; S. 887–890).

Je nach epidemiologischer Situation, lokalen Gegebenheiten und definierten Risikobereichen kann eine Ausdeh-

nung des Screenings auf weitere Personengruppen sinnvoll sein.

Weitergehende Informationen zum Thema „MRSA“ finden sich auch auf den Internetseiten des RKI (www.rki.de) in der Rubrik „Krankenhaushygiene“ und dort unter „Informationen zu ausgewählten Erregern“.

Literatur:

1. Bisognano C, Vaudaux PE et al.: Increased expression of fibronectin-binding proteins by fluoroquinolone-resistant *Staphylococcus aureus* exposed to subinhibitory levels of ciprofloxacin. *Antimicrob Agents Chemother* 1997; 41 (5): 906–913
2. Blok HE, Vriens M et al.: Carriage of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) after discharge from hospital: follow-up for how long? A Dutch multi-centre study. *J Hosp Infect* 2001; 48 (4): 325–327
3. Bradley SF: *Staphylococcus aureus* infections and antibiotic resistance in older adults. *Clin Infect Dis* 2002; 34 (2): 211–216
4. Cook N: Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* versus the burn patient. *Burns* 1998; 24 (2): 91–98
5. Dziekan G, Hahn A. et al.: Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a teaching hospital: investigation of nosocomial transmission using a matched case-control study. *J Hosp Infect* 2000; 46 (4): 263–270
6. Frenay HM, Vandenbroucke-Grauls CM et al.: Long-term carriage, and transmission of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* after discharge from hospital. *J Hosp Infect* 1992; 22 (3): 207–215
7. Harbarth S, Liassine N et al.: Risk factors for persistent carriage of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Clin Infect Dis* 2000; 31 (6): 1380–1385
8. Kirmani N, Tuazon CU et al.: *Staphylococcus aureus* carriage rate of patients receiving long-term hemodialysis. *Arch Intern Med* 1978; 138 (11): 1657–1659
9. Lye WC, Leong SO et al.: Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* nasal carriage and infections in CAPD. *Kidney Int* 1993; 43 (6): 1357–1362
10. MacKinnon MM, Allen KD: Long-term MRSA carriage in hospital patients. *J Hosp Infect* 2000; 46 (3): 216–221
11. Manhold C, Rolbicki U von et al.: Outbreaks of *Staphylococcus aureus* infections during treatment of late onset pneumonia with ciprofloxacin in a prospective, randomized study. *Intensive Care Med* 1998; 24 (12): 1327–1330
12. Maslow JN, Brecher S et al.: Variation and persistence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* strains among individual patients over extended periods of time. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1995; 14 (4): 282–290
13. Nouwen JL, Belkum A van et al.: Determinants of *Staphylococcus aureus* nasal carriage. *Neth J Med* 2001; 59 (3): 126–33
14. O'Sullivan NP, Keane CT: Risk factors for colonization with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* among nursing home residents. *J Hosp Infect* 2000; 45 (3): 206–210
15. Rutala WA, Katz EB et al.: Environmental study of a methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* epidemic in a burn unit. *J Clin Microbiol* 1983; 18 (3): 683–688
16. Safdar N, Maki DG: The commonality of risk factors for nosocomial colonization and infection with antimicrobial-resistant *Staphylococcus aureus*, enterococcus, gram-negative bacilli, *Clostridium difficile*, and *Candida*. *Ann Intern Med* 2002; 136 (11): 834–844
17. Sanford MD, Widmer AF et al.: Efficient detection and long-term persistence of the carriage of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Clin Infect Dis* 1994; 19 (6): 1123–1128
18. Terpenning MS, Bradley SF et al.: Colonization and infection with antibiotic-resistant bacteria in a long-term care facility. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42 (10): 1062–1069
19. Tuazon CU, Perez A et al.: *Staphylococcus aureus* among insulin-injecting diabetic patients. An increased carrier rate. *Jama* 1975; 231 (12): 1272
20. Baum H von, Schmidt C et al.: Risk factors for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* carriage in residents of German nursing homes. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2002; 23 (9): 511–515

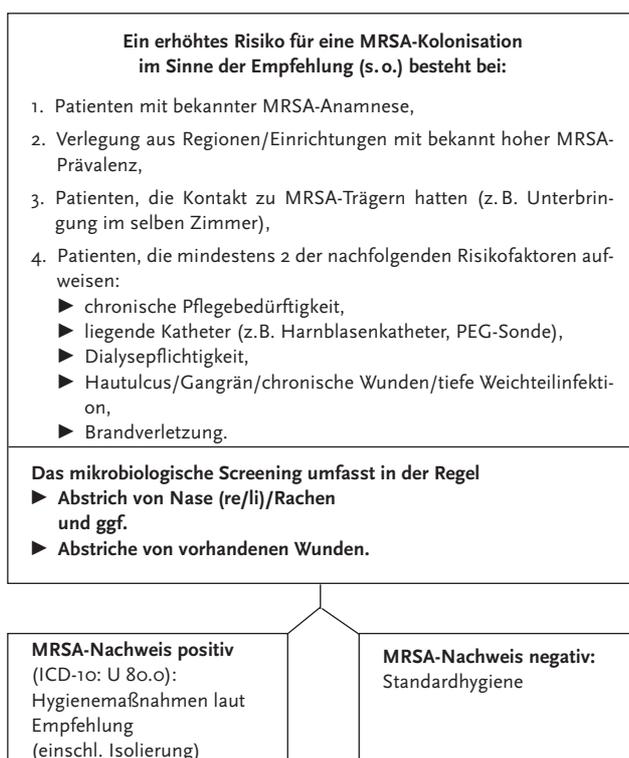


Abb. 1: Präzisierung der „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus-aureus*-(MRSA)-Stämmen in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen“

Neu: Spezielle Surveillance der Amöbiasis am Bernhard-Nocht-Institut

Aus dem Bernhard-Nocht-Institut in Hamburg (BNI) wird mitgeteilt, dass seit November eine als „Melde- und Referenzstelle“ bezeichnete Einheit zur Erfassung von Amöbiasisfällen, die in Deutschland diagnostiziert wurden, besteht. Da die Amöbiasis nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) gegenwärtig nicht unter die meldepflichtigen Krankheiten fällt und auch kein spezielles Konsiliarlaboratorium existiert, besteht hier ein Defizit der Surveillance. Die Entscheidung des BNI, sich dieser Krankheit besonders anzunehmen, ist daher aus infektionsepidemiologischer Sicht zu begrüßen.

Die Amöbiasis (Amöbenruhr), verursacht durch den einzelligen Darmparasiten *Entamoeba histolytica*, gilt als typische Krankheit der Tropen, kann aber auch in gemäßigten Breiten auftreten. In Westeuropa spielt die Amöbiasis vor allem als importierte Infektion bei Reiserückkehrern eine Rolle. Wiederholt wurden aber auch einheimische Fälle beobachtet, die nicht mit Auslandsreisen in Zusammenhang standen. Die Infektion kann zu sehr unterschiedlichen Verlaufsformen führen; möglich sind Verläufe ohne Symptome, bei denen infizierte Personen den Parasiten mit dem Stuhl ausscheiden, eine durch das invasive Wirken der Parasiten im Darm verursachte charakteristische Enteritis oder Kolitis, aber auch schwere Verläufe, bei de-

nen der Parasit das Innere des Darms verlässt, in das Gewebe eindringt und eine Durchfallerkrankung bzw. Abszesse in inneren Organen, vorwiegend in der Leber, hervorruft (extraintestinale Manifestation).

Die Melde- und Referenzstelle für Amöbiasis am Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin hat sich zum Ziel gesetzt, einen möglichst hohen Anteil der importierten und einheimischen Amöbiasisfälle zu erfassen und zu analysieren. Darüber hinaus sollen Beiträge zur Optimierung der Diagnostik und Behandlung geleistet werden. Ärzten werden auch Informationen zum diagnostischen Vorgehen bei Verdachtsfällen und zur Behandlung angeboten.

Die Mitteilungen über alle Formen der Amöbiasis werden auf einem speziellen **Meldebogen** erbeten, der unter <http://www.bni-hamburg.de> abrufbar ist. Hier sollten unter einer Patienten-Kodierung Angaben u. a. zum Aufenthaltsort und der Aufenthaltsdauer in Endemiegebieten sowie zu Laborbefunden gemacht werden.

Ansprechpartner ist Herr Prof. Dr. med. Egbert Tannich, der Leiter der Abteilung für Molekulare Parasitologie und die Parasitendiagnostik am Bernhard-Nocht-Institut (Tel.: 040.42818-477). Ab 2005 führt diese Abteilung im Auftrag des Institutes für Standardisierung und Dokumentation im Medizinischen Laboratorium (INSTAND e.V.) bundesweite Ringversuche zur Qualitätssicherung in der Parasitendiagnostik durch.

Hinweise zur Erfassung der Malaria nach § 7 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Die Erfassung der Malaria-Erkrankungsfälle auf dem Meldewege hat in Deutschland eine langjährige Tradition. Nach dem Infektionsschutzgesetz besteht seit 2001 eine Meldepflicht für Laboratorien, in denen einschlägige Befunde erhoben werden. Die behandelnden Ärzte unterstützen die Labormeldung durch Begleitangaben, die im Rahmen der infektionsepidemiologischen Surveillance benötigt werden. Für den mit der Meldung und der begleitende Übermittlung verbundenen Aufwand sei allen Beteiligten auch an dieser Stelle gedankt.

Eine sinnvolle epidemiologische Analyse ist nur möglich, wenn für alle in Deutschland diagnostizierten Fälle vollständig ausgefüllte Meldebögen an das RKI eingesandt werden. Deshalb bitten wir alle an der Malaria-Diagnostik Beteiligten, noch einmal sorgfältig zu prüfen, ob tatsächlich alle im Jahr 2004 erhobenen Befunde für Malaria schon auf dem bekannten Meldewege weitergegeben wurden.

Falls **Meldebögen** und **Freiumschläge** für die Rücksendung an das RKI benötigt werden, können diese per E-Mail unter ifsg-labinfo@rki.de oder auch telefonisch bei Herrn Strobel (Tel.: 01888.754-3104) angefordert werden.

Für Rückfragen steht Frau Dr. Irene Schöneberg zur Verfügung (E-Mail: SchoenebergI@rki.de, Tel.: 01888.754-3413).

In eigener Sache:

Informationen zu reisemedizinischen Themen im Internet-Angebot des RKI neu gestaltet

Viele Anfragen an das Robert Koch-Institut bestätigen, dass ein erheblicher Bedarf an Informationen zu Gesundheitsrisiken und Vorbeugemaßnahmen bei Reisen ins Ausland besteht. Die diesbezüglichen Beiträge auf den Internetseiten des Robert Koch-Instituts zur Reisemedizin richten sich vorwiegend an Ärzte und Fachpersonal.

Es sind grundsätzliche Empfehlungen zur Verhütung und Bekämpfung nichteinheimischer Infektionskrankheiten aus infektionsepidemiologischer Sicht (z. B. Infektionskrankheiten A-Z, Reihe Ratgeber Infektionskrankheiten). Zu nach Deutschland eingeschleppten meldepflichtigen Infektionskrankheiten werden laufend Daten bereitgestellt, aus denen grundsätzliche und aktuelle Infektionsrisiken abgeleitet werden können (z. B. Statistik meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten, Jahresberichte zu importierten Krankheiten, Infektionsepidemiologische Jahrbücher). Im Falle aktuell erhöhter Infektionsrisiken in bestimmten Reiseländern werden Warnhinweise gegeben. Die Informationen des RKI ergänzen das Angebot der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit (DTG) und der einschlägigen Institute.

Die individuelle Beratung des Einzelnen oder ausführliche Informationen zu einzelnen Reiseländern gehören nicht zu den Aufgaben des RKI. Als Service des RKI umfasst das Internet-Angebot des Instituts aber schon seit einiger Zeit auch eine Liste mit Anbietern reise- und tropenmedizinischer Informationen, die jetzt überarbeitet und aktualisiert wurde. Die „Links zur Reisemedizin“, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, sind zu finden unter <http://www.rki.de/GESUND/GESUND.HTM?/INFO/LINKS/REISE.HTM&I>.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 10.11.2004 (43. Woche)

Land	Darmkrankheiten																
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose				
	43.	1.-43.	1.-43.	43.	1.-43.	1.-43.	43.	1.-43.	1.-43.	43.	1.-43.	1.-43.	43.	1.-43.	1.-43.		
	2004			2003			2004			2003			2004			2003	
Baden-Württemberg	169	5.389	5.714	2	86	80	6	231	299	94	4.204	4.190	5	135	80		
Bayern	174	7.436	7.596	5	168	208	18	680	629	108	5.206	4.510	1	137	92		
Berlin	44	1.752	1.936	0	18	10	4	139	183	46	2.221	2.151	2	98	52		
Brandenburg	52	2.141	2.409	0	14	27	5	195	199	38	1.733	1.472	3	25	23		
Bremen	8	250	277	0	4	12	2	22	34	7	364	336	0	4	5		
Hamburg	30	1.031	1.067	1	23	31	0	23	33	33	1.471	1.328	2	36	35		
Hessen	66	3.236	3.809	2	13	13	4	80	105	53	2.650	2.551	2	53	53		
Mecklenburg-Vorpommern	21	1.253	1.643	0	9	8	14	256	278	28	1.661	1.313	0	10	5		
Niedersachsen	108	4.240	4.766	0	73	109	3	167	233	88	3.700	3.156	5	42	28		
Nordrhein-Westfalen	226	7.764	10.165	4	175	243	30	817	788	280	10.853	8.711	6	103	80		
Rheinland-Pfalz	110	3.384	3.339	2	78	81	9	212	172	32	2.246	1.963	0	44	25		
Saarland	7	616	681	0	4	5	0	14	19	10	729	755	0	6	1		
Sachsen	64	3.501	4.526	1	37	67	11	598	761	60	3.635	3.504	1	86	75		
Sachsen-Anhalt	49	2.189	2.513	0	15	14	16	479	366	29	1.449	1.221	0	23	20		
Schleswig-Holstein	44	1.471	1.772	0	35	36	0	108	83	32	1.741	1.318	1	7	6		
Thüringen	46	2.145	2.767	3	18	27	9	385	389	29	1.454	1.409	3	43	57		
Deutschland	1.218	47.798	54.980	20	770	971	131	4.406	4.571	967	45.317	39.888	31	852	637		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺				
	43.	1.-43.	1.-43.	43.	1.-43.	1.-43.	43.	1.-43.	1.-43.		
	2004			2003			2004			2003	
Baden-Württemberg	7	181	130	2	101	129	22	962	834		
Bayern	5	252	205	4	133	141	30	1.554	1.288		
Berlin	3	116	76	3	64	66	18	800	399		
Brandenburg	2	28	11	0	16	12	3	76	67		
Bremen	2	17	10	0	12	11	0	28	42		
Hamburg	0	38	22	1	19	19	0	64	49		
Hessen	6	135	93	1	89	84	5	431	431		
Mecklenburg-Vorpommern	1	18	22	0	15	15	2	76	85		
Niedersachsen	2	126	79	3	110	131	12	644	636		
Nordrhein-Westfalen	5	473	215	4	270	271	22	1.533	768		
Rheinland-Pfalz	2	85	55	0	82	71	10	439	263		
Saarland	0	9	5	0	17	9	0	21	27		
Sachsen	0	42	18	1	34	45	4	239	203		
Sachsen-Anhalt	1	42	43	2	35	32	11	148	145		
Schleswig-Holstein	2	28	40	1	27	23	3	185	164		
Thüringen	0	26	31	1	24	11	4	123	78		
Deutschland	38	1.616	1.055	23	1.048	1.070	146	7.323	5.479		

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. 10.11.2004 (43. Woche)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			Land
43.	1.-43.	1.-43.	43.	1.-43.	1.-43.	43.	1.-43.	1.-43.	43.	1.-43.	1.-43.	43.	1.-43.	1.-43.	
2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003	
4	312	368	32	1.862	3.302	16	2.442	3.086	12	550	470	3	68	118	Baden-Württemberg
11	486	477	29	1.887	2.010	21	3.851	4.306	11	598	407	1	39	62	Bayern
4	192	215	58	1.469	1.217	6	1.398	1.500	7	266	169	1	47	35	Berlin
3	182	255	61	2.276	2.917	13	2.150	2.751	0	67	44	0	16	12	Brandenburg
2	49	36	6	375	404	2	130	302	1	25	15	0	13	9	Bremen
4	103	144	10	538	1.129	2	632	691	1	96	96	0	10	8	Hamburg
3	273	274	13	815	1.179	5	1.591	1.806	2	185	151	1	21	27	Hessen
5	152	167	150	2.570	2.209	42	2.246	2.731	5	229	118	0	57	47	Mecklenburg-Vorpommern
16	549	557	77	2.846	4.727	14	2.248	3.151	3	199	138	4	72	80	Niedersachsen
16	897	847	72	3.307	4.371	36	4.273	5.309	19	707	463	9	189	169	Nordrhein-Westfalen
5	302	304	63	2.245	3.057	8	1.860	2.553	3	150	114	6	46	35	Rheinland-Pfalz
1	79	82	4	214	404	1	243	500	0	37	16	0	4	1	Saarland
8	548	630	207	6.476	4.994	25	4.800	7.257	8	295	185	2	60	101	Sachsen
8	317	406	76	1.284	2.229	4	2.770	3.193	1	119	79	1	20	35	Sachsen-Anhalt
6	176	199	13	726	1.551	2	618	758	1	41	31	1	6	1	Schleswig-Holstein
10	396	448	344	3.208	1.820	7	2.768	3.014	3	53	32	0	11	23	Thüringen
106	5.013	5.409	1.215	32.098	37.520	204	34.020	42.908	77	3.617	2.528	29	679	763	Deutschland

Weitere Krankheiten									
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose			Land
43.	1.-43.	1.-43.	43.	1.-43.	1.-43.	43.	1.-43.	1.-43.	
2004		2003	2004		2003	2004		2003	
1	52	63	0	15	28	6	637	752	Baden-Württemberg
2	68	88	0	13	40	5	736	854	Bayern
0	16	25	0	10	2	7	292	304	Berlin
0	10	26	0	1	5	1	116	182	Brandenburg
0	4	7	0	0	34	0	57	55	Bremen
0	9	15	0	1	5	2	176	188	Hamburg
0	32	31	0	15	16	8	474	522	Hessen
0	16	29	0	0	5	0	92	130	Mecklenburg-Vorpommern
0	35	53	0	10	234	10	385	486	Niedersachsen
2	147	174	1	27	301	37	1.437	1.488	Nordrhein-Westfalen
0	23	35	0	5	37	5	251	304	Rheinland-Pfalz
0	6	16	0	1	1	2	74	94	Saarland
1	23	27	0	1	2	3	196	228	Sachsen
1	21	39	0	2	7	3	164	190	Sachsen-Anhalt
1	12	16	0	4	24	5	138	135	Schleswig-Holstein
1	22	27	0	1	3	2	109	112	Thüringen
9	496	671	1	106	744	96	5.334	6.024	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 labor diagnostisch nachgewiesene Fälle ausgewertet werden (s. *Epid. Bull.* 11/03).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 10.11.2004 (43. Woche)

Krankheit	43. Woche 2004	1.–43. Woche 2004	1.–43. Woche 2003	1.–52. Woche 2003
Adenovirus-Erkr. am Auge	1	545	330	397
Brucellose	2	26	20	27
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	60	64	76
Dengue-Fieber	1	96	103	129
FSME	4	229	257	276
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	39	71	82
Hantavirus-Erkrankung	7	167	116	144
Influenza	4	3.401	8.160	8.481
Invasive Erkrankung durch <i>Haemophilus influenzae</i>	1	48	60	77
Legionellose	7	368	329	395
Leptospirose	2	40	30	37
Listeriose	6	248	214	255
Ornithose	0	12	34	41
Paratyphus	0	84	58	72
Q-Fieber	2	104	376	386
Trichinellose	0	5	3	3
Tularämie	0	2	3	3
Typhus abdominalis	1	72	60	66

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung:**Hinweise zur aktuellen ARE/Influenza-Situation**

Die im Sentinel der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) beobachteten akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) bewegen sich weiterhin innerhalb jahreszeitlicher Erwartungswerte. In der vergangenen Woche wurden im NRZ keine Influenzaviren angezüchtet oder mit PCR nachgewiesen. Einzelne Influenza-Nachweise wurden auf dem Meldeweg an das Robert Koch-Institut übermittelt, wobei nur der Antigentest zum Einsatz kam.

Die Influenza-Aktivität in Europa befindet sich insgesamt auf niedrigem Niveau. Die Zahl der laborbestätigten Influenza- und RSV-Fälle ist jedoch leicht angestiegen. In der 44. Kalenderwoche wurden acht laborbestätigte Influenzafälle gemeldet, darunter drei Influenza-A-Nachweise in Irland und Frankreich und fünf Influenza-B-Nachweise in Schottland und Spanien. Weitere Informationen zur Situation in Europa: <http://www.eiss.org>; Informationen zur aviären Influenza sind unter: www.who.int/csr/don verfügbar.

Quelle: Wochenbericht für die 45. Woche aus dem Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI), dem Deutschen Grünen Kreuz (DGK) und dem NRZ für Influenza am NLGA Hannover und am RKI.

An dieser Stelle steht im Rahmen der aktuellen Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten Raum für kurze Angaben zu bestimmten neu erfassten Erkrankungsfällen oder Ausbrüchen von besonderer Bedeutung zur Verfügung („Seuchentelegramm“). Hier wird ggf. über das Auftreten folgender Krankheiten berichtet: Botulismus, vCJK, Cholera, Diphtherie, Fleckfieber, Gelbfieber, konnatale Röteln, Milzbrand, Pest, Poliomyelitis, Rückfallfieber, Tollwut, virusbedingte hämorrhagische Fieber. Hier aufgeführte Fälle von vCJK sind im Tabellenteil als Teil der meldepflichtigen Fälle der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit enthalten.

Impressum**Herausgeber**Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 BerlinTel.: 01888.754-0
Fax: 01888.754-2628
E-Mail: EpiBull@rki.de**Redaktion**Dr. med. Ines Steffens, MPH (v. i. S. d. P.)
z. Z. vertreten durch
Dr. sc. med. Wolfgang Kiehl
Tel.: 01888.754-2324
E-Mail: KiehlW@rki.deSylvia Fehrmann
Tel.: 01888.754-2455
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Fax.: 01888.754-2459

Vertrieb und AbonentenservicePlusprint 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: <http://www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/EPI.HTM>.

Druck

die partner, karl-heinz kronauer, berlin

Nachdruck

mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu werblichen Zwecken. Belegexemplar erbeten. Die Weitergabe in elektronischer Form bedarf der Zustimmung der Redaktion.

ISSN 1430-0265 (Druck)

ISSN 1430-1172 (Fax)

PVKZ A 14273