



Epidemiologisches Bulletin

26. November 2004 / Nr. 48

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

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

NEO-KISS: Surveillance nosokomialer Infektionen auf Frühgeborenen-Intensivstationen

(Stand: Dezember 2003)

Das Nationale Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen stellt seit 1996 basierend auf den Methoden des National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) Systems der USA eine Referenzdatenbank, das Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS), für die wichtigsten nosokomialen Infektionen in Deutschland zur Verfügung. Ziel dieses Surveillance-Systems ist es, Trends und Entwicklungen in Deutschland zu dokumentieren und eine laufende Standortbestimmung zu ermöglichen.

In diesem Beitrag wird NEO-KISS vorgestellt, das Modul für neonatologische Patienten, das seit 2000 existiert. Die bis zum Dezember 2003 vorliegenden Daten werden als Referenzdaten präsentiert.

In Zusammenarbeit mit Neonatologen wurden die Festlegung über das Vorliegen einer nosokomialen Infektion für das Modul NEO-KISS getroffen und einheitliche Definitionen entwickelt. Eingeschlossen sind alle Kinder, die bei der Geburt weniger als 1.500 g wiegen und auf eine beteiligte Intensivstation aufgenommen werden. Beendet wird die patientenbezogene Surveillance, wenn das Kind 1.800 g erreicht hat, die Abteilung verlässt oder stirbt.

Die Surveillance konzentriert sich bei den neonatologischen Intensivpatienten auf die **nosokomiale primäre Sepsis**, die **Pneumonie** und die **nekrotisierende Enterokolitis (NEC)**. Die NEC wird mit in die Surveillance aufgenommen, obwohl sie keine gesicherte Infektionskrankheit ist, weil sie oft in Clustern auftritt und eine große Bedeutung für die Morbidität und Mortalität der Patienten hat. Neben den Daten zu Infektionshäufigkeiten liefert NEO-KISS auch Daten zu Anwendungshäufigkeiten von *Devices* und Antibiotika.

Die Infektionsraten werden stratifiziert für **3 Geburtsgewichtsklassen** (bis 499 g; 500–999 g und 1.000–1.499 g) sowie standardisiert auf die Patiententage und die Anwendungshäufigkeit bestimmter *Devices*, die als Risikofaktoren bekannt sind, halbjährlich berechnet. Diese Referenzdaten sowie das ausführliche NEO-KISS Protokoll sind auf der Homepage des NRZ www.nrz-hygiene.de einsehbar. Nachfolgend sind die Referenzdaten in Auszügen bis Dezember 2003 aufgeführt. Auf die Darstellung der niedrigsten Geburtsgewichtsklasse wird aufgrund der geringen Patientenzahlen an dieser Stelle verzichtet.

Insgesamt sind 37 neonatologische Abteilungen deutschlandweit beteiligt. Es existiert ein Überblick über die Daten von 4.877 Kindern <1.500 g Geburtsgewicht mit 195.209 Patiententagen, 80.730 Beatmungstagen und 103.578 Gefäßkathetertagen. Die Tabellen 1 und 2 zeigen die kumulativen Daten für die *Device*- und Antibiotika-Anwendungsraten und Inzidenzdichten der nosokomialen Infektionen von Januar 2000 bis Dezember 2003. Insgesamt wurden bisher 1.372 Sepsisfälle, 187 Pneumonien und 166 NEC-Fälle erfasst.

Im Falle einer nosokomialen Infektion werden ebenfalls die in der Abteilung nachgewiesenen Erreger erfasst. Beispielhaft sind die 5 häufigsten Erreger für die Sepsis in Tabelle 3 dargestellt.

Diese Woche

48/2004

Nosokomiale Infektionen:

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

- ▶ Surveillance in der Neonatologie – NEO-KISS
- ▶ Surveillance auf peripheren Krankenstationen (Nicht-Intensivtherapiestationen) – DEVICE-KISS

HIV-Infektionen/AIDS:

Studie zur Verbesserung der Prävention bei Migranten (SPI-Forschung)

West-Nil-Fieber:

Bericht zu einer importierten Erkrankung

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik

45. Woche 2004

(Stand: 24. November 2004)

Malaria:

Neue Erkrankungsfälle nach Rückkehr aus der Dominikanischen Republik

Influenza:

Hinweise zur aktuellen Situation



Geburtsgewichtsklasse	Gefäßkatheter-Anwendungsrate (Gefäßkathetertage pro 100 Patiententage)	Beatmungsrate (Beatmungstage pro 100 Patiententage)	Antibiotika-Anwendungsrate (Antibiotikitage pro 100 Patiententage)
500–999 g	54,9	53,6	38,9
1.000–1.499 g	50,3	25,4	26,4

Tab. 1: Device- und Antibiotika-Anwendungsraten im Zeitraum Januar 2000 bis Dezember 2003

Geburtsgewichtsklasse	Patienten	Patiententage	Sepsis-Dichte (Sepsisfälle pro 1.000 Patiententage)	Pneumonie-Dichte (Pneumonien pro 1.000 Patiententage)	NEC-Dichte (NEC-Fälle pro 1.000 Patiententage)
500–999 g	1.919	100.257	9,0	1,3	1,0
1.000–1.499 g	2.849	87.892	4,4	0,4	0,6

Tab. 2: Inzidenzdichten der nosokomialen Infektionen im Zeitraum Januar 2000 bis Dezember 2003

Rangfolge	Sepsis
1	Koagulase negative Staphylokokken (55,5%)
2	<i>Staphylococcus aureus</i> (10,2%)
3	Enterobacter spp. (5,7%)
4	Enterokokken (4,9%)
5	Klebsiella spp. (4,9%)

Tab. 3: Anteile der 5 am häufigsten nachgewiesenen Erreger an den insgesamt erfassten Erregern für die Sepsis im Zeitraum Januar 2000 bis Dezember 2003

Für diesen Bericht danken wir Herrn Prof. Dr. H. Rüden, Frau Dr. S. Bärwolff, Frau Dr. C. Geffers, Herrn Dipl.-Mathematiker F. Schwab, Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen am Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin und Frau Prof. Dr. P. Gastmeier, Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene, Medizinische Hochschule Hannover.

Ansprechpartnerin für Rückfragen: Frau Dr. Christine Geffers, E-Mail: christine.geffers@charite.de. Das Protokoll NEO-KISS ist unter www.nrz-hygiene.de verfügbar.

Anhang: Definition der im Text verwendeten Parameter

1. Device-Anwendungsraten

Sie beschreiben den prozentualen Anteil der Patiententage, an denen ein bestimmtes Device vorhanden war und werden berechnet als Quotient aus der Anzahl der Device-Tage und der Gesamtzahl der Patiententage einer Station, multipliziert mit 100.

Gefäßkatheter-Anwendungsrate = $\frac{\text{Anzahl der Gefäßkathetertage}}{\text{Anzahl der Patiententage}} \times 100$

Beatmungsrate = $\frac{\text{Anzahl der Beatmungstage}}{\text{Anzahl der Patiententage}} \times 100$

Antibiotika-Anwendungsrate = $\frac{\text{Anzahl der Antibiotikitage}}{\text{Anzahl der Patiententage}} \times 100$

2. Inzidenzdichte

Die Inzidenzdichte drückt die Anzahl der im Beobachtungszeitraum entwickelten nosokomialen Infektionen pro 1.000 Patiententage aus.

Sepsisdichte = $\frac{\text{Anzahl der Sepsisfälle}}{\text{Anzahl der Patiententage}} \times 1.000$

Pneumoniedichte = $\frac{\text{Anzahl der Pneumonien}}{\text{Anzahl der Patiententage}} \times 1.000$

NEC-Dichte = $\frac{\text{Anzahl der NEC-Fälle}}{\text{Anzahl der Patiententage}} \times 1.000$

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

DEVICE-KISS: Surveillance nosokomialer Infektionen auf peripheren Krankenstationen (excl. ITS) (Stand: Juni 2004)

Seit 1997 nimmt bundesweit eine steigende Zahl von Intensivstationen (ITS) am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des Nationalen Referenzzentrums (NRZ) für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NI) zur Erstellung von Referenzdaten für nosokomiale Infektionen teil. Der Fokus ist dabei auf Device-assoziierte NI gerichtet, denn es ist bekannt, dass der diagnostische oder therapeutische Einsatz solcher Devices (invasive Medizinprodukte oder -apparate) ein Risikofaktor für den Erwerb einer entsprechenden NI ist. Die Anzahl der Infektionen, bestimmt unter Anwendung der CDC-Definitionen,¹ wird dabei bezogen auf die Anzahl der Tage, an denen ein für ihre Entstehung entscheidendes Device verwendet wurde. Es werden auf diese Weise Referenzdaten der wichtigsten nosokomialen Infektionen – Harnwegkatheter (HWK)-

assoziierte Harnwegsinfektionsrate, Beatmungs-assoziierte Atemwegsinfektionsrate und zentraler Gefäßkatheter (ZVK)-assoziierte Sepsisrate – für diese Patientenklitel erstellt.²

Hier wird das Modul DEVICE-KISS vorgestellt, das im Jahre 2002 initiiert wurde, als sich gezeigt hatte, dass die Daten des Moduls ITS-KISS für periphere Stationen als Referenz nur wenig geeignet waren. Patienten auf peripheren Stationen unterscheiden sich von Intensivpatienten deutlich in der durchschnittlichen Liegezeit, der Anwendungsrate dieser Devices, der Häufigkeit von NI sowie im Spektrum der Erreger. DEVICE-KISS hat zum Ziel, eine Referenzdatenbank für NI bei Patienten auf peripheren Stationen, stratifiziert nach Art der Station, zu generieren. So gibt DEVICE-KISS auch den peripheren Stationen die Möglichkeit, sich mit geeigneten Referenzdaten vergleichen zu können.

Stationsart	Anzahl Stationen	Anzahl Patiententage	Anzahl HWI	Anzahl HWK-Tage	mittlere HWK-Anwendungsrate (pro 100 Pat.Tage)	mittlere HWK-assozierte HWI-Rate (pro 1.000 HWK-Tage)
Innere Medizin	40	293.449	166	32.389	11,0	5,1
Chirurgie	6	16.377	4	2.038	12,4	2,0
Neurologie	8	74.729	256	20.026	26,8	12,8
Sonstige	11	60.981	21	11.418	18,7	1,8
alle	65	445.536	447	65.871	14,8	6,8
(z. Vgl. ITS-KISS)	(323)	(3.237.699)	(7.135)	(2.518.425)	(77,8)	(2,8)

Tab. 1: HWK-Anwendungsraten und HWK-assozierte Harnwegsinfektionsrate stratifiziert nach der Art der medizinischen Disziplin (Juli 2002 bis Juni 2004)

Stationsart	Anzahl Stationen	Anzahl Patiententage	Anzahl Sepsis	Anzahl ZVK-Tage	mittlere ZVK-Anwendungsrate (pro 100 Pat.Tage)	mittlere ZVK-assozierte Sepsisrate (pro 1.000 ZVK-Tage)
Innere Medizin	14	97.728	22	4.949	5,1	4,4
Chirurgie	12	69.802	14	2.989	4,3	4,7
Neurologie	0	0	0	0	n. def.	n. def.
Sonstige	3	13.871	0	379	2,7	0,0
alle	29	181.401	36	8.317	4,6	4,3
(z. Vgl. ITS-KISS)	(323)	(3.237.699)	(4.108)	(2.239.259)	(69,2)	(1,8)

Tab. 2: ZVK-Anwendungsraten und ZVK-assozierte Sepsisrate stratifiziert nach der Art der medizinischen Disziplin (Juli 2002 bis Juni 2004)

Die Teilnehmerzahl ist seit Einführung des Moduls kontinuierlich gestiegen. Bislang haben 121 Stationen verschiedener Abteilungen aus 45 Krankenhäusern prospektiv und kontinuierlich oder intermittierend NI für DEVICE-KISS erfasst (s. Abbildung 1). Aktiv betreiben derzeit 77 Stationen Surveillance für dieses Modul. Der Beginn der Teilnahme ist zu jedem neuen Jahresquartal möglich. Die Mindestteilnahmezeit beträgt drei Monate. Es besteht ebenfalls die Möglichkeit nur ausgewählte *Devices* in die Surveillance einzubeziehen. Halbjährlich werden diese Daten an das NRZ gesendet und dort ausgewertet. Weitere Informationen zu KISS sind im Internet abrufbar unter <http://www.nrz-hygiene.de>.

Die kumulierten Daten der *Device*-Anwendungsraten und der *Device*-assozierten Infektionsraten bis einschließ-

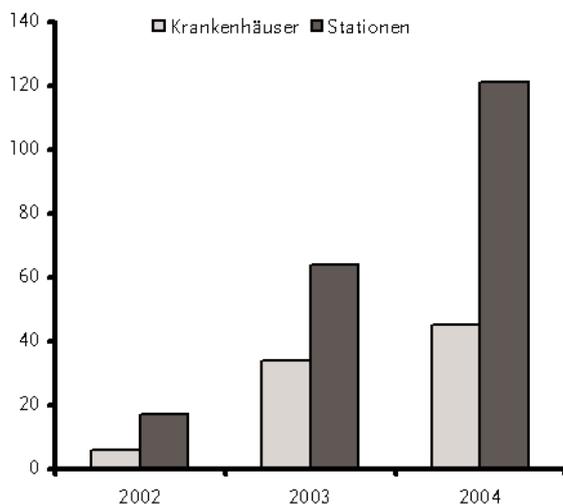


Abb. 1: Kumulative Teilnehmerzahlen (Krankenhäuser und Stationen) von DEVICE-KISS nach Jahren (Juli 2002 bis Juni 2004)

lich Juni 2004 sind in den Tabellen 1 und 2 dargestellt. Sie stützen sich auf die Surveillance von 65.659 Patienten. Auf 65 Stationen werden derzeit HWK-assozierte Infektionen erfasst, 29 Stationen betreiben Surveillance von ZVK-assozierten Blutstrominfektionen. Die deutlich erkennbaren Unterschiede zu den Daten von Intensivstationen unterstreichen die Notwendigkeit, epidemiologische Daten für periphere Stationen getrennt von Intensivpatienten zu erfassen.

1. Handbuch für die Surveillance nosokomialer Infektionen. Baden Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2004
2. Gastmeier P et al.: Five years working with the German nosocomial infection surveillance system (Krankenhaus Infektions Surveillance System). Am. J. Infect. Control 2003; 31: 316–321

Für diesen Bericht danken wir Herrn Dr. Ralf-Peter Vonberg und Frau Prof. Dr. Petra Gastmeier, Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene, Medizinische Hochschule Hannover, sowie Herrn Prof. Dr. Henning Rüden, Frau Dr. Christine Geffers, Herrn Dipl.-Informatiker Michael Behnke und Frau Dr. Dorit Sohr, NRZ für Surveillance von nosokomialen Infektionen am Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin. Ansprechpartner ist Herr Dr. Vonberg (E-Mail: Vonberg.Ralf@MH-Hannover.de).

Publikationshinweis:

Zu den hier vorgestellten KISS-Modulen sind folgende Broschüren erhältlich, die vom RKI und dem NRZ für Surveillance von nosokomialen Infektionen herausgegeben wurden:

- ▶ **NEO-Kiss:** Surveillance-Protokoll Neonatologische Intensivpatienten (ISBN: 3-89606-083-X)
- ▶ **DEVICE-Kiss:** Surveillance-Protokoll Pflegestationen – Nicht-Intensivstationen (ISBN: 3-89606-080-5)

Bezug: Einzel Exemplare 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 für Surveillance von nosokomialen Infektionen zur Verfügung: www.medicin.fu-berlin.de/hygiene/surveillance/surveillance.htm.

Migration und HIV/AIDS-Prävention – eine interdisziplinäre Herausforderung

Als weiterer Beitrag zum Welt-AIDS-Tag 2004 wird im Folgenden zu einer Studie der SPI-Forschung gGmbH berichtet, die auf Probleme und Möglichkeiten der Verbesserung der Prävention von HIV-Infektionen bei Migrantinnen und Migranten in Deutschland eingeht:

Die Erreichbarkeit von nach Deutschland eingewanderten Personen für Angebote zur Prävention von HIV/AIDS und STD aber auch insgesamt für Gesundheits- und Sozialversorgung muss nach Ansicht vieler Praktiker verbessert werden. Seit Jahren werden in Deutschland wie auch in westeuropäischen Nachbarländern zu überwindende Probleme und mögliche Lösungswege erörtert. Barrieren werden im ausländerrechtlichen, im ethnisch-kulturellen und nicht zuletzt im sprachlichen Bereich gesehen. Um hier allerdings zu Lösungen zu kommen, sind mehr Kenntnisse über Hilfesuchverhalten von Migrantinnen und Migranten und deren Basiswissen zu HIV/AIDS und STD erforderlich. Die von der Europäischen Kommission und dem BMGS geförderte Studie „HIV/AIDS und MigrantInnen“ (Laufzeit: 1.10.2003–30.11.2004) versucht, hier einen Beitrag zu leisten.

In fünf europäischen Ländern (**Deutschland, Österreich, Italien, Spanien und Griechenland**) wurden im Jahr 2004 über 1.500 Migrantinnen und Migranten quantitativ, überwiegend muttersprachlich, zu ihren Erfahrungen, Kenntnissen und Bewertungen von gesundheitsbezogenen und sozialen Einrichtungen befragt. Das Instrument enthielt ca. 100 Fragen zu Erfahrungen und Bewertungen der gesundheits- und sozialen Hilfsangebote. Die Ergebnisse der quantitativen Studie wurden u. a. zu ihrer Validierung in zwei Fokusgruppen mit Migrant/innen und Mitarbeiter/innen von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen diskutiert und gewichtet.

In Deutschland wurde die Studie von der SPI-Forschung gGmbH durchgeführt; in Berlin und dem Bundesland Brandenburg wurden insgesamt 315 Personen befragt. Dieser Beitrag bezieht sich auf die **Ergebnisse der Befragung von insgesamt 260 Interviewpartnern**, davon 139 (53,5%) Frauen und 121 (46,5%) Männer. In die Gesamtstichprobe war darüber hinaus eine Gruppe von 55 Prostituierten einbezogen, deren Ergebnisse hier keine Berücksichtigung fanden.

Die Stichprobenrekrutierung erfolgte nach im Vorlauf der Studie definierten Kriterien. Dabei wurden als wesentliche Parameter die (geschätzte) Populationsgröße in Deutschland und deren Affinität zum Thema HIV/AIDS sowie Alter und Geschlecht zur Schichtung herangezogen. Die Einteilung der Herkunftsregionen erfolgte nach WHO-Definition. Aus datenschutzrechtlichen Gründen kann das genaue Herkunftsland in Deutschland nicht erfragt werden, so dass hier eine relative grobe ethnische Zuordnung gewählt wurde. Mit Hilfe von kooperierenden Einrichtungen, wurde der Kontakt zu den Befragten mit der „Schneeballmethode“ hergestellt (der Erstkontakt läuft über die Einrichtung, jede kontaktierte Person wurde gebeten, zwei weitere Personen zu benennen usw., dies solange, bis Personendoppelungen auftauchen). Die Befragung in Deutschland wurde in sieben verschiedenen Sprachen mit Hilfe von kulturellen Mediator/innen durchgeführt.

Ergebnisse

Basiswissen zu HIV/AIDS und Infektionsrisiken: Ein großer Anteil der befragten Migrantinnen und Migranten fühlt sich zu diesem Thema nicht gut informiert. Nur die Hälfte (49,6%) der Untersuchungsgruppe ist sich „sicher“, was HIV/AIDS ist und jeweils etwa ein Viertel ist

Die Zusammensetzung der Stichprobe

- ▶ Die größte Gruppe der Befragten stammt aus Südosteuropa (35%) gefolgt von Sub-Sahara-Afrika (32,3%), Osteuropa 23,8% und Asien (4,6%).
- ▶ Im Durchschnitt sind die befragten Migrantinnen und Migranten 30,4 Jahre alt. Frauen und Männer unterscheiden sich nicht im Altersdurchschnitt.
- ▶ Jeweils etwa ein Drittel der Interviewpartner/innen ist verheiratet oder Single, 18% leben getrennt oder sind geschieden. 32,7% leben mit ihrem/r Partner/in zusammen, davon 18% mit ihren Kindern. 23% der Frauen und 13% der Männer sind alleinerziehend.
- ▶ Die Befragten sind eher gut gebildet; 47,7% haben mittlere bzw. höhere Schulabschlüsse.
- ▶ Obwohl der Bildungsstand gut ist, sind 32,2% der Migrantinnen und Migranten arbeitslos (Frauen 29%; Männer 36%). 29,6% haben eine Voll- oder Teilzeit-Beschäftigung.
- ▶ Über ein monatliches Einkommen von unter 1.000,- Euro verfügen 58,2% der Befragten. Sie leben damit unter der in Deutschland auf 1.100,- Euro festgelegten Armutsgrenze.
- ▶ Ein gutes Drittel der Studienteilnehmer/innen verließ das Heimatland aus familiären Beweggründen (35,8%). Aus politischen Motiven verließen 20,4% das Heimatland und 17,5% führten ökonomische Gründe an.
- ▶ Von den Interviewpartner/innen haben 45,4% einen langfristigen und 14,2% einen befristeten Aufenthaltsstatus, 11,2% warten zum Zeitpunkt des Interviews auf die Verlängerung ihrer Aufenthaltserlaubnis.

„ziemlich sicher“ (26,5%) oder „unsicher“ bis „unwissend“ (23,9%). Im Vergleich zur deutschen Bevölkerung (hier sind sich nahezu 100% sicher, was HIV/AIDS ist) ist dieses Wissen sehr gering. Betrachtet man vor diesem Hintergrund das vorhandene Wissen über einzelne **Übertragungswege**, so ergeben sich auch hier viele Lücken: Nur etwa 80,8% wissen sicher, dass bei sexuellen Kontakten eine Ansteckungsgefahr besteht; 32,2% sind der Meinung, dass man sich auch beim Küssen anstecken kann; immerhin 13,1% glauben, sich über ein benutztes Glas infizieren zu können und nur 77,3% wissen, dass der gemeinsame Gebrauch von Spritzbestecken sehr riskant ist. Diese Unwissenheit erzeugt Unsicherheit, Angst und auch Gleichgültigkeit gegenüber einem möglichen Risiko. Über die Hälfte der Osteuropäer/innen beispielsweise ist sehr besorgt, sich mit HIV anstecken zu können. Frauen aus Südosteuropa stellen die Gruppe mit dem geringsten Basiswissen zu HIV/AIDS und geben überwiegend an, nicht an einer Gefährdung zu denken. – 72,5% der interviewten Migrantinnen und Migranten haben bereits **Informationen über AIDS** erhalten, 49% in einer ihnen gut verständlichen Sprache. Die befragten Männer waren etwas besser über Infektionsrisiken informiert, als die Frauen, auch zwischen den Herkunftsregionen bilden sich Unterschiede im Grad der Informiertheit ab: Sub-Sahara-Afrikaner/innen sind sicherer und besser informiert als Südost- und Osteuropäer/innen. Wie auch in der deutschen Gesamtbevölkerung spielten dabei **Massenmedien** wie etwa Fernsehspots oder Plakate die wichtigste Rolle, jedoch nur für etwa 41,5% der Befragten (z. Vgl.: 92% der deutschen Gesamtbevölkerung nutzen Massenmedien). Als Quellen für die erhaltenen Informationen wurden darüber hinaus persönliche Kontakte angegeben, beispielsweise Freunde (25,4%), gesundheitsbezogene Angebote (28,1%) oder Lehrer (19,6%).

Kenntnisse über und Erfahrungen mit HIV-Tests in Deutschland: 51,5% der befragten Migrantinnen und Migranten informieren sich über gesundheitliche Einrichtungen bei Freunden, 38% bei Familienangehörigen und 26,2% bei anderen Migranten. Auch hier steht also die persönlich erhaltene Information im Vordergrund. Über HIV-Testmöglichkeiten in Deutschland wissen die Befragten erschreckend wenig. Nur 24% ist bekannt, dass man in Deutschland einen HIV-Test auch anonym und kostenlos erhalten kann. Ein Befund, der ebenso zur Sorge veranlasst, wie die Aussage, dass nur 52,2% derjenigen, die sich in Deutschland einem HIV-Test unterzogen haben, sich an eine Beratung vor dem Test erinnern konnten. Tatsache ist, dass in Deutschland eine Beratung vor dem Test vorgeschrieben ist. Es stellt sich die Frage, hat tatsächlich keine Beratung stattgefunden oder war das Gespräch vor dem HIV-Test so dürftig, dass die Betroffenen sich nicht an eine Beratung erinnern konnten? Der Anteil derer, die nach dem HIV-Test nicht beraten wurden (oder sich an eine Beratung nicht erinnern können) lag mit 56,6% ähnlich hoch.

Schlussfolgerungen für die HIV/AIDS-Prävention

Auch aus den hier in einer Auswahl vorgestellten Befragungsergebnissen wird deutlich, dass die HIV/AIDS-Prävention in Deutschland Migranten und Migrantinnen nicht im gleichen Maße erreicht wie die Allgemeinbevölkerung. Das zur Prävention von AIDS notwendige Basiswissen fehlt in vielen Fällen, Beratungs- und Testangebote (auch anonym und kostenlos) der öffentlichen Gesundheitsdienste sind nur unzureichend bekannt (und auch nicht immer vorhanden). Da insbesondere Migrantinnen Informationen eher über persönliche Kontakte aufnehmen, ist der Ausbau spezifischer Angebote dringend erforderlich. Darüber hinaus sollten aber auch andere Einrichtungen, die mit Migrantinnen in Kontakt stehen, für das Thema sensibilisiert werden. Nicht zuletzt würde es helfen, wenn Beratungsangebote in den wichtigsten Sprachen regional, z. B. auch in öffentlichen Verkehrsmitteln, bekannt gemacht würden.

Für diesen Bericht danken wir Frau E. Steffan (E-Mail: E.Steffan@spi-research.de), Frau V. Kersch und Frau S. Sokolowski, SPI-Forschung, Berlin.

Fallbericht: Wahrscheinliche West-Nil-Virus-Erkrankung – dritter importierter Fall in Deutschland

West-Nil-Virus-Infektionen wären in Deutschland durch Stiche von Mücken (z. B. der Gattung Culex), die Kontakt zu infizierten Zugvögeln gehabt hatten, denkbar, derartige Fälle sind aber bisher nicht beobachtet worden. Die zweite Möglichkeit des Auftretens betrifft den Import von Erkrankungsfällen Reisender, die aus Gebieten mit einer hohen Verbreitung des Virus heimkehren. Schon im Jahr 2003 waren ein 77-jähriger Mann aus Niedersachsen und eine 51-jährige Frau aus Bayern während Reisen in Gebiete der USA mit hoher West-Nil-Virus-Inzidenz erkrankt (s. a. Epid. Bull. 39/2003). Jetzt wurde auf dem Meldeweg ein dritter – vorerst noch wahrscheinlicher – Fall einer West-Nil-Virus-Infektion erfasst, zu dem nachfolgend kurz berichtet wird:

Eine 77-jährige Frau aus Weimar erkrankte am 20.9.2004 während einer Touristenreise vom 4.9.–4.10.2004 in den USA (Kalifornien) an einer akuten **Enzephalitis** mit Fieber und einige Tage anhaltender Bewusstseinsstörung. Bereits in den USA war der Verdacht auf eine West-Nil-Enzephalitis geäußert worden. Die Erkrankte musste dort vom 20.–30.9.2004 bereits stationär behandelt werden. Nach ihrer Rückkehr wurde die Frau in Weimar am 11.10.2004 erneut mit einer Restsymptomatik in Form von Gedächtnisstörungen und Muskelschwäche in einem Krankenhaus behandelt. Die Ergebnisse der serologischen Untersuchungen, die im Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin in Hamburg durchgeführt wurden – Liquor und Serum im Anti-Flavivirus-IgM-ELISA: positiv; Anti-West-Nil-IgG-HHT: Liquor: 1:160 positiv, Serum: 1:2.560/5.120 positiv – sprechen für eine akute Flavivirus-Infektion. Aufgrund dieser Befunde, des klinischen Bildes und unter Berücksichtigung der Anamnese (ein Insektenstich während des Aufenthalts in einem Epidemie-Gebiet ist belegt) ist eine West-Nil-Virus-Infektion sehr wahrscheinlich, sie muss aber noch endgültig bestätigt werden. Die

Patientin befindet sich zur Zeit wieder in einem gutem Allgemeinzustand und wurde in eine Reha-Klinik verlegt.

Da ein positiver Antikörperbefund in ELISA und Hämagglutinationshemmtest auch durch kreuzreaktive Antikörper, die durch andere Flaviviren – oder auch entsprechende Impfungen – induziert wurden (z. B. Gelbfieber-, FSME-, Japanische Enzephalitis-, St. Louis-Enzephalitis-Virus), hervorgerufen sein kann, muss in einem solchen Fall auch geklärt werden, ob eine Impfung gegen bzw. eine Infektion mit einem dieser Erreger Ursache für das Vorliegen solcher Antikörper sein könnte. Als Bestätigungstest für serologische Befunde, die eine Flavivirus-Infektion anzeigen, wird der Neutralisationstest eingesetzt, der in Deutschland gegenwärtig nur am RKI routinemäßig durchgeführt wird. Diese Untersuchung wurde im hier beschriebenen Fall vereinbart, ist aber noch nicht erfolgt. Anamnestisch wurde bekannt, dass die Patientin 1992 eine Impfung gegen Gelbfieber erhalten hatte.

Eine Erkrankung an West-Nil-Fieber oder West-Nil-Enzephalitis bzw. der Nachweis des Erregers sind in Deutschland gegenwärtig nicht explizit meldepflichtig, jedoch sollten Fälle gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 5 IfSG in der Kategorie „bedrohliche Krankheiten“ gemeldet und übermittelt werden (s. a. Bales/Baumann/Schnitzler: „Infektionsschutzgesetz – Kommentar und Vorschriftensammlung –“, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2003, S. 58).

Für die Übermittlung näherer Angaben zu diesem Erkrankungsfall danken wir Herrn Dr. med. habil. W. Hühn und Frau Dr. E. Jensen, Thüringer Lan-desamt für Lebensmittelsicherheit und Verbraucherschutz. Ansprechpartnerin zum Erkrankungsfall ist Frau Dr. Jensen (E-Mail: ejensen@tlv.thueringen.de), zum West-Nil-Fieber, speziell zur Labordiagnostik, Herr Prof Dr. G. Pauli, RKI (E-Mail: PauliG@rki.de).

Hinweise auf aktuelle Publikationen aus dem RKI zu West-Nil-Fieber:

1. Pauli G: West-Nil-Virus Prävalenz und Bedeutung als Zoonoseerreger, Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2004; 7: 653–660.
2. RKI: West-Nil-Fieber: Beobachtungen und Erfahrungen während einer Epidemie in den USA 2002. Epid. Bull. 2003; 13: 96–99.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Stand v. 24.11.2004 (45. Woche)

Land	Darmkrankheiten																
	Salmonellose			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darmpathogene E. coli			Campylobacter-Ent.			Shigellose				
	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.		
	2004			2003			2004			2003			2004			2003	
Baden-Württemberg	112	5.723	6.013	0	90	83	8	246	309	65	4.403	4.386	2	138	81		
Bayern	93	7.698	7.904	1	173	218	9	715	657	107	5.460	4.712	8	150	102		
Berlin	32	1.843	2.016	3	22	10	0	139	195	54	2.343	2.281	0	101	53		
Brandenburg	36	2.228	2.497	0	14	28	3	203	207	39	1.836	1.543	0	26	24		
Bremen	7	266	284	0	4	13	1	25	34	9	382	350	1	5	5		
Hamburg	21	1.076	1.148	0	26	32	0	24	36	28	1.537	1.416	2	38	35		
Hessen	73	3.387	3.969	0	16	15	6	91	111	59	2.775	2.656	4	59	56		
Mecklenburg-Vorpommern	35	1.323	1.735	0	9	9	5	265	290	66	1.768	1.378	0	10	5		
Niedersachsen	118	4.489	4.989	0	73	113	2	171	238	106	3.909	3.302	2	47	33		
Nordrhein-Westfalen	186	8.205	10.504	2	177	258	17	868	824	207	11.326	9.079	4	110	88		
Rheinland-Pfalz	71	3.547	3.487	2	84	82	7	225	179	39	2.343	2.063	1	47	26		
Saarland	11	655	721	0	4	5	0	15	19	8	767	785	0	6	1		
Sachsen	76	3.685	4.699	0	37	73	11	634	803	56	3.812	3.650	3	92	79		
Sachsen-Anhalt	64	2.331	2.596	1	16	14	21	514	393	52	1.550	1.281	0	23	20		
Schleswig-Holstein	48	1.569	1.863	1	36	38	3	114	86	35	1.813	1.386	0	9	6		
Thüringen	33	2.224	2.860	0	18	27	14	412	405	38	1.534	1.466	4	50	60		
Deutschland	1.016	50.249	57.285	10	799	1.018	107	4.661	4.786	968	47.558	41.734	31	911	674		

Land	Virushepatitis										
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺			Hepatitis C ⁺				
	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.	45.	1.-45.	1.-45.		
	2004			2003			2004			2003	
Baden-Württemberg	5	191	139	0	102	134	19	1.012	870		
Bayern	5	260	212	1	139	151	33	1.622	1.358		
Berlin	1	121	80	1	67	68	18	829	435		
Brandenburg	0	28	13	0	16	12	2	82	70		
Bremen	0	17	12	0	12	13	0	28	43		
Hamburg	2	41	22	1	21	22	0	69	53		
Hessen	0	140	102	0	94	89	6	462	455		
Mecklenburg-Vorpommern	0	19	22	0	16	16	2	83	87		
Niedersachsen	3	131	88	1	116	137	14	666	670		
Nordrhein-Westfalen	9	498	228	3	276	281	25	1.492	805		
Rheinland-Pfalz	1	89	61	2	90	73	7	458	278		
Saarland	0	9	5	2	19	9	1	25	28		
Sachsen	0	43	18	0	35	50	5	246	216		
Sachsen-Anhalt	0	43	44	0	36	35	2	151	149		
Schleswig-Holstein	1	30	42	2	29	24	3	195	168		
Thüringen	0	26	31	0	24	13	4	130	83		
Deutschland	27	1.686	1.119	13	1.092	1.127	141	7.550	5.768		

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. 24.11.2004 (45. Woche)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

Darmkrankheiten															Land
Yersiniose			Norovirus-Erkrankung			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose			
45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	
2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003	2004		2003	
7	325	380	46	1.947	3.324	11	2.480	3.121	12	589	499	1	73	120	Baden-Württemberg
10	506	494	22	1.970	2.018	17	3.886	4.357	18	643	434	2	45	63	Bayern
2	200	228	119	1.736	1.256	6	1.406	1.527	8	284	177	0	52	35	Berlin
6	196	266	72	2.530	2.940	8	2.177	2.763	5	75	44	1	20	16	Brandenburg
0	50	38	10	405	413	2	132	303	0	27	18	1	14	9	Bremen
5	114	146	35	578	1.147	0	636	696	3	101	99	1	11	9	Hamburg
5	277	282	43	876	1.188	5	1.607	1.839	5	196	157	2	25	29	Hessen
2	160	181	185	2.887	2.253	25	2.292	2.764	2	235	127	2	60	47	Mecklenburg-Vorpommern
9	567	579	163	3.108	4.773	17	2.280	3.173	6	211	148	6	81	87	Niedersachsen
18	937	880	59	3.447	4.399	35	4.354	5.377	15	743	503	2	195	176	Nordrhein-Westfalen
6	313	317	73	2.363	3.074	8	1.873	2.589	1	158	119	0	46	36	Rheinland-Pfalz
0	82	85	5	236	406	1	249	502	0	38	17	0	4	1	Saarland
7	581	666	241	7.235	5.248	29	4.890	7.355	5	309	202	2	73	109	Sachsen
8	334	422	213	1.530	2.302	10	2.792	3.220	6	128	84	2	25	40	Sachsen-Anhalt
7	189	212	12	756	1.558	2	624	763	0	47	33	0	7	2	Schleswig-Holstein
15	420	471	300	3.848	1.946	15	2.795	3.053	0	57	33	0	11	23	Thüringen
107	5.251	5.647	1.598	35.452	38.245	191	34.473	43.402	86	3.841	2.694	22	742	802	Deutschland

Weitere Krankheiten										Land
Meningokokken-Erkr., invasiv			Masern			Tuberkulose				
45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.	45.	1.–45.	1.–45.		
2004		2003	2004		2003	2004		2003		
1	54	67	0	15	28	12	658	782	Baden-Württemberg	
2	73	91	2	15	41	5	767	897	Bayern	
1	17	25	0	10	2	6	303	318	Berlin	
0	10	26	0	1	5	0	124	185	Brandenburg	
0	4	8	0	0	34	1	59	56	Bremen	
0	9	15	0	1	5	3	184	190	Hamburg	
1	33	32	1	16	16	10	492	544	Hessen	
0	17	29	1	1	5	2	98	137	Mecklenburg-Vorpommern	
0	37	55	0	10	236	17	414	497	Niedersachsen	
4	149	179	0	27	303	19	1.493	1.559	Nordrhein-Westfalen	
0	24	37	0	5	38	2	258	316	Rheinland-Pfalz	
0	6	16	0	1	1	0	77	97	Saarland	
0	23	31	0	1	2	1	201	232	Sachsen	
0	22	39	0	2	7	2	173	196	Sachsen-Anhalt	
0	12	16	0	4	24	0	139	141	Schleswig-Holstein	
1	23	28	0	1	3	5	117	118	Thüringen	
10	513	694	4	110	750	85	5.557	6.265	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. 24.11.2004 (45. Woche)

Krankheit	45. Woche 2004	1.–45. Woche 2004	1.–45. Woche 2003	1.–52. Woche 2003
Adenovirus-Erkr. am Auge	2	550	335	397
Brucellose	0	26	23	27
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	0	60	67	76
Dengue-Fieber	3	102	110	129
FSME	5	241	262	276
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	42	73	82
Hantavirus-Erkrankung	6	188	120	144
Influenza	3	3.408	8.178	8.481
Invasive Erkrankung durch <i>Haemophilus influenzae</i>	2	52	64	77
Legionellose	10	393	347	395
Leptospirose	1	42	34	37
Listeriose	1	257	219	255
Ornithose	0	12	37	41
Paratyphus	0	88	62	72
Q-Fieber	0	106	382	386
Trichinellose	0	5	3	3
Tularämie	0	2	3	3
Typhus abdominalis	0	75	61	66

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung**Malaria nach Rückkehr aus der Dominikanischen Republik belegt aktuelles Infektionsrisiko**

In Touristenregionen der Dominikanischen Republik hatten bereits in früheren Jahren Reisende Malaria (*M. tropica*) (Infektionen durch *Plasmodium falciparum*) erworben. Nach örtlichen Bekämpfungsmaßnahmen war diese Gefahr in den sonst Malaria-freien Gebieten jeweils gebannt worden. Jetzt gibt es wieder Hinweise auf ein aktuell erhöhtes Infektionsrisiko in diesem Gebiet. Dem RKI waren bereits im Mai und Juli 2004 zwei Erkrankungsfälle gemeldet worden. Im November wurden bisher zwei Erkrankungen bei Reisenden in Bayern erfasst (ein 56-jähriger Mann und eine 26-jährige Frau, die am 3.11. bzw. am 11.11. zurückgekehrt waren, erkrankten am 11.11. bzw. am 15.11. an einer *M. tropica*). In dem vom RKI unterstützten Surveillance-System **SIMPID** (Surveillance importierter Infektionen in Deutschland, Koordinator: PD Dr. T. Jelinek, Berlin) wurden in den letzten Tagen vier *M.-tropica*-Erkrankungsfälle unter deutschen Reisenden bekannt, die sich in der Dominikanischen Republik, speziell in der **Region Punta Cana im Osten der Insel**, aufgehalten

hatten. Internationale Berichte bestätigen diese Beobachtungen. Es wird gebeten, im Rahmen der Meldepflicht an das RKI möglichst genaue Hinweise zu auftretenden Erkrankungsfällen zu geben (Ansprechpartnerin im RKI: Frau Dr. I. Schöneberg, E-Mail: SchoenebergI@rki.de). Allen Reisenden, die eine Reise in die Dominikanische Republik planen, wird eine reisemedizinische Beratung zu den Möglichkeiten der Prophylaxe dringend empfohlen.

Hinweis: Das RKI führt keine individuelle tropenmedizinische Beratung durch.

Hinweise zur aktuellen ARE/Influenza-Situation

Die akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) bewegen sich weiterhin innerhalb jahreszeitlicher Erwartungswerte. In der vergangenen Woche wurden im NRZ keine Influenzaviren angezüchtet oder mit PCR nachgewiesen. Die Influenza-Aktivität in **Europa** befindet sich weiterhin insgesamt auf niedrigem Niveau (einzelne Nachweise von Influenza-A-Virus in Irland, England, Schottland und Frankreich; Influenza-B-Virus wurde in Schweden und Lettland nachgewiesen). 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 47. 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