



Epidemiologisches Bulletin

29. April 2013 / Nr. 17

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Die hygienische Händedesinfektion – ein Beitrag zum Internationalen Tag der Händehygiene am 5.5.

Am 5.5. jährt sich der „Internationale Tag der Händehygiene“. Seit dem Jahr 2009 soll dieser Tag, initiiert von der Weltgesundheitsorganisation, alljährlich die Aufmerksamkeit des medizinischen Personals auf die Händehygiene lenken. Der Tag bietet Anlass zu überlegen, was Händehygiene für jeden einzelnen und für die Einrichtung bedeutet und was getan werden kann, um sie zu verbessern.

Die Weltgesundheitsorganisation misst der Verbesserung der Händehygiene zu Recht eine besondere Bedeutung bei: Kontaminierte Hände des medizinischen Personals stellen den wichtigsten Weg für Transmissionen mikrobieller Pathogene im Gesundheitswesen dar. Händehygiene umfasst dabei neben der in der Kampagne der Weltgesundheitsorganisation besonders hervorgehobenen Händedesinfektion auch Aspekte der Reinigung (Waschung) der Hände, den Hautschutz und die Hautpflege sowie mechanische Barrieremaßnahmen (Handschuhe).¹

Im folgenden Beitrag soll ausschließlich auf die Händedesinfektion eingegangen werden.

Die Ereigniskette, die zur Übertragung von Krankheitserregern über die Hände des Personals führt, beginnt mit der Aufnahme mikrobieller Pathogene vom Patienten oder seiner Umgebung. Die aufgenommenen Erreger gelangen auf diesem Weg überall dorthin, wo dieser Mitarbeiter tätig ist und auch dorthin, wo er etwas mit den Händen berührt, insbesondere andere Patienten bzw. deren Umgebung.²

Diese Ereigniskette kann prinzipiell bei jedem Schritt unterbrochen werden. Die praktisch wichtigste Maßnahme ist jedoch die Unterbrechung der Übertragung durch Inaktivierung aufgenommener Erreger auf den Händen durch die **hygienische Händedesinfektion**.

Die Effektivität der Händedesinfektion wird durch

- ▶ die Wirksamkeit des eingesetzten Desinfektionsmittels,
- ▶ die Ausführung, d.h. die Art und Weise der Händedesinfektion (Menge, Technik, Zeit) und
- ▶ die (tatsächliche) Durchführung zu einer relevanten Gelegenheit

bestimmt.

Im Folgenden soll der Faktor „Durchführung der Händedesinfektion zu einer relevanten Gelegenheit“, die verschiedenen Möglichkeiten ihn zu messen sowie Faktoren, die ihn beeinflussen, dargestellt werden, um daraus Maßnahmen zur Verbesserung abzuleiten.

Diese Woche

17/2013

Public Health

Die hygienische Händedesinfektion – Internationaler Tag der Händehygiene

Hinweise auf Publikationen und Veranstaltungen des RKI

- ▶ Neues von der Gesundheitsberichterstattung des Bundes
- ▶ RKI-Ratgeber für Ärzte – Ratgeber Mumps aktualisiert
- ▶ AMBIT – Management außergewöhnlicher biologischer Gefahren – Fortbildung für den ÖGD

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

- ▶ Jahresstatistik 2012 (Datenstand: 1. März 2013)
- ▶ Aktuelle Statistik 14. Woche 2013

Hepatitis A

Vermeint Erkrankungen nach Reisen nach Ägypten



Durchführung der hygienischen Händedesinfektion – Compliance

Die tatsächliche Durchführung der hygienischen Händedesinfektion zu einer Gelegenheit (Moment) wird häufig mit dem englischsprachigen Ausdruck *Compliance* oder *Adherence* beschrieben. Gemeint ist dabei das Verhältnis von einer tatsächlich erfolgten Desinfektion im Vergleich zu der Anzahl an Gelegenheiten, bei denen eine Desinfektion erfolgen sollte.³

Die Messung des Händedesinfektionsverhaltens kann mit verschiedenen Methoden erfolgen. Jede dieser Methoden hat ihre Stärken und Schwächen. So lässt sich z. B. die Menge an verwendetem Händedesinfektionsmittel pro Station und Zeiteinheit messen. Dieser Surrogat-Parameter ist einfach zu bestimmen. Die Ergebnisse müssen jedoch vorsichtig interpretiert werden, da sie z. B. keine Zuordnung zu den relevanten Gelegenheiten („5 Momente“) erlauben.⁴

Alternativ ermöglicht die Beobachtung der Händedesinfektion einzelner Individuen durch geschulte Mitarbeiter neben der Compliance als solcher auch Fehler in der Ausführung oder im verwendeten Mittel zu erfassen und in Einzelgesprächen bzw. Schulungen darauf einzugehen. Diese Methode erfordert jedoch hohe personelle und zeitliche Ressourcen. Auch ist zu beachten, dass das Bewusstsein, bei der Arbeit beobachtet zu werden, das Verhalten beeinflussen kann (Hawthorne-Effekt). Es wurde gezeigt, dass der Hawthorne-Effekt die gemessenen Compliance-Werte höher erscheinen lässt, als diese tatsächlich, ohne Beobachtung, sind.⁵

Als Variante sind verschiedene elektronische Systeme entwickelt worden, die ohne vermehrten Personaleinsatz bei der Messung der Compliance helfen sollen. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, die Patienten in der Beobachtung des Händedesinfektionsverhaltens der Mitarbeiter zu schulen und systematisch zu befragen.^{6,7}

Die gleichzeitige parallele Anwendung mehrerer Messmethoden kann dazu beitragen, die Situation der Händedesinfektion besser kennenzulernen bzw. die erhobenen Daten besser einschätzen zu können.

Bei veröffentlichten Compliance-Werten fällt auf, dass die Werte teilweise sehr niedrig sind und sehr stark variieren. Das hat verschiedene Ursachen. Häufig liegen sehr unterschiedliche Studienbedingungen zur Bestimmung der Compliance vor, die in der Bewertung berücksichtigt werden müssen.^{8,9,10} Folglich sind die in diesen Veröffentlichungen publizierten Daten nur eingeschränkt auf andere Einrichtungen übertragbar. Zu beachten ist, dass die ausschließliche Messung der Compliance, so wichtig sie auch ist, aus den oben genannten Gründen noch kein Maß für die Effektivität der Händehygiene ist!

Es erscheint sinnvoll, dass jede Einrichtung ihren eigenen Ist-Zustand zur Händehygiene analysiert und anschließend gezielte Maßnahmen zu deren Verbesserung initiiert.

Dabei ist eine Basiserhebung vor einer Intervention sinnvoll, um den Effekt einer folgenden Intervention genau messen bzw. in Relation setzen zu können. Ergänzend können Erhebungen z. B. unter dem Personal genutzt werden, um Details zur Händehygienepraxis (Wissen, Einstellungen und Produktzufriedenheit) zu erfahren.

Compliance – Realität und Ziele

Bei der Durchsicht der Literatur internationaler und nationaler Gremien (Weltgesundheitsorganisation, nationale Händehygienekampagnen) fällt auf, dass selten konkrete Ziele formuliert werden, welcher Compliance-Wert anzustreben ist bzw. welche Compliance-Erhöhung bei der Händedesinfektion oder Händehygiene allgemein wünschenswert ist. Nur eine Leitlinie zur Verbesserung der Händehygiene für Beschäftigte im Gesundheitswesen schätzt eine Erhöhung der Compliance von 25% innerhalb eines Jahres als moderat ein, obwohl aggressivere Ziele denkbar seien.¹¹

In der Praxis erscheinen jedoch selbst unter Studienbedingungen Steigerungen von 20% und mehr als sehr ambitioniert. So konnte in einer multimodalen, prospektiven Studie mit dem Ziel, die Händedesinfektion krankenhausesweit zu verbessern, eine Erhöhung der Compliance von 48% auf 66% in drei Jahren (also „nur“ um 18 Prozentpunkte) erzielt werden, zeitgleich sank die Anzahl der Übertragungen von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* und nosokomialen Infektionen signifikant.¹²

In der deutschen Kampagne zur Verbesserung der Händedesinfektion in medizinischen Einrichtungen, der „AKTION saubere Hände“, zeigen aktuelle Daten eine bisher erreichte Compliance-Erhöhung von ca. 10 Prozentpunkten auf Intensivstationen (persönliche Kommunikation von Dr. Christiane Reichardt, „AKTION saubere Hände“). Die mittlere Compliance-Erhöhung bei 62 untersuchten Krankenhäusern liegt bei 11 Prozent.¹³

Trotzdem bringen, wie die erwähnte Studie von Pittet et al.¹² zeigt, auch schon geringe Steigerungen, ausgehend von mittleren Werten für die Compliance, einen deutlichen Mehrwert für die Infektionsprävention und sind daher sinnvoll und erstrebenswert. Überzogene Forderungen („100%!“), die von den Mitarbeitern als nicht umsetzbar angesehen werden, sind dagegen für die Compliance eher kontraproduktiv.

Faktoren, die die Compliance für die Händedesinfektion beeinflussen

Faktoren, die die Compliance beeinflussen, sind vielfältig und einrichtungsindividuell verschieden. Einige wichtige positive und negative Einflussfaktoren sind in zwei Kästen auf Seite 141 aufgeführt.

Neben praktischen Hemmnissen für die Händehygiene¹⁹ haben Faktoren, die die Compliance negativ beeinflussen, oft eine psychologische Komponente. So berichteten bereits mehrere Autoren kleinerer Studien, dass beim Anlegen

Positive Einflussfaktoren auf die Compliance

- ▶ Engagement der Klinikleitung¹⁰
- ▶ Erinnerungsmaterialien in Form von Postern etc. nutzen¹²
- ▶ klare Handlungsanweisungen durch das WHO-Modell „My 5 Moments for Hand Hygiene“¹⁴
- ▶ Korrelation von Compliance und nosokomialen Infektionsraten herstellen und an das Personal kommunizieren¹²
- ▶ optimale Erreichbarkeit von Händedesinfektionsmitteln¹² – Händehygiene einfach und bequem machen (siehe Text: Instrumente zur Verbesserung der Hygiene)
- ▶ Rückmeldung zum Händehygieneverhalten¹⁵
- ▶ eine institutionelle Sicherheitskultur schaffen¹³
- ▶ Training einer effektiven Technik¹⁶
- ▶ umfassende Schulung zu den Maßnahmen der Händehygiene, bei der Benutzung von Handschuhen, zur Effektivität der Händedesinfektion¹⁷
- ▶ Wahlmöglichkeiten bzw. Produktaustausch bei Händedesinfektionsmitteln¹⁸

Negative Einflussfaktoren auf die Compliance

- ▶ eingeschränkte Verfügbarkeit von Händedesinfektionsmittelspendern¹⁹
- ▶ fehlende Vorbildfunktion z. B. des ärztlichen Personals²⁰
- ▶ Haut-Irritationen, mangelhafte Hautpflege¹⁹
- ▶ häufige Unterbrechungen in den Arbeitsabläufen¹⁹
- ▶ hohes Arbeitsaufkommen¹⁹
- ▶ Nutzung von Handschuhen (kann zu einem unangemessenen Sicherheitsgefühl führen)¹⁹
- ▶ Einsatz von mobilen Geräten und medizinischen Instrumenten, welche für mehr als einen Patienten und an verschiedenen Orten innerhalb der Abteilung eingesetzt werden¹⁹
- ▶ subjektive Wahrnehmung von Infektionsrisiken für die Patienten¹⁹
- ▶ subjektive Wahrnehmung von Infektionsrisiken für das Personal¹⁹
- ▶ unterschiedlicher Wissensstand des Personals mit teilweise mangelndem Bewusstsein für die Bedeutung der Händehygiene¹⁹

von Handschuhen eine niedrigere Händedesinfektions-Compliance beobachtet werden konnte, welche durch ein unangemessenes Sicherheitsgefühl beim Arbeiten mit Handschuhen bedingt sein kann. In einer umfangreichen britischen Studie wurde die Compliance mit und ohne Tragen von Handschuhen untersucht. In ca. 25% der 7.578 beobachteten Gelegenheiten für die Händehygiene wurden Handschuhe getragen. Die Händedesinfektions-Compliance mit Handschuhen lag mit 41% signifikant unter der Compliance ohne Handschuhe mit 50% ($p = 0,0001$).²¹

Eine fehlende Vorbildfunktion wird ebenfalls als entscheidender Faktor in der konsequenten Umsetzung von Hygienerichtlinien diskutiert.²⁰ Tatsächlich haben berufsspezifische Untersuchungen zur Händedesinfektions-Compliance wiederholt niedrigere Compliance-Werte bei ärztlichem Personal im Vergleich zum Pflegepersonal berichtet.^{8,12}

Instrumente zur Steigerung der Compliance

Gezielte Maßnahmen setzen an der Stärkung positiver und dem Abbau negativer Faktoren an. Die nationale Umsetzung der Kampagne der Weltgesundheitsorganisation zur Verbesserung der hygienischen Händedesinfektion in deutschen Gesundheitseinrichtungen, die „AKTION saubere Hände“, wurde am 1. Januar 2008 gestartet und mittlerweile auch auf Alten- und Pflegeheime sowie ambulante Einrichtungen erweitert.

Eine wesentliche Maßnahme dieser Kampagne ist die Einführung des Modells der Weltgesundheitsorganisation „My 5 Moments for Hand Hygiene“.¹⁴ Auch die **Förderung optimaler Arbeitsbedingungen durch gute Vorort-Verfüg-**

barkeit (z. B. am Bett) von alkoholbasierten Händedesinfektionsmitteln sowie das Aufhängen von Postern zur Erinnerung an die korrekte Händedesinfektion gehören dazu.

Weitere Instrumente sind die **Unterstützung der Händehygiene durch die Krankenhausleitung**, die Rückmeldung zum Händedesinfektionsverhalten nach Compliance-Messung und die Korrelation der gemessenen Compliance-Werte mit aktuellen Infektionsraten. Ergänzt werden sollten diese Instrumente durch **Schulungen zur Händehygiene**.¹⁷ Hierbei sollten insbesondere die **Bedürfnisse des medizinischen Personals** berücksichtigt werden.

Unzweifelhaft sind Schulung und Training der Händehygiene wichtige Instrumente, um die Compliance positiv zu beeinflussen. Schulungen, nicht nur von neuen Mitarbeitern, vermitteln die Wichtigkeit der Händehygiene als Präventionsmaßnahme. Ferner gibt es Hinweise darauf, dass die stetige Anwendung des Gelernten (Training) wichtig für die Effektivität des Gelernten und daher eine bedeutende Komponente in der Infektionsprophylaxe ist.¹⁶ Für die praktische Schulung haben sich optische/elektronische Verfahren als nützlich erwiesen, die Benetzungslücken bei der Händedesinfektion aufzeigen.²²

Ein systematischer Review zu Merkmalen pädagogischer Interventionen, die zur Compliance der Händehygiene unter dem Personal klinischer Einrichtungen beitragen, kam zu dem **Fazit, dass mehrfache, regelmäßige Interventionen besser als einzelne Interventionen im Hinblick auf das Auslösen und Aufrechterhalten von Verhaltensänderungen waren**.²³

Ein weiteres wichtiges Instrument zur Verbesserung der Compliance ist die kritische Evaluation und Anpassung von Prozessen: Bei häufigen Unterbrechungen während der einzelnen Arbeitsabfolgen kann es sich lohnen, die Arbeitsprozesse zu analysieren und dahingehend zu ändern, dass Unterbrechungen möglichst vermieden werden. Ebenso sollten bei hohem Arbeitsaufkommen die Arbeitsprozesse mit dem Ziel, die Frequenz der Händedesinfektionshäufigkeiten zu reduzieren, überdacht werden.¹⁹ Auch kann es sinnvoll sein, nicht optimalen Hautpflege-maßnahmen oder Hautschutzmaßnahmen durch eine bessere oder größere Auswahl an entsprechenden Mitteln zu begegnen.¹⁸

Hilfen für die Praxis

Für die Verbesserung bietet die „AKTION Saubere Hände“ umfangreiche Informationsmaterialien (siehe unter: <http://www.aktion-sauberehaende.de/>).

Die Weltgesundheitsorganisation stellt ein Selbsteinschätzungssystem für die Händehygiene in medizinischen Einrichtungen zur Verfügung unter: http://www.who.int/gpsc/country_work/hhsa_framework.pdf. Dieses ermöglicht eine Situationsanalyse mittels Fragebögen.

Auch liegt ein umfangreiches englischsprachiges Dokument vor, das Hilfestellung gibt, welche Messungen zur Bestimmung der Händehygiene-Compliance wann, warum und wie durchgeführt werden können. Dieses Dokument ist zu finden unter: http://www.jointcommission.org/assets/1/18/hh_monograph.pdf.³

Fazit

Die wichtigste Maßnahme zur Unterbrechung der Transmission mikrobieller Pathogene über die Hände des medizinischen Personals ist die Händedesinfektion. Obwohl die Compliance einen wesentlichen Faktor für die Effektivität der Händedesinfektion darstellt, ist sie in vielen Einrichtungen suboptimal. Die Ursachen hierfür sind vielfältig und in den einzelnen Einrichtungen unterschiedlich.

Der Tag der Händehygiene bietet die Möglichkeit, den persönlichen und institutionellen Umgang mit der Händehygiene zu überdenken.

Nationale Kampagnen und krankenhaussweite Aktionen haben gezeigt, dass multimodale Interventionen die Compliance verbessern können, allerdings sind die Effekte zeitlich begrenzt und führen nicht zu einer Steigerung auf 100%. Interventionen zur Erhöhung der Compliance sind besonders dann effektiv, wenn sie sich an den Gegebenheiten und Bedürfnissen der einzelnen Einrichtungen/Abteilungen und deren Mitarbeiter orientieren. Trotzdem sind auch geringe Steigerungen wirksam und erstrebenswert. Das sollte transparent kommuniziert und bei Zielvorgaben berücksichtigt werden.

Literatur

- Hübner NO: Maßnahmen zur Händehygiene – Ein Beitrag zum Internationalen Tag der Händehygiene am 5.5. *Epid Bull* 2012; 17: 143–145
- Pittet D, Allegranzi B, Sax H, Daran S, Pessoa-Silva CL, Donaldson L, Boyce JM: Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. *The Lancet Infectious Diseases* 2006; 6(10): 641–652
- Kusek L, Braun BI, Loeb JM, Shapiro E: Measuring Hand Hygiene Adherence: Overcoming The Challenges. http://www.jointcommission.org/assets/1/18/hh_monograph.pdf; 2009
- Haas JP, Larson EL: Measurement of compliance with hand hygiene. *The Journal of Hospital Infection* 2007; 66(1): 6–14
- Eckmanns T, Bessert J, Behnke M, Gastmeier P, Ruden H: Compliance with antiseptic hand rub use in intensive care units: the Hawthorne effect. *Infection Control and Hospital Epidemiology: the Official Journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America* 2006; 27(9): 931–934
- McGuckin M, Taylor A, Martin V, Porten L, Salcido R: Evaluation of a patient education model for increasing hand hygiene compliance in an inpatient rehabilitation unit. *American Journal of Infection Control* 2004; 32(4): 235–238
- McGuckin M, Waterman R, Porten L, Bello S, Caruso M, Juzaitis B, Krug E, Mazer S, Ostrawski S: Patient education model for increasing hand-washing compliance. *American Journal of Infection Control* 1999; 27(4): 309–314
- Erasmus V, Daha TJ, Brug H, Richardus JH, Behrendt MD, Vos MC, van Beeck EF: Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care. *Infection Control and Hospital Epidemiology: the Official Journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America* 2010; 31(3): 283–394
- Lam BC, Lee J, Lau YL: Hand hygiene practices in a neonatal intensive care unit: a multimodal intervention and impact on nosocomial infection. *Pediatrics* 2004; 114(5): e565–571
- Rosenthal VD, Pawar M, Leblebicioglu H, Navoa-Ng JA, Villamil-Gómez W, Armas-Ruiz A, Cuéllar LE, Medeiros EA, Mitrev Z, Gikas A, Yang Y, Ahmed A, Kanj SS, Dueñas L, Gurskis V, Mapp T, Guanache-Garcell H, Fernández-Hidalgo R, Kübler A: Impact of the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) Multidimensional Hand Hygiene Approach over 13 Years in 51 Cities of 19 Limited-Resource Countries from Latin America, Asia, the Middle East, and Europe. *Infection Control and Hospital Epidemiology: the Official Journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America* 2013; 34(4): 415–423
- Huskins WC, Boyce JM, Fauerbach LL, Braun BI, Kupka N, Kusak L: How-to Guide: Improving Hand Hygiene. A Guide for Improving Practices among Health Care Workers. http://www.shea-online.org/Assets/files/IHI_Hand_Hygiene.pdf; 2006
- Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mouroug P, Sauvan V, Touveneau S, Perneger TV: Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Infection Control Programme. Lancet* 2000; 356(9238): 1307–1312
- Reichardt C, Koniger D, Bunte-Schönberger K, van der Linden P, Mönch N, Schwab F, Behnke M, Gastmeier P: Three years of national hand hygiene campaign in Germany: what are the key conclusions for clinical practice? *The Journal of Hospital Infection* 2013; 83 Suppl 1: S11–16
- Pittet D, Allegranzi B, Boyce J, World Health Organization World Alliance for Patient Safety First Global Patient Safety Challenge Core Group of E: The World Health Organization Guidelines on Hand Hygiene in Health Care and their consensus recommendations. *Infection control and hospital epidemiology: the Official Journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America* 2009; 30(7): 611–622
- Pittet D: Improving adherence to hand hygiene practice: a multidisciplinary approach. *Emerging infectious diseases* 2001; 7(2): 234–240
- Widmer AE, Dangel M: Alcohol-based handrub: evaluation of technique and microbiological efficacy with international infection control professionals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2004; 25(3): 207–209
- Pittet D: Improving compliance with hand hygiene in hospitals. *Infection Control and Hospital Epidemiology: the Official Journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America* 2000; 21(6): 381–386

18. Gould DJ MD, Drey N, Chudleigh JH: Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care (Review). 8: The Cochrane Collaboration, 2011
19. Jang JH, Wu S, Kirzner D, Moore C, Youssef G, Tong A, Lourenco J, Stewart RB, McCreight LJ, Green K, McGeer A: Focus group study of hand hygiene practice among healthcare workers in a teaching hospital in Toronto, Canada. *Infection Control and Hospital Epidemiology: the Official Journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America* 2010; 31(2): 144–150
20. Wendt C: Compliance with infection control guidelines. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2004; 47(4): 329–333
21. Fuller C, Savage J, Besser S, Andrew Hayward, Barry Cookson, Cooper B, Stone S: "The dirty hand in the latex glove": a study of hand hygiene compliance when gloves are worn. *Infection Control and Hospital Epidemiology: the Official Journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America* 2011; 32(12): 1194–1199
22. Haidegger T, Nagy M, Lehotsky A, Szilagy L: Digital imaging for the education of proper surgical hand disinfection. *Medical image computing and computer-assisted intervention: MICCAI International Conference on Medical Image Computing and Computer-Assisted Intervention* 2011; 14(Pt 3): 619–626
23. Cherry MG, Brown JM, Bethell GS, Neal T, Shaw NJ: Features of educational interventions that lead to compliance with hand hygiene in health-care professionals within a hospital care setting. A BEME systematic review: BEME Guide No. 22. *Medical teacher* 2012; 34(6): e406–420

Für diesen Beitrag danken wir Dr. Christin Perlitz und PD Dr. Nils-Olaf Hübner, Fachgebiet Angewandte Infektions- und Krankenhaushygiene (FG 14) des Robert Koch-Instituts. Frau Perlitz steht als **Ansprechpartnerin** zur Verfügung (E-Mail: PerlitzC@rki.de).

Hinweise auf Publikationen und Veranstaltungen des Robert Koch-Instituts

Neues von der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)

► GBE kompakt – Online-Publikationsreihe (www.rki.de/gbe-kompakt)

GBE kompakt 6/2012: Gesundheit in Europa – Daten des Gesundheitsmonitorings der EU

Die Autoren analysieren Daten des Europäischen Gesundheitssurveys EHIS und der Europäischen Erhebung zu Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC). Zu den Ergebnissen gehört, dass die Mehrheit der Europäerinnen und Europäer ihre Gesundheit als gut oder sehr gut einschätzt. Dies trifft auch auf zwei Drittel der Deutschen zu. Verglichen mit anderen europäischen Staaten liegt Deutschland damit im Mittelfeld. (Erschienen: 18. Dezember 2012)

► Themenhefte der GBE des Bundes

Heft 53: Rückenschmerzen

Von Rückenschmerzen sind viele Menschen einmal in ihrem Leben betroffen. Doch nicht alle Schmerzen im Rücken bedürfen einer Behandlung oder gar einer Operation. Das vorliegende Heft befasst sich mit Rückenschmerzen (auch Dorsopathien genannt), wobei der Schwerpunkt auf nichtspezifischen Rückenschmerzen bei Erwachsenen liegt.

Rückenschmerzen kommen in der Bevölkerung sehr häufig vor, wie die Zahlen zur Verbreitung der Rückenschmerzen in Deutschland zeigen können. Ergebnisse der Deutschen Rückenschmerzstudie verweisen darauf, dass bis zu 85 Prozent der Bevölkerung mindestens einmal in ihrem Leben Rückenschmerzen erlebt haben.

Als Folgen der Rückenschmerzen gelten neben der eingeschränkten subjektiven Gesundheit und der verminderten Leistungsfähigkeit Arbeitsunfall sowie Frühberentung. Dazu und zu den Kosten werden aktuelle Zahlen vorgestellt.

Die nichtmedikamentöse und medikamentöse Behandlung von Rückenschmerzen wird in diesem Heft ebenso erläutert wie die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Personen mit Rückenschmerzen. (Erschienen: 12. November 2012)

Bestellhinweise für Publikationen der GBE des Bundes: Die Publikationen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes können kostenlos als PDF von der Homepage des RKI heruntergeladen werden (www.rki.de > Gesundheitsmonitoring > Gesundheitsberichterstattung (GBE)). Dort können gedruckte Ausgaben auch kostenlos bestellt werden.

RKI-Ratgeber für Ärzte:

Ratgeber Mumps im Internet aktualisiert

Unter der Überschrift „2. Maßnahmen bei Patienten und Kontaktpersonen“ haben sich im Absatz „Maßnahmen für Kontaktpersonen“ (S. 109 in der Printversion, *Epid. Bull.* 13/2013) Änderungen ergeben.

Außerdem sind unter „3. Maßnahmen bei Ausbrüchen“ weitere Änderungen vorgenommen worden.

Der Ratgeber Mumps kann in der aktuellen Fassung unter www.rki.de > Infektionsschutz > RKI-Ratgeber für Ärzte > Mumps aufgerufen werden.

AMBIT – Advanced Management of Biological Threats

Fortbildung für ärztliches Personal im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Termin: 11.9. – 13.9.2013

Veranstaltungsort: Robert Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin

Veranstalter: Robert Koch-Institut

Programm: Der Kursinhalt besteht aus zielgruppenspezifischen Modulen für das Management außergewöhnlicher biologischer Gefahren. Diese setzen sich nicht nur aus theoretischen Beiträgen zu Erregerinformationen, seuchenhygienischen Maßnahmen und Meldewegen, sondern auch aus vielen Praxisanteilen zusammen. Hierzu zählen der Umgang mit persönlicher Schutzausrüstung und die Simulation von unterschiedlichen Szenarien in Form von Table-Top-Übungen in kleineren Gruppen.

Lernziele des Kurses sind u. a.:

- die Sensibilisierung für das Erkennen bioterroristischer Gefahrenlagen
- die Vermittlung von Grundlagen des krankheitsspezifischen, medizinischen Managements
- Grundlagen des Managements außergewöhnlicher biologischer Lagen unter Public-Health-Aspekten

Anmeldung/Informationen: Der Kurs wurde von der Ärztekammer Berlin mit 18 Punkten zertifiziert. Die Teilnehmerzahl ist auf 16 Plätze begrenzt. Das ausführliche Programm sowie Anmeldeformulare und weitere Informationen finden Sie unter www.rki.de und dem Suchbegriff „AMBIT“.

Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland 2012

Datenstand: 1.3.2013

Land	Darmkrankheiten													
	Campylobacter-Enteritis		EHEC-Erkrankung [#]		Erkr. durch sonst. darmpath. E. coli		Salmonellose		Shigellose		Yersiniose		Norovirus-Erkrankung [*]	
	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011
Baden-Württ.	6.379	6.441	102	295	307	395	1.747	2.363	56	84	137	180	8.433	8.980
	59,1	59,7	0,9	2,7	2,8	3,7	16,2	21,9	0,5	0,8	1,3	1,7	78,2	83,3
Bayern	6.926	7.843	249	466	813	1.034	2.524	3.355	99	128	362	416	14.617	13.778
	55,0	62,3	2,0	3,7	6,5	8,2	20,0	26,6	0,8	1,0	2,9	3,3	116,0	109,4
Berlin	3.132	3.327	57	113	441	591	720	904	83	114	76	78	3.912	4.136
	89,4	95,0	1,6	3,2	12,6	16,9	20,6	25,8	2,4	3,3	2,2	2,2	111,7	118,1
Brandenburg	2.132	2.436	24	66	255	368	792	835	6	8	110	109	5.083	5.764
	85,4	97,6	1,0	2,6	10,2	14,7	31,7	33,5	0,2	0,3	4,4	4,4	203,7	231,0
Bremen	418	452	7	48	24	9	110	140	6	10	13	17	723	587
	63,2	68,4	1,1	7,3	3,6	1,4	16,6	21,2	0,9	1,5	2,0	2,6	109,3	88,8
Hamburg	1.770	2.271	70	572	94	170	433	449	38	46	84	89	3.395	3.416
	98,4	126,2	3,9	31,8	5,2	9,5	24,1	25,0	2,1	2,6	4,7	4,9	188,7	189,9
Hessen	3.757	4.458	54	149	138	178	1.270	1.494	35	62	147	196	6.070	5.145
	61,7	73,2	0,9	2,4	2,3	2,9	20,8	24,5	0,6	1,0	2,4	3,2	99,6	84,5
Mecklenbg.-V.	1.945	2.603	26	172	683	594	574	838	2	2	41	66	4.287	4.888
	119,0	159,2	1,6	10,5	41,8	36,3	35,1	51,3	0,1	0,1	2,5	4,0	262,2	299,0
Niedersachsen	4.759	5.831	200	818	683	754	1.951	2.279	20	18	198	303	10.015	8.995
	60,1	73,7	2,5	10,3	8,6	9,5	24,7	28,8	0,3	0,2	2,5	3,8	126,6	113,7
Nordrhein-W.	15.883	17.468	315	750	1.252	1.500	4.423	5.332	74	79	496	658	19.732	22.302
	89,0	97,9	1,8	4,2	7,0	8,4	24,8	29,9	0,4	0,4	2,8	3,7	110,6	125,0
Rheinland-Pf.	3.573	4.057	130	148	245	249	1.138	1.288	28	45	174	228	5.277	5.551
	89,3	101,4	3,3	3,7	6,1	6,2	28,5	32,2	0,7	1,1	4,4	5,7	132,0	138,8
Saarland	1.108	1.218	15	17	46	54	222	269	6	4	25	31	1.701	1.636
	109,3	120,2	1,5	1,7	4,5	5,3	21,9	26,5	0,6	0,4	2,5	3,1	167,9	161,4
Sachsen	5.340	6.167	109	177	993	1.029	1.812	1.757	32	42	324	418	12.859	13.118
	129,1	149,1	2,6	4,3	24,0	24,9	43,8	42,5	0,8	1,0	7,8	10,1	310,8	317,1
Sachsen-Anh.	1.692	1.887	45	77	583	666	1.179	1.310	13	14	164	178	7.545	7.548
	73,1	81,6	1,9	3,3	25,2	28,8	51,0	56,6	0,6	0,6	7,1	7,7	326,2	326,3
Schleswig-H.	2.158	2.827	73	933	74	132	631	719	7	11	90	127	3.013	3.838
	76,0	99,6	2,6	32,9	2,6	4,7	22,2	25,3	0,2	0,4	3,2	4,5	106,2	135,3
Thüringen	1.902	2.025	55	105	434	571	1.320	1.186	21	13	263	302	6.612	6.550
	85,6	91,2	2,5	4,7	19,5	25,7	59,4	53,4	0,9	0,6	11,8	13,6	297,7	294,9
Deutschland	62.880	71.312	1.531	4.907	7.065	8.295	20.849	24.520	526	680	2.705	3.397	113.286	116.251
	76,8	87,1	1,9	6,0	8,6	10,1	25,5	30,0	0,6	0,8	3,3	4,2	138,4	142,0

Übermittelte Erkrankungen
Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (Inzidenzrate)

Außer HUS (Hämolytisch-urämisches Syndrom)

* Es werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Erkrankungen in der Statistik ausgewiesen.

Anmerkungen zur Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten in Deutschland für das Jahr 2012

In dieser Ausgabe veröffentlicht das RKI die Statistik der gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) für das Jahr 2012 erfolgten Meldungen als Gesamtübersicht. Die Daten beziehen sich auf den Datenstand des 1. März 2013. Diese Statistik stellt zugleich den **Referenzdatenstand** für alle weiteren Publikationen aus dem RKI für das Jahr 2012 dar. Später erfolgte Änderungen und Nachmeldungen sind möglich; sie werden erfasst und berücksichtigt, jedoch in der Regel erst bei der Veröffentlichung der Daten zum folgenden Jahr – 2013 – in die Statistik integriert. Bei speziellen Fragestellungen wären diese nachträglichen Änderungen auch zu jedem vorherigen Zeitpunkt abfragbar.

Wie auch bei der aktuellen Meldestatistik im *Epidemiologischen Bulletin*, werden in einer vereinfachten Darstellung nur die dem RKI übermittelten Fälle aufgeführt, die der **Referenzdefinition** entsprechen. Die Referenzdefinition berücksichtigt in der Regel die Kategorien der Falldefinition „klinisch-labor diagnostisch bestätigt“ und „klinisch-epidemiologisch

bestätigt“. Ausnahmen bilden einige Krankheiten, für die zusätzlich die Kategorie „klinisch diagnostiziert“ einbezogen wurde: HUS, Masern, Tuberkulose, CJK und vCJK, Hepatitis Non A–E, Poliomyelitis. Bei Hepatitis C, CJK und vCJK werden auch Fälle, die nur labor diagnostisch nachgewiesen wurden, ausgewiesen.

Die Summenzeile für Deutschland kann mehr Fälle als die Summe der Fälle der Bundesländer enthalten, da einzelne Fälle keinem Kreis und damit keinem Bundesland zugeordnet werden konnten. Die Daten sind auch in *SurvStat@RKI*, einem interaktiven Abfrage-Tool, das über die RKI-Internetseiten zugänglich ist, verfügbar.

Falls weitere Daten benötigt werden, können diese auch dem *Infektions-epidemiologischen Jahrbuch* entnommen oder im Einzelfall beim Robert Koch-Institut schriftlich angefordert werden (Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Postfach 65 02 61, 13303 Berlin).

Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland 2012

Datenstand: 1.3.2013

Land	Darmkrankheiten						Virushepatitis						Weitere Krankheiten			
	Rotavirus-Erkrankung		Giardiasis		Kryptosporidiose		Hepatitis A		Hepatitis B ⁺		Hepatitis C ⁺		Adenovirus-Konjunktivitis		FSME*	
	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011
Baden-Württ.	3.713	4.184	549	594	64	52	88	72	61	59	822	783	344	66	72	201
	34,4	38,8	5,1	5,5	0,6	0,5	0,8	0,7	0,6	0,5	7,6	7,3	3,2	0,6	0,7	1,9
Bayern	4.678	6.474	788	770	111	65	96	74	116	127	999	1.137	457	59	90	177
	37,1	51,4	6,3	6,1	0,9	0,5	0,8	0,6	0,9	1,0	7,9	9,0	3,6	0,5	0,7	1,4
Berlin	1.906	1.487	407	426	120	102	73	88	51	77	549	593	49	14	1	4
	54,4	42,5	11,6	12,2	3,4	2,9	2,1	2,5	1,5	2,2	15,7	16,9	1,4	0,4	0,0	0,1
Brandenburg	1.904	3.011	86	85	41	26	17	26	13	16	73	74	45	11	1	1
	76,3	120,7	3,4	3,4	1,6	1,0	0,7	1,0	0,5	0,6	2,9	3,0	1,8	0,4	0,0	0,0
Bremen	132	292	21	21	8	10	8	18	10	20	22	29	30	0	0	0
	20,0	44,2	3,2	3,2	1,2	1,5	1,2	2,7	1,5	3,0	3,3	4,4	4,5	0,0	0,0	0,0
Hamburg	1.282	1.294	129	153	26	20	25	92	35	45	131	140	75	25	0	1
	71,3	71,9	7,2	8,5	1,4	1,1	1,4	5,1	1,9	2,5	7,3	7,8	4,2	1,4	0,0	0,1
Hessen	1.936	2.437	307	341	110	83	55	37	50	74	360	350	46	82	13	16
	31,8	40,0	5,0	5,6	1,8	1,4	0,9	0,6	0,8	1,2	5,9	5,7	0,8	1,3	0,2	0,3
Mecklenbg.-V.	1.534	3.184	116	187	89	85	9	6	15	7	66	39	63	14	0	2
	93,8	194,8	7,1	11,4	5,4	5,2	0,6	0,4	0,9	0,4	4,0	2,4	3,9	0,9	0,0	0,1
Niedersachsen	3.224	3.895	206	189	116	93	154	119	41	52	288	319	200	25	4	6
	40,7	49,2	2,6	2,4	1,5	1,2	1,9	1,5	0,5	0,7	3,6	4,0	2,5	0,3	0,1	0,1
Nordrhein-W.	7.185	8.525	836	781	324	171	179	172	134	158	682	618	339	266	3	3
	40,3	47,8	4,7	4,4	1,8	1,0	1,0	1,0	0,8	0,9	3,8	3,5	1,9	1,5	0,0	0,0
Rheinland-Pf.	2.257	1.868	183	193	49	46	43	31	50	58	218	236	27	7	5	4
	56,4	46,7	4,6	4,8	1,2	1,2	1,1	0,8	1,3	1,5	5,5	5,9	0,7	0,2	0,1	0,1
Saarland	582	430	26	32	6	3	10	11	22	16	78	65	1	2	0	1
	57,4	42,4	2,6	3,2	0,6	0,3	1,0	1,1	2,2	1,6	7,7	6,4	0,1	0,2	0,0	0,1
Sachsen	3.350	9.696	311	299	167	119	18	26	30	50	300	278	41	21	4	5
	81,0	234,4	7,5	7,2	4,0	2,9	0,4	0,6	0,7	1,2	7,3	6,7	1,0	0,5	0,1	0,1
Sachsen-Anh.	2.179	3.020	120	85	77	36	19	20	25	19	107	134	247	20	1	1
	94,2	130,6	5,2	3,7	3,3	1,6	0,8	0,9	1,1	0,8	4,6	5,8	10,7	0,9	0,0	0,0
Schleswig-H.	1.123	1.414	70	62	17	8	20	17	13	24	172	161	97	20	1	0
	39,6	49,8	2,5	2,2	0,6	0,3	0,7	0,6	0,5	0,8	6,1	5,7	3,4	0,7	0,0	0,0
Thüringen	2.298	3.233	73	46	60	23	17	22	13	10	110	101	81	42	0	1
	103,5	145,6	3,3	2,1	2,7	1,0	0,8	1,0	0,6	0,5	5,0	4,5	3,6	1,9	0,0	0,0
Deutschland	39.289	54.450	4.228	4.264	1.385	942	831	832	679	812	4.982	5.058	2.145	674	195	423
	48,0	66,5	5,2	5,2	1,7	1,2	1,0	1,0	0,8	1,0	6,1	6,2	2,6	0,8	0,2	0,5

Übermittelte Erkrankungen
Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (Inzidenzrate)

+ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch (Hepatitis B) bzw. nicht als bereits erfasst (Hepatitis C) eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 46/05, S. 422). Zusätzlich werden für Hepatitis C auch labordiagnostisch nachgewiesene Fälle bei nicht erfülltem oder unbekanntem klinischen Bild dargestellt (s. *Epid. Bull.* 11/03).

* FSME = Frühsommer-Meningoenzephalitis

Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland 2012

Datenstand: 1.3.2013

Land	Weitere Krankheiten															
	Hantavirus-Erkrankung		Influenza		Legionellose		Listeriose		Masern		Meningokokken-Erkr., invasiv		Q-Fieber		Tuberkulose	
	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011
Baden-Württ.	1.693	128	1.612	3.284	101	106	63	44	20	524	49	39	40	59	483	519
	15,7	1,2	14,9	30,4	0,9	1,0	0,6	0,4	0,2	4,9	0,5	0,4	0,4	0,5	4,5	4,8
Bayern	438	46	4.758	8.286	110	141	67	39	71	436	53	50	36	12	651	680
	3,5	0,4	37,8	65,8	0,9	1,1	0,5	0,3	0,6	3,5	0,4	0,4	0,3	0,1	5,2	5,4
Berlin	0	0	395	2.911	57	60	18	18	18	160	24	27	4	3	316	326
	0,0	0,0	11,3	83,1	1,6	1,7	0,5	0,5	0,5	4,6	0,7	0,8	0,1	0,1	9,0	9,3
Brandenburg	7	6	277	1.998	5	7	23	9	0	27	4	12	1	0	90	70
	0,3	0,2	11,1	80,1	0,2	0,3	0,9	0,4	0,0	1,1	0,2	0,5	0,0	0,0	3,6	2,8
Bremen	2	0	26	210	5	2	5	5	2	2	3	4	0	0	51	56
	0,3	0,0	3,9	31,8	0,8	0,3	0,8	0,8	0,3	0,3	0,5	0,6	0,0	0,0	7,7	8,5
Hamburg	6	1	275	2.075	16	13	4	9	6	48	10	5	3	1	146	159
	0,3	0,1	15,3	115,4	0,9	0,7	0,2	0,5	0,3	2,7	0,6	0,3	0,2	0,1	8,1	8,8
Hessen	122	13	244	1.342	47	66	17	27	18	122	18	25	70	106	405	430
	2,0	0,2	4,0	22,0	0,8	1,1	0,3	0,4	0,3	2,0	0,3	0,4	1,1	1,7	6,6	7,1
Mecklenbg.-V.	15	5	186	2.375	13	10	7	8	0	3	5	10	0	1	86	93
	0,9	0,3	11,4	145,3	0,8	0,6	0,4	0,5	0,0	0,2	0,3	0,6	0,0	0,1	5,3	5,7
Niedersachsen	143	23	570	3.921	25	25	44	39	7	55	38	30	2	7	305	307
	1,8	0,3	7,2	49,5	0,3	0,3	0,6	0,5	0,1	0,7	0,5	0,4	0,0	0,1	3,9	3,9
Nordrhein-W.	198	62	535	5.972	157	126	91	64	18	102	69	84	15	71	1.068	1.101
	1,1	0,3	3,0	33,5	0,9	0,7	0,5	0,4	0,1	0,6	0,4	0,5	0,1	0,4	6,0	6,2
Rheinland-Pf.	82	7	519	2.345	42	20	22	17	4	29	28	29	7	14	178	160
	2,1	0,2	13,0	58,6	1,1	0,5	0,6	0,4	0,1	0,7	0,7	0,7	0,2	0,4	4,5	4,0
Saarland	9	0	35	140	5	6	1	1	0	36	5	2	2	0	33	40
	0,9	0,0	3,5	13,8	0,5	0,6	0,1	0,1	0,0	3,6	0,5	0,2	0,2	0,0	3,3	3,9
Sachsen	11	3	633	3.536	22	21	27	24	0	23	17	16	2	0	148	124
	0,3	0,1	15,3	85,5	0,5	0,5	0,7	0,6	0,0	0,6	0,4	0,4	0,0	0,0	3,6	3,0
Sachsen-Anh.	8	1	848	2.913	12	8	10	10	0	0	13	6	4	3	110	103
	0,3	0,0	36,7	125,9	0,5	0,3	0,4	0,4	0,0	0,0	0,6	0,3	0,2	0,1	4,8	4,5
Schleswig-H.	13	6	79	834	14	15	12	4	2	28	10	14	13	3	80	76
	0,5	0,2	2,8	29,4	0,5	0,5	0,4	0,1	0,1	1,0	0,4	0,5	0,5	0,1	2,8	2,7
Thüringen	73	4	517	1.627	23	18	16	20	0	13	8	15	1	5	75	70
	3,3	0,2	23,3	73,2	1,0	0,8	0,7	0,9	0,0	0,6	0,4	0,7	0,0	0,2	3,4	3,2
Deutschland	2.822	305	11.510	43.769	655	644	427	338	166	1.608	354	369	200	285	4.227	4.318
	3,4	0,4	14,1	53,5	0,8	0,8	0,5	0,4	0,2	2,0	0,4	0,5	0,2	0,3	5,2	5,3

Übermittelte Erkrankungen

Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (Inzidenzrate)

Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland 2012

Datenstand: 1.3.2013

Seltene Krankheiten in Deutschland insgesamt

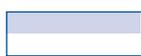
Erkrankung	2012		2011	
	Anzahl	Inzidenz	Anzahl	Inzidenz
Botulismus	0	0,0	9	0,0
Brucellose	28	0,0	24	0,0
Cholera	0	0,0	4	0,0
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) ■	120	0,1	134	0,2
Dengue-Fieber*	615	0,8	288	0,4
Diphtherie	9	0,0	4	0,0
Fleckfieber	0	0,0	0	0,0
Invasive Erkr. durch Haemophilus influenzae	323	0,4	273	0,3
Hepatitis D	18	0,0	16	0,0
Hepatitis E	387	0,5	238	0,3
Hepatitis Non A-E	0	0,0	0	0,0
HUS (Hämolytisch-urämisches Syndrom)	69	0,1	880	1,1
Läuserückfallfieber	0	0,0	0	0,0
Lepra	5	0,0	2	0,0
Leptospirose	85	0,1	51	0,1
Milzbrand	4	0,0	0	0,0
Ornithose	16	0,0	16	0,0
Paratyphus	43	0,1	58	0,1
Pest	0	0,0	0	0,0
Poliomyelitis	0	0,0	0	0,0
Tollwut	0	0,0	0	0,0
Trichinellose	2	0,0	3	0,0
Tularämie	21	0,0	17	0,0
Typhus abdominalis	58	0,1	59	0,1
Virale hämorrhagische Fieber, sonstige außer Dengue-Fieber**	9	0,0	13	0,0

■ Meldepflichtige Erkrankungsfälle einer Humanen spongiformen Enzephalopathie insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

* Meldungen, die auf der Grundlage des § 7(1) IfSG erfolgten und sich auf den Nachweis von Dengue-Virus, eines potenziellen Erregers eines hämorrhagischen Fiebers, beziehen; darunter war 2011 kein Fall, 2012 waren es zwei Fälle von Dengue-hämorrhagischem Fieber.

** alles Chikungunyavirus

Die Zuordnung der Meldungen zu einem Bundesland kann nur durch die Auswertung der ersten drei Ziffern der Postleitzahl (möglichst Patientenwohnort, sonst einsendender Arzt, sonst einsendendes Labor) erfolgen. Die Postleitzahlenbereiche können die Ländergrenzen überschreiten, in diesen Fällen wurde nach der Bevölkerungsverteilung entschieden. Dies ist bei der Interpretation zu berücksichtigen.

 Gemeldete Erkrankungen bzw. Nachweishäufigkeit
Erkrankungen bzw. Nachweishäufigkeit pro 100.000 Einwohner (Inzidenzrate)

Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises akuter bzw. neu diagnostizierter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG

Land	HIV-Infektion#		Syphilis#		Malaria#	
	2012	2011	2012	2011	2012	2011
Baden-Württ.	304	251	320	273	75	78
	2,8	2,3	3,0	2,5	0,7	0,7
Bayern	421	375	571	469	99	98
	3,3	3,0	4,5	3,7	0,8	0,8
Berlin	383	360	732	621	18	36
	10,9	10,3	20,9	17,7	0,5	1,0
Brandenburg	63	48	57	36	10	7
	2,5	1,9	2,3	1,4	0,4	0,3
Bremen	34	40	46	52	11	13
	5,1	6,0	7,0	7,9	1,7	2,0
Hamburg	205	188	255	236	71	58
	11,4	10,5	14,2	13,1	3,9	3,2
Hessen	230	222	389	289	55	53
	3,8	3,6	6,4	4,7	0,9	0,9
Mecklenbg.-V.	26	25	50	35	3	5
	1,6	1,5	3,1	2,1	0,2	0,3
Niedersachsen	188	169	259	289	43	37
	2,4	2,1	3,3	3,7	0,5	0,5
Nordrhein-W.	709	661	1.193	985	109	108
	4,0	3,7	6,7	5,5	0,6	0,6
Rheinland-Pf.	69	67	126	77	21	30
	1,7	1,7	3,2	1,9	0,5	0,8
Saarland	30	32	32	41	2	2
	3,0	3,2	3,2	4,0	0,2	0,2
Sachsen	113	105	178	145	15	20
	2,7	2,5	4,3	3,5	0,4	0,5
Sachsen-Anh.	54	41	79	36	4	2
	2,3	1,8	3,4	1,6	0,2	0,1
Schleswig-H.	91	90	71	75	9	14
	3,2	3,2	2,5	2,6	0,3	0,5
Thüringen	34	20	52	45	2	1
	1,5	0,9	2,3	2,0	0,1	0,0
Deutschland	2.954	2.694	4.410	3.704	547	562
	3,6	3,3	5,4	4,5	0,7	0,7

Weitere nichtnamentliche Meldungen gemäß § 7 (3) IfSG

Erkrankung	2012		2011	
	Anzahl	Inzidenz	Anzahl	Inzidenz
Echinokokkose	114	0,1	146	0,2
Röteln, konnatale Infektion	1	0,0	0	0,0
Toxoplasmose, konnatale Infektion	20	0,0	15	0,0

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

14. Woche 2013 (Datenstand: 24.4.2013)

Land	Darmkrankheiten														
	Campylobacter-Enteritis			EHEC-Erkrankung (außer HUS)			Erkr. durch sonstige darpthogene E. coli			Salmonellose			Shigellose		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.
Baden-Württemberg	47	987	1.242	0	25	21	3	53	73	15	249	263	1	9	9
Bayern	57	1.185	1.316	3	57	50	7	125	161	22	431	377	3	24	23
Berlin	22	541	556	2	14	13	4	89	75	4	122	141	1	25	28
Brandenburg	17	348	388	0	6	8	2	71	72	8	141	135	3	4	1
Bremen	2	62	64	1	1	2	0	3	5	2	27	29	0	1	1
Hamburg	16	328	361	2	12	14	2	20	20	12	87	83	1	10	10
Hessen	34	647	731	1	7	13	0	18	43	17	242	238	1	9	6
Mecklenburg-Vorpommern	12	270	315	1	7	7	5	55	134	5	126	115	0	0	0
Niedersachsen	41	721	830	1	25	25	9	121	131	26	494	391	0	6	3
Nordrhein-Westfalen	140	3.122	3.102	2	60	81	13	218	284	45	915	955	0	13	20
Rheinland-Pfalz	25	574	706	1	24	24	2	45	47	4	167	237	1	7	6
Saarland	10	234	217	1	3	3	1	7	13	4	44	40	0	0	1
Sachsen	32	772	928	5	38	34	11	187	243	11	285	366	0	4	8
Sachsen-Anhalt	18	321	307	1	11	12	13	148	127	6	448	247	1	3	2
Schleswig-Holstein	18	388	387	1	9	19	1	21	28	7	135	129	0	2	3
Thüringen	13	315	374	0	8	17	7	86	114	12	223	273	0	2	0
Deutschland	504	10.815	11.824	22	307	343	80	1.267	1.570	200	4.136	4.019	12	119	121

Land	Darmkrankheiten														
	Yersiniose			Norovirus-Erkrankung ⁺			Rotavirus-Erkrankung			Giardiasis			Kryptosporidiose		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.
Baden-Württemberg	1	43	42	180	2.984	4.479	137	1.018	1.776	10	124	159	0	9	9
Bayern	2	68	85	223	3.987	8.878	263	2.054	2.026	12	210	216	0	14	16
Berlin	2	21	19	62	1.130	1.867	94	947	1.043	5	103	112	0	21	17
Brandenburg	0	22	22	88	1.462	2.673	209	1.556	814	0	27	24	0	15	11
Bremen	0	5	4	16	186	446	15	145	28	0	4	8	0	0	0
Hamburg	2	8	29	60	1.215	1.749	104	1.037	763	4	40	47	0	4	9
Hessen	1	30	51	182	2.650	3.662	62	640	983	4	64	78	0	10	17
Mecklenburg-Vorpommern	0	7	14	120	2.224	1.988	51	721	436	1	28	35	0	18	15
Niedersachsen	0	56	53	247	3.909	6.403	209	1.937	1.123	2	53	55	0	16	23
Nordrhein-Westfalen	6	104	159	741	8.602	11.342	508	4.157	2.791	8	188	222	0	29	38
Rheinland-Pfalz	2	30	52	118	2.049	2.880	95	731	1.194	2	42	49	0	7	6
Saarland	0	1	8	62	677	1.069	9	117	267	0	8	7	0	3	0
Sachsen	6	99	74	233	3.780	6.043	282	2.372	1.099	1	81	84	3	44	17
Sachsen-Anhalt	1	40	53	107	2.004	3.457	115	861	932	1	28	20	0	16	8
Schleswig-Holstein	2	20	17	66	1.187	1.540	70	542	588	3	19	27	0	1	3
Thüringen	2	62	83	100	1.619	3.424	124	1.618	919	0	20	17	0	6	14
Deutschland	27	616	765	2.605	39.665	61.900	2.347	20.453	16.782	53	1.039	1.160	3	213	203

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, jedoch ergänzt um nachträglich erfolgte Übermittlungen, Korrekturen und Löschungen. – Für das **Jahr** werden detailliertere statistische Angaben heraus-

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

14. Woche 2013 (Datenstand: 24.4.2013)

Land	Virushepatitis								
	Hepatitis A			Hepatitis B ⁺⁺			Hepatitis C ⁺⁺		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.
Baden-Württemberg	0	19	21	2	19	15	17	218	243
Bayern	0	26	24	1	32	30	13	243	297
Berlin	1	11	8	1	15	16	5	133	167
Brandenburg	1	11	6	0	3	3	1	17	24
Bremen	0	12	1	1	4	3	0	10	9
Hamburg	0	6	3	0	8	11	3	33	37
Hessen	0	11	9	0	16	13	3	116	105
Mecklenburg-Vorpommern	0	16	4	1	5	7	2	11	19
Niedersachsen	0	14	20	0	5	9	3	87	81
Nordrhein-Westfalen	3	39	48	1	33	44	11	199	196
Rheinland-Pfalz	0	23	6	0	10	15	0	51	65
Saarland	0	3	1	0	2	7	0	15	25
Sachsen	0	5	5	1	10	10	5	84	90
Sachsen-Anhalt	0	7	3	1	8	7	2	40	33
Schleswig-Holstein	0	4	1	0	3	2	0	35	46
Thüringen	0	6	5	1	5	5	2	18	33
Deutschland	5	213	165	10	178	197	67	1.310	1.470

Land	Weitere Krankheiten								
	Meningokokken-Erkrankung, invasiv			Masern			Tuberkulose		
	2013		2012	2013		2012	2013		2012
	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.	14.	1.–14.	1.–14.
Baden-Württemberg	1	12	14	1	1	3	4	136	125
Bayern	1	19	21	1	8	9	13	148	203
Berlin	1	9	7	20	52	5	7	95	88
Brandenburg	0	2	3	0	1	0	2	21	20
Bremen	0	2	3	0	0	0	0	8	12
Hamburg	0	3	2	1	3	0	4	44	34
Hessen	0	6	8	1	3	7	6	91	110
Mecklenburg-Vorpommern	0	2	2	0	0	0	2	15	26
Niedersachsen	2	16	12	0	5	1	3	76	84
Nordrhein-Westfalen	3	29	24	0	10	6	16	245	299
Rheinland-Pfalz	0	7	6	0	1	0	2	30	47
Saarland	0	3	3	1	1	0	0	9	7
Sachsen	0	7	2	0	0	0	2	38	45
Sachsen-Anhalt	0	1	5	0	0	0	3	32	34
Schleswig-Holstein	1	11	4	0	3	2	0	18	35
Thüringen	0	6	4	0	0	0	1	14	27
Deutschland	9	135	120	25	88	33	65	1.020	1.196

gegeben. Ausführliche Erläuterungen zur Entstehung und Interpretation der Daten finden sich im *Epidemiologischen Bulletin* 18/01 vom 4.5.2001.

+ Beginnend mit der Ausgabe 5/2011 werden ausschließlich laborbestätigte Fälle von Norovirus-Erkrankungen in der Statistik ausgewiesen. Dies gilt auch rückwirkend.

++ Dargestellt werden Fälle, die vom Gesundheitsamt nicht als chronisch (Hepatitis B) bzw. nicht als bereits erfasst (Hepatitis C) eingestuft wurden (s. *Epid. Bull.* 46/05, S. 422). Zusätzlich werden für Hepatitis C auch labordiagnostisch nachgewiesene Fälle bei nicht erfülltem oder unbekanntem klinischen Bild dargestellt (s. *Epid. Bull.* 11/03).

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Deutschland

14. Woche 2013 (Datenstand: 24.4.2013)

Krankheit	2013	2013	2012	2012
	14. Woche	1.–14. Woche	1.–14. Woche	1.–52. Woche
Adenovirus-Konjunktivitis	43	798	465	2.147
Brucellose	0	5	6	28
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit *	1	20	30	123
Dengue-Fieber	15	246	97	615
FSME	0	5	5	195
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	1	10	8	69
Hantavirus-Erkrankung	2	41	479	2.824
Hepatitis D	0	6	4	18
Hepatitis E	1	77	74	388
Influenza	1.577	66.553	9.139	11.516
Invasive Erkrankung durch Haemophilus influenzae	2	101	94	323
Legionellose	12	178	117	654
Leptospirose	1	11	5	85
Listeriose	4	88	91	426
Ornithose	0	4	4	16
Paratyphus	1	14	13	43
Q-Fieber	2	31	24	200
Trichinellose	1	1	1	2
Tularämie	0	5	3	21
Typhus abdominalis	0	20	12	58

* Meldepflichtige Erkrankungsfälle insgesamt, bisher kein Fall einer vCJK.

Infektionsgeschehen von besonderer Bedeutung

Vermeht Hepatitis-A-Erkrankungen nach Ägyptenreisen

Die Meldedaten seit der Meldewoche (MW) 46/2012 zeigen deutlich mehr Hepatitis-A-Fälle nach Reiseaufenthalten in Ägypten als in den Vorjahren. Seit dem 1. November 2012 erkrankten 39 verglichen mit durchschnittlich 10 Personen mit Reiseanamnese Ägypten im gleichen Zeitraum 2007/2008–2011/2012. Auch aus den Niederlanden, Dänemark, Norwegen, Schweden und dem Vereinigten Königreich werden vergleichbare Anstiege der Fallzahl berichtet, insbesondere in den letzten 2 bis 3 Monaten. Die Erkrankungsfälle hatten sich in verschiedenen Touristenorten und -hotels in Ägypten aufgehalten, d. h. es gibt keine Hinweise auf einen einzelnen Infektionsort.

Gegenwärtig untersuchen Mitarbeiter des Robert Koch-Instituts (RKI) gemeinsam mit den entsprechenden Behörden der oben genannten Länder und dem European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) den augenscheinlichen Ausbruch. Von den 39 deutschen Erkrankten bedurften 23 (59%) einer Krankenhausbehandlung; einer der Patienten ist als krankheitsbedingt verstorben übermittelt.

Das RKI weist darauf hin, dass die Ständige Impfkommission am RKI (STIKO) eine Hepatitis-A-Impfung als Indikationsimpfung vor Reisen in Regionen mit hoher Hepatitis-A-Prävalenz empfiehlt. In Ägypten ist die Prävalenz von Antikörpern gegen das Hepatitis-A-Virus sehr hoch, und auch in Anbetracht der aktuellen Situation erscheint eine Impfung vor Reiseantritt sinnvoll. Die erste Impfdosis sollte mindestens 2 Wochen vor Abreise verabreicht werden.

Hinweis: Das RKI führt keine individuelle reisemedizinische Beratung durch.

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, Lepra, 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 Berlin
Tel.: 030.18754-0
Fax: 030.18754-2328
E-Mail: EpiBull@rki.de

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Redaktion

► Dr. med. Jamela Seedat (v. i. S. d. P.)
Tel.: 030.18754-2324
E-Mail: Seedatj@rki.de

► Dr. med. Ulrich Marcus (Vertretung)
E-Mail: MarcusU@rki.de

► Redaktionsassistent: Sylvia Fehrmann
Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)
Tel.: 030.18754-2455, Fax: -2459
E-Mail: FehrmannS@rki.de

Vertrieb und Abonentenservice

E.M.D. GmbH
European Magazine Distribution
Birkenstraße 67, 10559 Berlin
Tel.: 030.33099823, Fax: 030.33099825
E-Mail: EpiBull@emd-germany.de

Das Epidemiologische Bulletin

gewährleistet im Rahmen des infektionsepidemiologischen 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 vorausgesetzt.

Das *Epidemiologische Bulletin* erscheint in der Regel wöchentlich (50 Ausgaben pro Jahr). Es kann im Jahresabonnement für einen Unkostenbeitrag von € 49,- ab 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 Ausgaben ab 1997 stehen im **Internet** zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin.

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

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)
PVKZ A-14273