

Gesetz zur Neuordnung seuchenrechtlicher Vorschriften (Seuchenrechtsneuordnungsgesetz - SeuchRneuG)

(verabschiedet am 20. Juli 2000)

Art. 1: Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen

(Infektionsschutzgesetz - IfSG)

1. Allgemeine Vorschriften
2. Koordinierung und Früherkennung
3. Überwachung
4. Verhütung übertragbarer Krankheiten
5. Bekämpfung übertragbarer Krankheiten
6. Infektionsschutz bei bestimmten Einrichtungen, Unternehmen und Personen
7. Wasser
8. Gesundheitliche Anforderungen an das Personal beim Umgang mit Lebensmitteln
9. Tätigkeiten mit Krankheitserregern
10. Zuständige Behörde
11. Angleichung an Gemeinschaftsrecht
12. Entschädigung in besonderen Fällen
13. Kosten
14. Sondervorschriften
15. Straf- und Bußgeldvorschriften
16. Übergangsvorschriften

Art. 2: Änderung anderer Rechtsvorschriften

Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Zum **01.01.2001** ist das **Infektionsschutzgesetz (IfSG)** in Kraft getreten und hat das bis dahin gültige Bundesseuchengesetz (BSeuchG) abgelöst.

Im Folgenden sind die wesentlichen Bestimmungen bezüglich der Meldepflicht von Infektionskrankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern nach dem IfSG sowie weitere wesentliche Neuerungen für Ärzte im IfSG und relevante Bestimmungen aufgeführt.

Der **vollständige Gesetzestext des IfSG** ist im Internet unter folgender Adresse abrufbar:

<https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/>

Weitere Informationen zum IfSG finden sich auf der Homepage des Robert-Koch-Institutes:

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/ifsg_node.html

Zielsetzung:

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG), soll den Schutz der Bevölkerung vor Infektionskrankheiten verbessern. Bekannte und neue Infektionskrankheiten sollen frühzeitig erkannt werden, um schneller und zielgerichtet Bekämpfungsmaßnahmen einleiten zu können.

Der Prävention wird im IfSG eine wesentliche Rolle zugeschrieben. Information und Aufklärung der Allgemeinheit über übertragbare Krankheiten werden als öffentliche Aufgabe festgelegt.

Dem **Robert-Koch-Institut (RKI)** (<http://www.rki.de/>) wird im Gesetz eine zentrale Rolle zugewiesen.

Das RKI soll z.B. als Maßnahme des vorbeugenden Gesundheitsschutzes für Fachkreise Richtlinien, Empfehlungen, Merkblätter und sonstige Informationen zur Vorbeugung, Erkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung übertragbarer Krankheiten erstellen, erhobene Daten zusammenfassen, analysieren und bewerten und mit Behörden und anderen Institutionen zusammenarbeiten.

Aktualisierung und Anpassung an die epidemiologischen Gegebenheiten erfährt das IfSG durch

- die **Verordnung zur Anpassung der Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz an die epidemische Lage** (IfSGMeldepflicht-Anpassungsverordnung - IfSGMeldAnpV) vom 01.06.2016,
- das **Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Erkrankungen** vom 25.07.2017 sowie
- das **Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention** (Masernschutzgesetz) zum 01.03.2020.

Meldepflichten (§§ 6,7 IfSG):

Meldepflichten bestehen zum einen

- bei bestimmten Krankheiten ([§ 6](#))

und zum anderen

- beim Nachweis bestimmter Erreger ([§ 7](#)).

Diese Meldepflichten bestehen nebeneinander.

Namentliche Meldepflicht für Krankheiten: ([§ 6](#))

Die namentliche Meldepflicht für Krankheiten besteht für den feststellenden bzw. behandelnden Arzt, im Krankenhausbereich zusätzlich für den Abteilungsarzt oder leitenden Arzt, sowie die Leiter von Einrichtungen der pathologisch-anatomischen Diagnostik.

Die Meldungen müssen unverzüglich (d.h. spätestens nach 24 Std.) erfolgen.

Unverzüglich muss auch mitgeteilt werden, wenn sich eine Verdachtsmeldung nicht bestätigt hat.

Meldepflicht für Krankheitserreger: ([§ 7](#))

Meldepflichtig für die Krankheitserreger sind die Leiter der jeweiligen Untersuchungsstelle (Mikrobiologisches Labor, Zentrallabor, MUA/LUA, Pathologie usw.).

Der Nachweis von bestimmten Krankheitserregern muss bei namentlicher Meldepflicht ebenfalls innerhalb von 24 Std. gemeldet werden.

Bei der nicht namentlichen Meldepflicht von Krankheitserregern muss innerhalb von 2 Wochen direkt an das RKI berichtet werden.

Adressat der Meldung:

ist im Normalfall das Gesundheitsamt am Wohnort des Patienten, bzw. bei Laboratorien das für den Einsender zuständige Gesundheitsamt.

Die Meldepflicht entfällt nur:

wenn eine Meldung bereits nachweislich stattgefunden hat und seither keine neuen Fakten hinzugekommen sind.

Eine weitere Ausnahmeregelung gilt für Notärzte, wenn der Patient in eine ärztlich geleitete Einrichtung gebracht wurde.

Vom RKI wurden **Kriterien (Falldefinitionen) zur routinemäßigen Übermittlung der meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten und des Nachweises von Krankheitserregern** (§ 4 (2) IfSG) eingeführt:

http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Falldefinition/falldefinition_node.html

Weiterhin wurden vom RKI **Mustermeldebögen** entwickelt.

([Arztmeldung](#) , [Labormeldung](#))

Meldepflichtige Krankheiten (§ 6 IfSG)

Namentlich ist/sind zu melden: ■

- der **Krankheitsverdacht**, die **Erkrankung** sowie der **Tod** an
 - Botulismus
 - Cholera
 - Diphtherie
 - humaner spongiformer Enzephalopathie, außer familiär-hereditärer Formen
 - akuter Virushepatitis
 - enteropathischem hämolytisch-urämischem Syndrom (HUS)
 - virusbedingtem hämorrhagischen Fieber
 - zoonotischer Influenza (als Verdacht nur bei entsprechendem klinischen Bild und wahrscheinlichem epidemiologischem Zusammenhang)
 - Keuchhusten (Pertussis)
 - Masern
 - Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis
 - Milzbrand
 - Mumps
 - Pest
 - Poliomyelitis (als Verdacht gilt jede akute schlaaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt)
 - Röteln einschließlich Rötelnembryopathie
 - Tollwut
 - Typhus abdominalis oder Paratyphus
 - Windpocken (Varizellen) (nicht Herpes zoster / Gürtelrose)
- die Erkrankung und der Tod an einer behandlungsbedürftigen **Tuberkulose**, auch wenn ein bakteriologischer Nachweis nicht vorliegt, wenn Personen, die an einer behandlungsbedürftigen Lungentuberkulose leiden, eine Behandlung verweigern oder abbrechen,
- der Verdacht auf und die **Erkrankung an einer mikrobiell bedingten Lebensmittelvergiftung oder an einer akuten infektiösen Gastroenteritis**, wenn eine Person betroffen ist, die beruflich mit bestimmten Lebensmitteln umgeht, zwei oder mehr gleichartige Erkrankungen auftreten, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird,
- der Verdacht einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung (**Impfschaden**),
- die **Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes, -verdächtiges oder -ansteckungsverdächtiges Tier** sowie die **Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers**,
- das Auftreten einer **sonstigen bedrohlichen übertragbaren Krankheit**,

- die Erkrankung und der Tod an einer **Clostridium difficile-Infektion (CDI)** mit klinisch schwerem Verlauf, bei
 1. Aufnahme des Erkrankten zur Behandlung einer ambulant erworbenen CDI in eine medizinische Einrichtung,
 2. Verlegung des Erkrankten auf eine Intensivstation zur Behandlung der CDI oder ihrer Komplikationen,
 3. einem chirurgischen Eingriff (z.B. Kolektomie) aufgrund eines Megakolon, einer Perforation oder einer refraktären Kolitis,
 4. Tod < 30 Tage nach Feststellung der CDI und Wertung der CDI als direkte Todesursache oder zum Tode beitragende Erkrankung.

Nicht namentlich ist zu melden: ■

- das Auftreten von zwei oder mehr nosokomialen Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird,
- die Erkrankung und der Tod durch **Lyme-Borreliose** in Form eines **Erythema migrans**, einer **akuten Neuroborreliose** und einer **akuten Lyme-Arthritis** für Personen, deren Hauptwohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthaltsort in Bayern liegt (gesonderter Meldebogen des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) (s. auch gesonderten Hinweis).

Namentliche Meldung einer Krankheit (§ 8, 9 IfSG)

Die namentliche Meldung einer Krankheit muss folgende Angaben enthalten:

1. Name, Vorname der betroffenen Person
2. Geschlecht
3. Geburtsdatum
4. Anschrift der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes und, falls abweichend: Anschrift des derzeitigen Aufenthaltsortes
5. weitere Kontaktdaten
6. Tätigkeit in Einrichtungen und Unternehmen, in denen eine erhöhte Gefahr der Übertragung von Krankheiten gegeben ist (z.B. Gemeinschaftseinrichtungen und -unterkünfte, Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Betreuungseinrichtungen für Säuglinge, Kinder und Jugendliche), bei akuter Gastroenteritis, akuter Virushepatitis, Typhus abdominalis, Paratyphus und Cholera eine Tätigkeit im Lebensmittelbereich, jeweils mit Namen, Anschrift und weiteren Kontaktdaten der Einrichtung oder des Unternehmens
7. Betreuung oder Unterbringung im Krankenhaus, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungskliniken o.ä., Gemeinschaftseinrichtung für die Betreuung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen, Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen, Obdachlosenunterkünfte, Justizvollzugsanstalten usw.
8. Diagnose oder Verdachtsdiagnose
9. Tag der Erkrankung oder Tag der Diagnose, ggf. Tag des Todes und wahrscheinlicher Zeitpunkt oder Zeitraum der Infektion,
10. wahrscheinliche Infektionsquelle, einschließlich der zugrundeliegenden Tatsachen
11. in Deutschland: Landkreis oder kreisfreie Stadt, in dem oder in der die Infektion wahrscheinlich erworben wurde, ansonsten der Staat
12. bei Tuberkulose, Hepatitis B und C: Geburtsstaat, Staatsangehörigkeit und ggf. Jahr der Einreise nach Deutschland
13. Überweisung, Aufnahme und Entlassung aus einem Krankenhaus oder einer anderen Einrichtung der stationären Pflege, ggf. intensivmedizinische Behandlung und deren Dauer
14. Spender für eine Blut-, Organ-, Gewebe- oder Zellspende in den letzten sechs Monaten
15. bei impfpräventablen Krankheiten Angaben zum diesbezüglichen Impfstatus
16. Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten der Untersuchungsstelle, die mit der Erregerdiagnostik beauftragt ist
17. Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten des Meldenden
18. bei Meldung einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung: Datum der Schutzimpfung, Bezeichnung und Chargenbezeichnung des Impfstoffes, Name der Krankheit, gegen die geimpft wird, Namen und Anschrift sowie Unterschrift des impfenden Arztes.

Nicht-namentliche Meldung gehäufter nosokomialer Infektionen
(§ 10 IfSG)

Die nicht-namentliche Meldung von zwei oder mehr nosokomialen Infektionen muss folgende Angaben enthalten:

1. Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten der betroffenen Einrichtung
2. des Meldenden
3. der mit der Erregerdiagnostik beauftragten Untersuchungsstelle

und folgende einzelfallbezogene Angaben zu den aufgetretenen nosokomialen Infektionen sowie zu allen damit wahrscheinlich oder vermutlich in epidemischem Zusammenhang stehenden Kolonisationen:

4. Geschlecht der betroffenen Person
5. Monat und Jahr der Geburt der betroffenen Person
6. Untersuchungsbefund einschließlich Typisierungsergebnissen
7. Diagnose
8. Datum der Diagnose
9. wahrscheinliche Infektionsquelle, einschließlich der zugrunde liegenden Tatsachen.

Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern (§ 7 IfSG)

Namentlich ist bei folgenden Krankheitserregern, soweit nicht anders bestimmt, der direkte oder indirekte Nachweis zu melden, soweit die Nachweise auf eine akute (!) Infektion hinweisen:

- Adenoviren
(nur direkter Nachweis im Konjunktivalabstrich)
- Bacillus anthracis
- Bordetella pertussis,
Bordetella parapertussis
- Bornaviren, humanpathogen
(nur direkter Nachweis)
- Borrelia recurrentis
- Brucella sp.
- Campylobacter sp., darmpathogen
- Chikungunya-Virus
- Chlamydia psittaci
- Clostridium botulinum oder Toxin-
nachweis
- Corynebacterium sp., Toxin bildend
- Coxiella burnetii
- Dengue-Virus
- humanpathogene Cryptosporidium sp.
- Ebolavirus
- Escherichia coli, enterohämorrhagi-
sche Stämme (EHEC)
- Escherichia coli, sonstige darm-
pathogene Stämme
- Francisella tularensis
- FSME-Virus
- Gelbfiebertvirus
- Giardia lamblia
- Haemophilus influenzae
(nur direkter Nachweis aus Liquor oder Blut)
- Hantaviren
- Hepatitis-A-Virus
- Hepatitis-B-Virus (alle Nachweise)
- Hepatitis-C-Virus (alle Nachweise)
- Hepatitis-D-Virus (alle Nachweise)
- Hepatitis-E-Virus
- Influenzaviren (nur direkter Nachweis)
- Lassavirus
- Legionella sp.
- Leptospira sp., humanpathogen
- Listeria monocytogenes
(nur direkter Nachweis aus Blut, Liquor oder an-
deren normalerweise sterilen Substraten sowie
aus Abstrichen von Neugeborenen)
- Marburgvirus
- Masernvirus
- MERS-Coronavirus
- Mumpsvirus
- Mycobacterium leprae
- Mycobacterium tuberculosis/africa-
num, Mycobacterium bovis
(direkter Erregernachweis sowie nachfolgend
das Ergebnis der Resistenzbestimmung; vorab
auch der Nachweis säurefester Stäbchen im
Sputum)
- Neisseria meningitidis
(nur direkter Nachweis aus Liquor, Blut, hämor-
rhagischen Hautinfiltraten oder anderen norma-
lerweise sterilen Substraten)
- Norovirus
- Poliovirus
- Rabiesvirus
- Rickettsia prowazekii
- Rotavirus
- Rubellavirus
- Salmonella Typhi und Paratyphi
(alle direkten Nachweise)
- Salmonella sp., sonstige
- Shigella sp.
- Streptococcus pneumoniae
(nur direkter Nachweis aus Liquor, Blut, Gelenk-
punktat oder anderen normalerweise sterilen
Substraten)
- Trichinella spiralis
- Varizella-Zoster-Virus
- Vibrio sp, humanpathogen
- West-Nil-Virus
- Yersinia pestis
- Yersinia sp., darmpathogen
- Zika-Virus und sonstige Arboviren
- andere Erreger hämorrhagischer Fie-
ber.

- Darüber hinaus sind namentlich in Bezug auf Infektionen und Kolonisationen Nachweise von in dieser Vorschrift **nicht genannten Krankheitserregern** zu melden, wenn unter Berücksichtigung der Art der Krankheitserreger und der Häufigkeit ihres Nachweises **Hinweise auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit** bestehen.

Namentlich ist der direkte Nachweis folgender Krankheitserreger zu melden: ■

- **Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA)**
(nur bei Nachweis aus Blut oder Liquor)
- **Enterobacterales** und **Acinetobacter sp.** mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit außer bei natürlicher Resistenz
(bei Infektion oder Kolonisation)

Nicht-namentlich ist bei folgenden Krankheitserregern der direkte oder indirekte Nachweis zu melden: ■

- | | |
|--|--|
| - Echinococcus spp. | - HIV |
| - Plasmodium spp. | - Treponema pallidum |
| - Toxoplasma gondii
(nur bei konnataler Infektion) | - Neisseria gonorrhoeae
(bei verminderter Empfindlichkeit gegenüber Azithromycin, Cefixim oder Ceftriaxon) |

Namentliche Meldung von Krankheitserregern (§ 8, 9 IfSG)

Die namentliche Meldung von Krankheitserregern an das GA muss folgende Angaben enthalten:

1. Name, Vorname der betroffenen Person
2. Geschlecht
3. Geburtsdatum
4. Anschrift der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes und, falls abweichend: Anschrift des derzeitigen Aufenthaltsortes
5. weitere Kontaktdaten
6. Art des Untersuchungsmaterials
7. Eingangsdatum des Untersuchungsmaterials
8. Nachweismethode
9. Untersuchungsbefund, einschließlich Typisierungsergebnissen
10. erkennbare Zugehörigkeit zu einer Erkrankungshäufung
11. Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten des Einsenders
12. Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten des Meldenden.

Der Einsender hat den Meldenden bei dessen Angaben zu unterstützen und diese Angaben ggf. zu vervollständigen. Bei der Untersuchung Auf Hepatitis C hat der Einsender dem Meldenden mitzuteilen, ob ihm eine chronische Hepatitis C bei dem Patienten bekannt ist.

Nicht-namentliche Meldung von Krankheitserregern (§ 10 IfSG)

Die nicht-namentliche Meldung von Krankheitserregern an das RKI muss folgende Angaben enthalten:

1. im Falle von HIV eine fallbezogene Pseudonymisierung
Die fallbezogene Pseudonymisierung besteht aus dem dritten Buchstaben des ersten Vornamens in Verbindung mit der Anzahl der Buchstaben des ersten Vornamens sowie dem dritten Buchstaben des ersten Nachnamens in Verbindung mit der Anzahl der Buchstaben des ersten Nachnamens. Bei Doppelnamen wird jeweils nur der erste Teil des Namens berücksichtigt; Umlaute werden in zwei Buchstaben dargestellt. Namenszusätze bleiben unberücksichtigt.
2. Geschlecht der betroffenen Person
3. Monat und Jahr der Geburt der betroffenen Person
4. erste drei Ziffern der Postleitzahl der Hauptwohnung
5. Untersuchungsbefund einschließlich Typisierungsergebnissen
6. Monat und Jahr der Diagnose
7. Art des Untersuchungsmaterials
8. Nachweismethode
9. wahrscheinlicher Infektionsweg, wahrscheinliches Infektionsrisiko
10. Staat, in dem die Infektion wahrscheinlich erfolgt ist
11. bei Malaria Angaben zur Expositions- und Chemoprophylaxe
12. Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten des Einsenders
13. Name, Anschrift und Telefonnummer des Meldenden.

Der Einsender hat den Meldenden bei den Angaben zu unterstützen und diese Angaben ggf. zu vervollständigen.

Nosokomiale Infektionen, Resistenzen (§ 23 IfSG):

Die Leiter von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulantes Operieren sind verpflichtet, die folgenden vom Robert-Koch-Institut nach § 4 IfSG festgelegten **nosokomialen Infektionen** und das **Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen** fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufzuzeichnen und zu bewerten. Die Dokumentationen sind zehn Jahre aufzubewahren.

Dem zuständigen Gesundheitsamt ist auf Verlangen Einsicht in die Aufzeichnungen zu gewähren. (Dies soll dem Gesundheitsamt ermöglichen, die Umsetzung der Regelungen kontrollieren zu können, ohne ihm damit die komplexe Aufgabe der inhaltlichen Interpretation und Bewertung zu übertragen.)

Die Verpflichtung, bestimmte nosokomiale Infektionen bzw. Erreger mit besonderen Resistenzen und Multiresistenzen aufzuzeichnen und zu bewerten soll die Einrichtungen in die Lage versetzen, eigene Schwächen im Hygienemanagement zu erkennen und gegebenenfalls die notwendigen Hygienemaßnahmen, einschließlich der Schulung des Personals bzw. der kritischen Bewertung des Antibiotikaeinsatzes, zu verstärken oder zu etablieren bzw. der Verbreitung der betreffenden Erreger möglichst schnell Einhalt zu gebieten. Die Erfassung und Bewertung nosokomialer Infektionen (Surveillance) stellt gleichzeitig einen **Beitrag zum Qualitätsmanagement** im Sinne des §137 SGB V dar. Die Umsetzung der Surveillancemaßnahmen wird von der Hygienekommission formuliert.

Übersicht über die zu erhebenden nosokomialen Infektionen

Je nach den einrichtungsspezifischen Erfordernissen (d. h. identifiziertem Risikobereich) sind zunächst mindestens eine der genannten nosokomialen Infektionen pro Krankenhaus bzw. Einrichtung für ambulantes Operieren zu erfassen:

- postoperative Wundinfektionen (der häufigsten, mit einem nosokomialen Infektionsrisiko belasteten Operation)
- katheterassoziierte Septikämien
- beatmungsassoziierte Pneumonien
- katheterassoziierte Harnwegsinfektionen

In Übereinstimmung mit Erfahrungen aus der Surveillance nosokomialer Infektionen im Rahmen nationaler und internationaler Studien sind "device-assoziierte Infektionen" sowie postoperative Wundinfektionen auch geeignete Indikatoren für die Qualität des Hygienemanagements. Darüber hinaus machen die vier genannten Infektionen zusammen den überwiegenden Teil nosokomialer Infektionen aus.

Die im Gesetz geforderte Bewertung der erhobenen Daten über nosokomiale Infektionen setzt unabdingbar die gleichzeitige Erfassung relevanter einrichtungsinterner Bezugsdaten sowie die Schaffung einrichtungsübergreifender Referenzdaten voraus. Das RKI empfiehlt die von ihm initiierte "KISS(Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System)-Studie" nicht als generelles Erhebungsmodell, da hier nur allgemeine, die individuelle Situation der jeweiligen Einrichtung nicht berücksichtigende Daten erfaßt werden.

Surveillance-Daten sind nicht statistischer Selbstzweck, sondern sollten stets Grundlage kritischer Analysen und handlungsleitend sein. An erster Stelle dienen sie der infektiologischen Qualitätskontrolle des jeweiligen Krankenhauses. Interventionsmaßnahmen sind insbesondere dann erforderlich, wenn in einem Krankenhaus oder einer Einrichtung für ambulantes Operieren erhöhte Infektionsraten beobachtet werden.

Liste der zu erfassenden Erreger

Erregerspezies	Zu erfassen ist die Resistenz (auch Einzel-R) gegen folgende Substanzen, sofern im Rahmen der klinisch-mikrobiologischen Diagnostik getestet
1. <i>S. aureus</i>	Vancomycin, <u>Oxacillin</u> , Gentamicin, Chinolon Gr.IV (z.B. Moxifloxacin), Teicoplanin, Quinupristin/Dalfopristin
2. <i>S. pneumoniae</i>	Vancomycin, <u>Penicillin</u> (Oxacillin 1 µg), Cefotaxim, Erythromycin, Chinolon Gr.IV (z. B. Moxifloxacin)
3. <i>E. faecalis</i> <i>E. faecium</i>	<u>Vancomycin</u> , Gentamicin ("high level": Gentamicin 500 mg/l; Streptomycin 1000 mg/l (Mikrodil.) bzw. 2000 mg/l (Agardilution)), Teicoplanin <i>E. faecium</i> : zusätzlich Quinupristin/Dalfopristin
4. <i>E. coli</i> <i>Klebsiella spp.</i>	Imipenem/Meropenem, Chinolon Gr.II (z.B. Ciprofloxacin), Amikacin, Ceftazidim, Piperacillin/Tazobactam, Cefotaxim oder analoge Testsubstanz
5. <i>Enterobacter cloacae</i> <i>Citrobacter spp.</i> <i>Serratia marcescens</i>	Imipenem/Meropenem, Chinolon Gr.II (z.B. Ciprofloxacin), Amikacin
6. <i>P. aeruginosa</i> <i>A. baumannii</i>	Imipenem/Meropenem, Chinolon Gr.II (z.B. Ciprofloxacin), Amikacin, Ceftazidim, Piperacillin/Tazobactam
7. <i>S. maltophilia</i>	Chinolon Gr.II (z.B. Ciprofloxacin), Amikacin, Ceftazidim, Piperacillin/Tazobactam, Cotrimoxazol
8. <i>Candida spp.*</i>	Fluconazol

** Erfassung nur in Einrichtungen mit hämatologisch-onkologischen Abteilungen, auch von primär resistenten Spezies
Leitresistenzen sind fett gedruckt und unterstrichen.*

Die Liste der zu erfassenden Erreger mit speziellen Resistenzen und Multi-resistenzen wurde unter Berücksichtigung der Häufigkeit der genannten Mikroorganismen als Erreger nosokomialer Infektionen sowie der therapeutischen und epidemiologischen Relevanz der jeweiligen Resistenzen erstellt.

Der überwiegende Teil der hierbei zu erfassenden Daten soll den Einrichtungen in übersichtlicher, die hier beschriebenen Erfordernisse nach Möglichkeit berücksichtigender Form von den jeweilig betreuenden klinisch-mikrobiologischen Laboratorien im Rahmen der Befundmitteilung zur Verfügung gestellt werden. Die Sammlung der Unterlagen, die Erstellung der Listen sowie die Bewertung der Daten obliegt den jeweiligen Einrichtungen.

Die zu erfassenden Daten sollen mindestens die in Tabelle 1 aufgeführten Informationen enthalten und dienen einer patientenbezogenen und nach Untersuchungszeitraum und Herkunft des Isolats (mindestens Abteilungsebene) aufgeschlüsselten Bewertung:

Tabelle 1: Beispiel für die Erfassung von Erregern mit besonderen Resistenzen und Multiresistenzen

Einrichtung:						Station:					
Berichtszeitraum:						bis (gemäß Datum des Erstnachweises)					
Erreger: S. aureus											
Nr.	Patient	Datum Erstnachweis	Unters.-material Erstnach.	Resistenz gegen (s.o.)						Bemerkungen *	
				OXA	GEN	MFL	VAN	TPL	SYN		
1	Patient 1	1.1.2001	Blutkultur	R	R	R	S	S	-	Infektion, verlegt nach ...	
2	Patient 2	2.1.2001	Wundabs.	R	R	R	S	S	-	Infektion, Typisierung!, Ausbruch?	
3	usw.										
Erreger: Enterococcus spp.											
Nr.	Patient	Datum Erstnachweis	Unters.-material Erstnach.	Resistenz gegen (s.o.)				Bemerkungen *			
				VAN	GEN	TPL	SYN				
1	Patient 1	1.1.2001	Blutkultur	R	R	S	S		verlegt nach ...		
2	usw.										
3											
<i>usw. (entsprechende Tabellen für jeden der zu erfassenden Erreger)</i>											

* z.B. Infektion, Kolonisation, Sanierung, Entlassung, Entlassung, Verlegung nach ... (wurde informiert), Ausbruch

Aufgrund der besonderen klinischen und epidemiologischen Relevanz von MRSA sollen die entsprechenden Daten aus Tabelle 1 monatlich in einer gesonderten Tabelle erfaßt werden, aus der die Zahl der betroffenen Patienten pro Einrichtungseinheit (z.B. Station) unmittelbar hervorgeht, z.B.:

Einrichtung:						Station:						
Erreger: MRSA												
Anzahl der betroffenen Patienten pro Monat und Station (Erstnachweise)												
Jahr	Jan.	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
2001	N=2	usw.										

Die Vergleichbarkeit der Daten kann bei gleichzeitiger Erfassung der Belegung durch Bezug auf 1000 Patiententage verbessert werden.

Die erhobenen Daten sollen die Grundlage für eine surveillancebasierte Selbstkontrolle und insbesondere die Vermeidung der Ausbreitung schwer zu therapierender Erreger bilden. Die Erfassung in Form der Tabelle 1 ist auch geeignet, die Erkennung eines Ausbruches zu erleichtern. Interventionsmöglichkeiten bestehen

z.B. in der Verbesserung des Hygienemanagements, der Kommunikation zwischen verlegenden und aufnehmenden Einrichtungen oder der Einschränkung bzw. Änderung des Antibiotikaeinsatzes.

Die Dokumentation der nosokomialen Infektionen und des Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen kann EDV-gestützt mit dem **Infektionserfassungsprogramm HyBASE** vorgenommen werden.

Impfausweis (Impfdokumentation) (§ 22 IfSG):

Der impfende Arzt hat jede Schutzimpfung unverzüglich in einen Impfausweis einzutragen oder, falls der Impfausweis nicht vorgelegt wird, eine Impfbescheinigung auszustellen. Der impfende Arzt hat den Inhalt der Impfbescheinigung auf Verlangen in den Impfausweis einzutragen, im Falle seiner Verhinderung hat das Gesundheitsamt die Eintragung vorzunehmen.

Der Impfausweis oder die Impfbescheinigung muss über jede Schutzimpfung enthalten:

1. Datum der Schutzimpfung
2. Name der Krankheit, gegen die geimpft wird
3. Bezeichnung und Chargen-Bezeichnung des Impfstoffes
4. Namen und Anschrift mit Unterschrift des impfenden Arztes (bzw. Bestätigung der Eintragung des Gesundheitsamtes).

Erlaubnispflicht für Tätigkeiten mit Krankheitserregern (§ 44), Anzeigepflichten (§ 49 IfSG):

Wer Krankheitserreger in den Geltungsbereich dieses Gesetzes verbringen, sie ausführen, aufbewahren, abgeben oder mit ihnen arbeiten will, bedarf einer Erlaubnis der zuständigen Behörde. (Ausnahmen siehe § 45)

Wer Tätigkeiten in diesem Sinne erstmalig aufnehmen will, hat dies der zuständigen Behörde mindestens 30 Tage vor Aufnahme anzuzeigen.

weitere Auskunft und Beratung:

für das Institut für Klinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene:

LOA ADir Dr. Ch. Schoerner (Tel.: 22583, 22668, DECT: 46901)
OA ADir Dr. B. Kunz (Tel.: 22570, 22668, DECT: 46902)

C. Schoerner, Januar 2001 (aktualisiert Oktober 2013, Juni 2016, Februar 2018, März 2020)