

AMT DER KÄRNTNER LANDESREGIERUNG

Abteilung 14 – Gesundheitswesen
UA Sanitätswesen



Betreff:

Epidemiegesetz, neue Meldepflichten

Datum:	5.3.2010
Zahl:	12-INF-4/6-2010

(Bei Eingaben bitte Geschäftszahl anführen!)

Auskünfte:	Dr. Heimo Wallenko, MAS
Telefon:	050 536 – 31225
Fax:	050 536 – 31200
e-mail:	post.abt12@ktn.gv.at

An die

Bezirkshauptmannschaft

9560 Feldkirchen
9620 Hermagor
9020 Klagenfurt
9300 St. Veit/Glan
9800 Spittal/Drau
9500 Villach
9100 Völkermarkt
9400 Wolfsberg

den

Bürgermeister der Landeshauptstadt Klagenfurt

9010 Klagenfurt

den

Bürgermeister der Stadt Villach

9500 Villach

Sehr geehrte Damen und Herren !

Der Bundesminister für Gesundheit hat mit Verordnung BGBl II, Nr. 19/2010, eine Meldepflicht für transmissible spongiforme Enzephalopathien und schwere Clostridium difficile assoziierte Erkrankungen festgelegt. Zu diesen Meldepflichten wurden zwei Erlässe verlautbart, welche im Anhang zur Kenntnis gebracht werden.

Es ergeht das Ersuchen an die Bezirksverwaltungsbehörden, diese Information an alle im dortigen Zuständigkeitsbereich gelegenen Krankenanstalten und niedergelassenen Ärzte weiterzuleiten.

Die ärztlichen Leiter der Krankenanstalten werden ersucht, alle mit der Thematik befassten Ärzte von dieser neuen Meldepflicht in Kenntnis zu setzen. Weiters ergeht das Ersuchen an

die Hygieneteams in den Krankenanstalten, die hausinternen Hygienepläne bei dieser Gelegenheit auf Aktualität zu prüfen und bei Bedarf zu adaptieren.

Ergänzend werden aktuelle Links betreffend CJD angeführt:

„Richtlinie für den Schutz vor einer Übertragung der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit bei invasiven Eingriffen“ (erstellt vom Arbeitskreis CJK des BMG; Fassung: Juni 2009

http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/2/5/0/CH0724/CMS1207724860370/cjk-richtlinie_juni_2009.pdf

Österreichisches Referenzzentrum zur Erfassung und Dokumentation menschlicher Prionen-Erkrankungen (ÖRPE)

<http://www.meduniwien.ac.at/kin/Deutsche%20Version/Oerpe/indexoerpe.html>

Zuletzt wird die komplette Liste der anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten gemäß Epidemiegesetz, AIDS-Gesetz, Geschlechtskrankheitengesetz und Tuberkulosegesetz mit dem Ersuchen um Kenntnisnahme und Beachtung der Meldepflichten übermittelt.

Anlagen

BGBl II, Nr. 19/2010

BMG-21756/0010-III/A/1/2010

BMG-21756/0009-III/A/1/2010

Liste anzeigepflichtiger übertragbarer Krankheiten

Für den Landeshauptmann:
Dr. Elisabeth Oberleitner, MPH

FdRdA

Nachrichtlich an:

Ärztchammer in Kärnten, St. Veiter Straße 34, 9020 Klagenfurt am Wörthersee,
zur Kenntnisnahme

BUNDESGESETZBLATT

FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

Jahrgang 2010**Ausgegeben am 18. Jänner 2010****Teil II**

19. Verordnung: Änderung der Verordnung betreffend anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten 2009

19. Verordnung des Bundesministers für Gesundheit, mit der die Verordnung betreffend anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten 2009 geändert wird

Gemäß § 1 Abs. 2 des Epidemiegesetzes 1950, BGBl. Nr. 186, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 76/2008 und durch die Bundesministeriengesetz-Novelle 2009, BGBl. I Nr. 3, wird verordnet:

Die Verordnung des Bundesministers für Gesundheit betreffend anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten 2009, BGBl. II Nr. 359/2009, in der Fassung der Verordnung BGBl. II Nr. 363/2009, wird wie folgt geändert:

Der Punkt am Ende von § 1 Z 2 wird durch einen Beistrich ersetzt, folgende Z 3 und 4 werden angefügt:

- „3. Verdachts-, Erkrankungs- und Todesfälle an transmissiblen spongiformen Enzephalopathien und
4. Erkrankungsfälle an einer schwer verlaufenden Clostridium difficile assoziierten Erkrankung und Todesfälle an einer Clostridium difficile assoziierten Erkrankung.“

Stöger

Frau
GS.AL Ilse Elisabeth Oberleitner, MPH
Hasnerstraße 8
9020 Klagenfurt

Organisationseinheit: BMG - III/A/1
(Infektionskrankheiten,
Seuchenbekämpfung,
Krisenmanagement)
Sachbearbeiter/in: Dr. Robert Muchl
E-Mail: robert.muchl@bmg.gv.at
Telefon: +43 (1) 71100-4642
Fax: +43 (1) 71344041552
Geschäftszahl: BMG-21756/0010-III/A/1/2010
Datum: 02.03.2010
Ihr Zeichen:

post.abt12@ktn.gv.at

Meldepflicht für Verdachts-, Erkrankungs- und Todesfälle an transmissiblen spongiformen Enzephalopathien

Sehr geehrte Frau GS.AL Oberleitner, MPH!

Mittels Verordnung des Bundesministers für Gesundheit, BGBl. II Nr. 19/2010, wurden Verdachts-, Erkrankungs- und Todesfälle von transmissiblen spongiformen Enzephalopathien der Anzeigepflicht nach dem Epidemiegesetz unterworfen.

Unter transmissiblen spongiformen Enzephalopathien (TSE) sind subakut bis chronisch-progressiv verlaufende ZNS-Erkrankungen verschiedener Spezies mit charakteristischem klinisch-neuropathologischen Bild und letalem Ausgang zu verstehen. Neben dem Krankheitsgeschehen ist bei erworbenen Erkrankungsformen die lange Inkubationszeit von zumindest mehreren Jahren charakteristisch.

Diese Krankheiten sind unter bestimmten Bedingungen übertragbar. Erreger sind wahrscheinlich abnorm gefaltete Formen von normalen Membraneiweißen, die Prionen genannt werden. Prionen sind besonders widerstandsfähig gegen physikalische und chemische Einwirkungen, wie Sterilisation (bei Standardtemperaturen und Standardabtötungszeiten), UV Strahlung, ionisierende Strahlen, Alkohol, Formaldehyd, Ethylenoxid etc. Von besonderer Bedeutung ist hierbei die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK). Die iatrogene Übertragung der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit von Person zu Person durch den Gebrauch von kontaminierten medizinischen und chirurgischen Instrumenten ist belegt, eine Übertragung durch Blut oder Blutprodukte ist bei Fällen der CJK-Variante (vCJK) dokumentiert, nicht jedoch bei der sporadischen CJK. Obwohl selten, ist die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) die häufigste der menschlichen Formen von TSE.

Die bovine spongiforme Enzephalopathie (BSE) ist Mitte der 80er Jahre erstmals in Großbritannien aufgetreten. BSE wird als Quelle der varianten Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) angesehen. Die vCJK manifestiert sich unter einem anderen klinischen Bild als die sporadische CJK. Sie betrifft jüngere Altersgruppen und weist Prionen neben dem ZNS auch in anderen Geweben und Organen (Lymphknoten, Milz, Mandeln, Appendix) auf. Das Wissen bezüglich CJK und vCJK ist noch immer unzureichend. Die Inkubationszeit der vCJK ist ungenügend bekannt; sie beträgt Jahre oder Jahrzehnte. Noch gibt es weder Labortests für die CJK, die es erlauben, die Krankheit in einem frühen Stadium zu erfassen, noch Sekundärprophylaxe oder kurative Behandlungsmöglichkeiten. Mit Prionen infizierte, symptomlose Personen könnten Instrumente kontaminieren. Die einzige Möglichkeit, diesem Risiko zu begegnen, ist somit die Vorbeugung. Bisherige Studien belegen eine starke Haftbarkeit von Prionen an metallischen Oberflächen. Diese Beobachtung lässt vermuten, dass kontaminierte metallische Instrumente, die bei invasiven Eingriffen gebraucht werden, bevorzugte „Vehikel“ für Prionen darstellen. Im Lichte dieser Erkenntnisse muss die Vorbeugung vor Übertragung von Prionen durch medizinische Interventionen ohne Verzug vorangetrieben werden.

Es war bisher mehrfach notwendig, nach entsprechenden Erhebungen (ein Indexfall wurde operiert; welche Patientinnen/Patienten wurden nach dem Indexfall mit welchen chirurgischen Instrumenten in Kontakt gebracht, wie sind diese Personen aufzuklären,) eingreifende Maßnahmen (Sperrung von Operationssälen, Sicherung der beim Indexfall zum Einsatz gekommenen chirurgischen Instrumente) durchzuführen und große finanzielle Aufwendungen (Vernichtung von chirurgischen Instrumenten und Austausch von Waschmaschinen für chirurgische Instrumente,.....) zu tätigen, um eine mögliche Infektion weiterer Patientinnen/Patienten hintanzuhalten. Dabei konnte bisher bei einer Reihe von Patientinnen/Patienten lediglich retrospektiv ein potentiell Risiko evaluiert werden. Für die betroffenen Personen ist es eine große Belastung, von der Möglichkeit einer Infektion mit einer Creutzfeldt-Jakob Krankheit informiert zu werden. Bei zukünftigen Behandlungen ist dieses potentielle Infektionsträgertum zu berücksichtigen. Zusammenfassend können erhebliche Sicherheitsmaßnahmen notwendig werden, die zu hohen Kosten führen können.

Mit der aktualisierten „Richtlinie für den Schutz vor einer Übertragung der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit bei invasiven Eingriffen“ (erstellt vom Arbeitskreis CJK des BMG; Fassung: Juni 2009 – siehe http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/2/5/0/CH0724/CMS1207724860370/cjk-richtlinie_juni_2009.pdf) wurde ein weiterer wichtiger Schritt für die Sicherheit der Patientinnen/Patienten gemacht.

Wird ein Verdachtsfall früh genug erkannt, so ist es möglich, proaktiv vorzugehen und bei allfälligen chirurgischen Eingriffen schon vorab mit den notwendigen Sicherheitsmaßnahmen zu agieren. Damit wird die Gefahr einer potentiellen Infektion anderer Personen vermindert.

Um die Behörde möglichst frühzeitig in die Lage zu versetzen, adäquate Schutzmaßnahmen für die Bevölkerung zu treffen, wurde die Meldepflicht von TSE-Verdachts-, Erkrankungs- und Todesfällen eingeführt. Der Informationsaustausch wird somit rechtlich klar geregelt und die bereits bestehende Meldepflicht bei Todesfällen auf Verdachts- und Erkrankungsfälle ausgeweitet.

Vorgehensweise im Anlassfall

Die klinische Verdachtsdiagnose einer transmissiblen spongiformen Enzephalopathie (TSE) ist von einer/einem Neurologin/Neurologen zu stellen, die/der von der/vom behandelnden Ärztin/ Arzt zur Beratung zuzuziehen ist. Um die Diagnose zu erhärten, ist als Anlaufstelle für medizinische Fragestellungen bei **Verdachts-, Erkrankungs- und Todesfällen** von transmissiblen spongiformen Enzephalopathien (TSE) das

Österreichisches Referenzzentrum zur Erfassung und Dokumentation menschlicher Prionen-Erkrankungen (ÖRPE)

Leiter: Univ. Prof. Dr. Dr.h.c. Herbert Budka.

Adresse: Klinisches Institut für Neurologie der Medizinischen Universität Wien, AKH 04J, Postfach 48, Währinger Gürtel 18-20, A-1097 Wien.

Tel.: +43-(0)1 40400-5501,-5573; Fax :+43-(0)1 40400-5511, -5573.

Email: oeupe@kin.at

<http://www.meduniwien.ac.at/kin/Deutsche%20Version/Oerpe/indexoerpe.html>

einzuschalten. Dieses wurde zur Beratung und Hilfestellung bei der Diagnose und weiteren Fragestellungen errichtet und ist von der/vom behandelnden Ärztin/Arzt zu verständigen. Gemäß dem Stand der Wissenschaft wird gemeinsam eine Abklärung der Situation in Zusammenarbeit zwischen Neurologin/Neurologen, behandelnder Ärztin/ behandelndem Arzt, allenfalls involvierter Krankenanstalt und Referenzzentrum vorgenommen.

Bei **Todesfällen** von vermuteter transmissibler spongiformer Enzephalopathie (TSE) sind zur endgültigen Klärung der Diagnose neuropathologische Untersuchungen an einschlägigen Einrichtungen durchzuführen, die Diagnose ist durch das Referenzzentrum zu bestätigen und allfällige offene Fragestellungen sind mit dem Referenzzentrum gemeinsam abzuklären.

Wird eine Amtsärztin/ein Amtsarzt von einem **Verdachts-, Erkrankungs- oder Todesfall** einer transmissiblen spongiformen Enzephalopathie (TSE) informiert, so ist - falls noch keine nachweisliche Information des Referenzzentrums erfolgte – das Referenzzentrum direkt von der/dem Amtsärztin/Amtsarzt zur Erhärtung der Diagnose beizuziehen.

Nach Evaluierung des Sachverhaltes werden die meldende Ärztin/der meldende Arzt sowie gegebenenfalls eine involvierte Krankenanstalt und das Bundesministerium für Gesundheit durch das Referenzzentrum über die Situation informiert. Bei definitiver Diagnosestellung im Todesfall wird zusätzlich die zuständige Landessanitätsdirektion vom Referenzzentrum in Kenntnis gesetzt.

Wird seitens des Referenzzentrums ein **Verdachts-, Erkrankungs- oder Todesfall** bestätigt, so ist der Sachverhalt seitens der behandelnden Ärztin/ dem behandelnden Arzt der/dem örtlich zuständigen Amtsärztin/Amtsarzt zu melden.

Der seinerzeitige Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz vom 23. Juli 1996, GZ 21.700/41-II/D/2/96 wird außer Kraft gesetzt.

Im Zusammenhang mit dem **Epidemiologischen Meldesystem (EMS)** wird darauf hingewiesen, dass bei der Eingabe von TSE-Fällen in das EMS nur dann ein Erkrankungs- bzw. Diagnosedatum angegeben werden darf, wenn z.B. aufgrund eines Tumors Gehirnmateriale entnommen, untersucht und die Krankheit durch das Referenzzentrum bestätigt wurde. Alle anderen Fälle sind als Verdachtsfälle in das EMS einzugeben und so lange als Verdachtsfälle zu führen, bis die Diagnose vom Referenzzentrum definitiv bestätigt wurde.

Die Landessanitätsdirektionen werden ersucht diesen Erlass den im do. Wirkungsbereich tätigen Krankenanstalten und Ärztinnen/Ärzten zur Kenntnis zu bringen.

Mit freundlichen Grüßen
Für den Bundesminister:
Prof. MedR Dr. Hubert Hrabčík

Beilage/n:

Elektronisch gefertigt

Frau
GS.AL Ilse Elisabeth Oberleitner, MPH
Hasnerstraße 8
9020 Klagenfurt

Organisationseinheit: BMG - III/A/1
(Infektionskrankheiten,
Seuchenbekämpfung,
Krisenmanagement)
Sachbearbeiter/in: Maria Sagl
E-Mail: maria.sagl@bmg.gv.at
Telefon: +43 (1) 71100-4113
Fax: +43 (1) 71344041595
Geschäftszahl: BMG-21756/0009-III/A/1/2010
Datum: 02.03.2010
Ihr Zeichen:

post.abt12@ktn.gv.at

Einführung der Meldepflicht von Erkrankungsfällen an einer schwer verlaufenden Clostridium difficile assoziierten Erkrankung und Todesfällen an Clostridium difficile assoziierten Erkrankungen

Sehr geehrte Frau GS.AL Oberleitner, MPH!

Das Bundesministerium für Gesundheit hat mittels der auf § 1 Abs. 2 Epidemiegesetz gestützten Verordnung, BGBl. II Nr. 19/2010 des Bundesministers für Gesundheit, mit der die Verordnung betreffend anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten 2009 geändert wird, Erkrankungsfällen an einer schwer verlaufenden *Clostridium difficile* assoziierten Erkrankung und Todesfällen an *Clostridium difficile* assoziierten Erkrankungen der Anzeigepflicht nach dem Epidemiegesetz unterworfen.

Hintergrund

Im Jahr 2003 wurde in den USA und in Kanada erstmals Ausbrüche mit einem neuen hypervirulenten Stamm von *Clostridium difficile* (CD) beschrieben (bezeichnet als North American Pulsfeld Typ 1 [NAP1] oder in Europa als PCR Ribotyp 027, Toxinotyp III). Dieser CD Stamm ist durch sein binäres Toxin Gen und durch Deletionen im Regulator-Gen *tcdC* in der Lage, große Mengen an Toxin zu bilden und verursacht dadurch schwere und häufig auch rezidivierende Krankheitsbilder mit deutlich erhöhter Letalität. Bei Behandlung mit Metronidazol oder Vancomycin wurde eine verminderte klinische Ansprechrate beobachtet. Weiters ist CD Ribotyp 027 durch eine Resistenz gegen neuere Fluorochinolone gekennzeichnet.

Zwischenzeitlich traten auch in mehreren europäischen Ländern Ausbrüche mit *Clostridium difficile* assoziierten Erkrankungen (CDAE) auf. Auch in Österreich wurden bislang sporadische CDAEs sowie ein Ausbruch bekannt.

CD assoziierte Erkrankungen treten vor allem in Krankenanstalten und anderen Gesundheitseinrichtungen auf, werden jedoch mit zunehmender Häufigkeit auch in der allgemeinen Bevölkerung verzeichnet. CD Ribotyp 027 scheint im Besonderen mit der Verwendung von Fluorochinolonen oder Cephalosporinen in Zusammenhang zu stehen, wenngleich in einem geringeren Prozentsatz der Fälle keine Antibiotika-Exposition nachweisbar war. In mehreren Studien wurde jedoch auch eine Assoziation mit der gehäuften Verwendung von Protonenpumpenhemmern beobachtet.

Aufgrund der bisherigen Daten, die eine Tendenz zur epidemischen Ausbreitung vermuten lassen, ist zu befürchten, dass CD Ribotyp 027 zu einer gesundheitlichen Bedrohung für Europa wird. Eine Arbeitsgruppe der European Society for Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) und des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) hat den derzeitigen Kenntnisstand und die Maßnahmen zur Erkennung und Eindämmung von Ausbrüchen zusammengefasst. Vorrangig ist die erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber einer CD Ribotyp 027 assoziierten Erkrankung und möglichen Anzeichen für einen Ausbruch.

Falldefinition¹

Allgemein gilt als *Clostridium difficile* assoziierte Erkrankung (CDAE):

Eines oder mehrere der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein (bei Alter >2 Jahre):

1. Durchfall oder toxisches Megakolon, und Nachweis von *C. difficile*-Toxin A und/oder B oder kultureller Nachweis von toxinproduzierenden *C. difficile* im Stuhl,
2. pseudomembranöse Kolitis nachgewiesen durch eine Endoskopie,
3. histopathologischer Nachweis von *C. difficile*-Infektion (mit oder ohne Durchfall) in einer Endoskopie, Kolektomie oder Autopsie.

Für einen schweren Verlauf bei einer CDAE (Hinweis: meldepflichtig) muss eines der folgenden Kriterien erfüllt sein:

1. Notwendigkeit einer Wiederaufnahme aufgrund einer rekurrenten Infektion,
2. Verlegung auf eine Intensivstation zur Behandlung der CDAE oder ihrer Komplikationen,
3. chirurgischer Eingriff (Kolektomie) aufgrund eines Megakolon, einer Perforation oder einer refraktären Kolitis

¹ Es wurde die Falldefinition des Robert-Koch-Institutes (RKI) übernommen.

Als Todesfall durch eine CDAE gilt (Hinweis: meldepflichtig):

- Tod < 30 Tage nach Diagnosestellung und CDAE als Ursache oder zum Tode beitragende Erkrankung

Die Landessanitätsdirektionen werden ersucht, diesen Erlass sowie die Anlage den im do. Wirkungsbereich tätigen Krankenanstalten und Ärztinnen/Ärzten zur Kenntnis zu bringen.

Für den Bundesminister:
Prof. MedR Dr. Hubert Hrabcik

Beilage/n: Info KA Version 12_2_2010

Elektronisch gefertigt

Anlage 1¹**Informationsblatt für Krankenanstalten****Neuer, hypervirulenter Stamm von *Clostridium difficile* in Europa aufgetreten**

Im Jahre 2003 wurden in den USA und in Kanada erstmals Ausbrüche mit einem neuen, hypervirulenten Stamm von *Clostridium difficile* (CD) beschrieben (bezeichnet als North American Pulsfeld Typ 1 [NAP1] oder in Europa als PCR Ribotyp 027, Toxinotyp III). Dieser CD Stamm ist durch sein binäres Toxin Gen und durch Deletionen im Regulator-Gen *tcdC* in der Lage, große Mengen an Toxin zu bilden und verursacht dadurch schwere und häufig auch rezidivierende Krankheitsbilder mit deutlich erhöhter Letalität. Bei Behandlung mit Metronidazol oder Vancomycin wurde eine verminderte klinische Ansprechrate beobachtet. Weiters ist CD Ribotyp 027 durch eine Resistenz gegen neuere Fluorochinolone gekennzeichnet.

Zwischenzeitlich traten auch in mehreren europäischen Ländern Ausbrüche mit *Clostridium difficile* assoziierten Erkrankungen (CDAE) auf. Auch in Österreich wurden bislang sporadische CDAEs sowie ein Ausbruch bekannt.

CDAEs treten vor allem in Krankenanstalten und anderen Gesundheitseinrichtungen auf, kommen jedoch mit zunehmender Häufigkeit auch in der allgemeinen Bevölkerung vor. CD Ribotyp 027 scheint im Besonderen mit der Verwendung von Fluorochinolonen oder Cephalosporinen in Zusammenhang zu stehen, wenngleich in einem geringeren Prozentsatz der Fälle keine Antibiotika-Exposition nachweisbar war. In mehreren Studien wurde jedoch auch eine Assoziation mit der gehäuften Verwendung von Protonenpumpenhemmern beobachtet.

Aufgrund der bisherigen Daten, die eine Tendenz zur epidemischen Ausbreitung vermuten lassen, ist zu befürchten, dass CD Ribotyp 027 zu einer gesundheitlichen Bedrohung für Europa wird. Eine Arbeitsgruppe der European Society for Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) und des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) hat den derzeitigen Kenntnisstand und die Maßnahmen zur Erkennung und Eindämmung von Ausbrüchen zusammengefasst. Vorrangig ist die erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber einer CD Ribotyp 027 assoziierten Erkrankung und möglichen Anzeichen für einen Ausbruch.

¹ Erstellt unter Mitarbeit der AG AB-R-ISCM (= Arbeitsgruppe Antibiotika-Resistenzüberwachung "Inter Sectorial Coordinating Mechanism on prudent use of antimicrobials")

Mit Verordnung (BGBl. Nr. II 19/2010) des Bundesministers für Gesundheit, mit der die Verordnung betreffend anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten 2009 geändert wird, wurden schwer verlaufenden *Clostridium difficile* assoziierten Erkrankungen sowie Todesfälle an *Clostridium difficile* assoziierten Erkrankungen der Anzeigepflicht nach dem Epidemiegesetz unterworfen. Bei der Feststellung der Erkrankungsfälle/Todesfälle sowie bei der Meldung sollte die/der behandelnde Ärztin/Arzt eng mit dem Hygieneteam zusammenarbeiten. Die Durchführung der epidemiologischen Untersuchungen sollte in enger Kooperation zwischen Bezirksverwaltungsbehörden und Hygieneteam erfolgen.

Falldefinition²

Allgemein gilt als *Clostridium difficile* assoziierte Erkrankung (CDAE):

Eines oder mehrere der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein (bei Alter >2 Jahre):

1. Durchfall oder toxisches Megakolon, und Nachweis von *C. difficile*-Toxin A und/oder B oder kultureller Nachweis von toxinproduzierenden *C. difficile* im Stuhl,
2. pseudomembranöse Kolitis nachgewiesen durch eine Endoskopie,
3. histopathologischer Nachweis von *C. difficile*-Infektion (mit oder ohne Durchfall) in einer Endoskopie, Kolektomie oder Autopsie.

Für einen schweren Verlauf bei einer CDAE muss eines der folgenden Kriterien erfüllt sein (Hinweis: meldepflichtig):

1. Notwendigkeit einer Wiederaufnahme aufgrund einer rekurrenten Infektion,
2. Verlegung auf eine Intensivstation zur Behandlung der CDAE oder ihrer Komplikationen,
3. chirurgischer Eingriff (Kolektomie) aufgrund eines Megakolon, einer Perforation oder einer refraktären Kolitis

Als Todesfall durch eine CDAE gilt (Hinweis: meldepflichtig):

Tod < 30 Tage nach Diagnosestellung und CDAE als Ursache oder zum Tode beitragende Erkrankung

Vorgangsweise in Krankenanstalten und anderen Gesundheitseinrichtungen

- Asservierung der CD Isolate durch das mikrobiologische Laboratorium zur späteren Typisierung und Untersuchung der Toxin-Gene

² Es wurde die Falldefinition des Robert-Koch-Institutes (RKI) übernommen.

- Benachrichtigung des Hygieneteams, gegebenenfalls Zuziehung einer/eines externen Hygienikerin/s
- Strikte Einhaltung der Hygienemaßnahmen, in jeder Krankenanstalt müssen Hygienerichtlinien für CDAE aufliegen

Hinweise

In vielen Fällen wird die Diagnose einer CDAE durch den alleinigen Nachweis von CD Toxinen aus dem Stuhl gestellt. Es wird dringend empfohlen, zusätzlich zum Toxinnachweis auch Stuhl zur bakteriologischen Kultur einzusenden. Eine nähere Abklärung durch Charakterisierung und Typisierung des Stammes (Ribotyp, Fluorochinolon-Resistenz) ist nur anhand eines Kulturisolates möglich.

Auf die Händehygiene ist besonderes Augenmerk zu richten. Da CD Sporen bildet, ist von einer alleinigen Händedesinfektion mit alkoholischen Präparaten keine Schutzwirkung zu erwarten (Sporen sind gegen Alkohol resistent). Vor allem ist hier das Tragen von Einweghandschuhen und im Anschluss an die alkoholische Händedesinfektion gründliches Händewaschen zur mechanischen Entfernung der Sporen wichtig.

Korrekte Händehygiene:

- Handschuhe
- alkoholische Händehygiene (Eliminierung der gemeinsam mit CD-Sporen übertragenen vegetativen Darmbakterien und Viren bevor durch das Waschen eine Kontamination der unbelebten Umgebung erfolgt)
- Waschen (Abspülen der an der Hautoberfläche anhaftenden Sporen)

Bei CDAEs ist die Patientenumgebung mit Sporen kontaminiert. Es ist auf eine regelmäßige (hohe Sporenbelastung ist auch bei unsichtbarer Kontamination vielfach beschrieben!) und eine gezielte (bei Kontamination) Desinfektion der patientennahen Umgebung/Kontaktflächen mit sporoziden Mitteln zu achten - d.h. regelmäßige Desinfektion der patientennahen Umgebung, solange eine klinische Symptomatik besteht.

Literatur

1. Dial S, Delaney JA, Barkun AN, Suissa S. Use of gastric acid-suppressive agents and the risk of community acquired Clostridium difficile-associated disease. JAMA 2005;294(23):2989-95
2. Dial S, Alrasadi K, Manoukian C, Huang A, Menzies D. risk of Clostridium difficile diarrhea among hospital inpatients prescribed proton pump inhibitors: cohort and case-control studies. CMAJ 2004;171(1):33-8

3. Indra A, Huhulescu S, Kernbichler S, Kuo HW, Feierl G, Holler A, Skrabal F, Tucek G, Allerberger F. First cases of *Clostridium difficile* PCR ribotype 027 acquired in Austria. *Euro Surveill* 2008 May 15;13(20). pii: 18875.
4. Indra A, Huhulescu S, Fiedler A, Kernbichler S, Blaschitz M, Allerberger F. Outbreak of *Clostridium difficile* 027 infection in Vienna, Austria 2008-2009. *Euro Surveill* 2009 Apr 30;14(17). pii: 19186.
5. Kuijper EJ, Barbut F, Brazier JS, Kleinkauf N, Eckmanns T, Lambert ML, Drudy D, Fitzpatrick F, Wiuff C, Brown DJ, Coia JE, Pituch H, Reichert P, Even J, Mossong J, Widmer AF, Olsen KE, Allerberger F, Notermans DW, Delmée M, Coignard B, Wilcox M, Patel B, Frei R, Nagy E, Bouza E, Marin M, Akerlund T, Virolainen-Julkunen A, Lyytikäinen O, Kotila S, Ingebretsen A, Smyth B, Rooney P, Poxton IR, Monnet DL. Update of *Clostridium difficile* infection due to PCR ribotype 027 in Europe, 2008. *Euro Surveill* 2008 Jul 31;13(31). pii: 18942.
6. Kuijper EJ, Coignard B, Tüll P. on behalf of the ESCMID Study Group and the ECDC. Emergence of *Clostridium difficile*-associated disease in North America and Europe. *Clinical Microbiology Infection* 12, 2006, Suppl. 6, 2-18
7. Kleinkauf N, Weiss B, Jansen A, Eckmanns T, Bornhofen B, Kuehnen E, Weil H, Michels H. Confirmed cases and report of clusters of severe infections due to *Clostridium difficile* PCR ribotype 027 in Germany. *Eurosurveillance Weekly* 12(11): November 2007
<http://www.eurosurveillance.org/ew/2007/071115.asp#2>
8. McFarland LV, Mulligan ME, Kwok RY, Stamm WE. Nosocomial acquisition of *Clostridium difficile* infection. *N Engl J Med*. 1989 Jan 26;320(4):204-10.
9. Schmid D, Wewalka G, Huhulescu S, Indra A, Pongratz P, Allerberger F et al. Prävention und Kontrolle von *Clostridium difficile* in Krankenhäusern und Einrichtungen der stationären Pflege. AGES und BMGFJ (Herausgeber), Wien, 2007.
<http://www.ages.at/servlet/sls/Tornado/web/ages/content/0A93E1CDF34E0650C125737C0035F4DC>

Liste anzeigepflichtiger übertragbarer Krankheiten

Stand März 2010

V: Verdachtsfall, E: Erkrankungsfall, T: Todesfall

AIDS **	E T
Biss bekanntes Tier, Wutverdacht *	V E T
Biss unbekanntes Tier, Wutverdacht *	V E T
Kopfbiss bekanntes Tier, Wutverdacht *	V E T
Kopfbiss unbekanntes Tier, Wutverdacht*	V E T
Bruzellose	E T
Cholera	V E T
Clostridium difficile assoziierte Erkrankung, schwerer Verlauf	E T
Diphtherie	E T
Echinococcus granulosus und multilocularis	V E T
Fleckfieber (Rickettsia prowazekii)	V E T
Gelbfieber	V E T
Gonorrhoe **	E T
Hepatitis A	V E T
Hepatitis B	V E T
Hepatitis C	V E T
Hepatitis D	V E T
Hepatitis E	V E T
Hepatitis G	V E T
Hepatitis, nicht klassifiziert	V E T
Influenza A/H1N1 („Schweinegrippe“, stationäre Aufnahme)	E T
Influenza A/H5N1 (aviäre Influenza)	V E T
Keuchhusten	E T
Kinderlähmung	V E T
Legionellose	E T
Lepra	V E T
Leptospirose	V E T
Lues **	E T
Lymphogranuloma inguinale **	E T
Malaria *	E T
Masern *	V E T
Milzbrand	V E T
Psittakose	V E T
Paratyphus	V E T
Pest	V E T
Pocken	V E T
Rotz	V E T
Röteln *	E T
Rückfallfieber	E T
Ruhr (Amoebenruhr)	V E T
SARS *	V E T
Scharlach	E T
Trachom (Körnerkrankheit)	E T
Transmissible spongiforme Enzephalopathien (CJD, vCJD)	V E T
Trichinose	E T
TBC durch Mycobacterium bovis	E T
ansteckende TB extrapulm (Tbc-Gesetz)*	E T
ansteckende TB pulmonal (Tbc-Gesetz)*	E T
Tularaemie	V E T
Typhus (abdominalis)	V E T
Ulcus molle **	V E T
Virales hämorrhag. Fieber (zB Krim-Kongo, Dengue, Hantaviren, Ebola, Marburg, Lassa)	V E T
Wochenbettfieber (Puerperalfieber)	V E T
Wutkrankheit (Lyssa)	V E T

* Spezielle Erhebungsblätter sind zu verwenden.

** Geschlechtskrankheiten und AIDS: eigene Gesetze, eingeschränkte Meldepflichten.

Herausgeber: Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 14 – Gesundheitswesen, UA Sanitätswesen

Lebensmittelvergiftung, bakterielle *	V E T
Botulismus	
Campylobacter	
EHEC (STEC/VTEC)	
Salmonellose (non typhi-paratyphi)	
Shigellose	
Staphylococcus aureus	
Yersinia enterocolitica	
weitere Erreger	
Lebensmittelvergiftung, virale	V E T
Norovirus	
Rotavirus	
weitere Erreger	
Meningitis und Sepsis, bakterielle	E T
E. coli	
HiB	
Listeria monocytogenes	
Meningokokken	
Pneumokokken	
Staphylococcus aureus	
Streptokokken	
Streptokokken Gruppe B (Neugeborene)	
weitere Erreger	
Meningoenzephalitiden, virale	E T
Masern	
FSME	
Herpes	
weitere Erreger	

* Spezielle Erhebungsblätter sind zu verwenden.

** Geschlechtskrankheiten und AIDS: eigene Gesetze, eingeschränkte Meldepflichten.