

INFEKT-INFO

Herausgeber: Infektionsepidemiologie des Instituts für Hygiene und Umwelt • Beltgens Garten 2 • 20537 Hamburg
Leiter: Dr. G. Fell (v.i.S.d.P.), E-mail: gerhard.fell@hu.hamburg.de

Nachdruck : mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu gewerblichen Zwecken

**Kurzbericht über die im Rahmen der
Infektionskrankheiten-Surveillance
nach IfSG in Hamburg registrierten
Erkrankungen**

Ausgabe 19 / 2006
22. September 2006

Erster Fall von FSME in Hamburg ohne Hinweis auf einen Aufenthalt in einem Risikogebiet

Foto: Wikipedia



Der gemeine Holzbock (*Iodex ricinus*)

Die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) ist eine durch Zecken übertragene Virusinfektion, die vor allem in Europa und Asien vorkommt, dort aber jeweils regional unterschiedlich stark verbreitet ist. In Deutschland liegen die Verbreitungsgebiete vornehmlich in Baden-Württemberg, Bayern, im südlichen Hessen und vereinzelt auch in Thüringen. Das RKI veröffentlicht jährlich eine Karte der FSME-

Risikogebiete in Deutschland auf der Ebene der Stadt- und Landkreise (zuletzt: Epidemiologisches Bulletin Nr. 17/2006 vom 28.4.2006) auf der Grundlage der von dort gemeldeten Fälle.

Dabei werden als Risikogebiete diejenigen Kreise definiert, in denen mindestens 5 autochthon entstandene FSME-Erkrankungen in einer 5-Jahresperiode zwischen 1986 und 2005 oder mindestens 2 autochthon entstandene FSME-Erkrankungen innerhalb eines Jahres registriert wurden. Diejenigen Risikogebiete, in denen in einer 5-Jahresperiode zwischen 1986 und 2005 mindestens 25 FSME-Erkrankungen aufgetreten sind, werden zusätzlich noch als Hochrisikogebiete ausgewiesen. Nach diesen Risikostufen richten sich die jeweiligen Impfeempfehlungen, für Einwohner und Besucher, sofern sie einem erhöhten individuellen Infektionsrisiko unterliegen, weil sie z. B. aufgrund ihres Berufes oder ihres Freizeitverhaltens vermehrt mit Zecken in Berührung kommen können. Neben den Risikogebieten gibt es weitere Landkreise mit vereinzelt aufgetretenen autochthonen FSME-Erkrankungen in den Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen (hier u.a. in dem an Hamburg angrenzenden Landkreis Harburg), Sachsen und Sachsen-Anhalt. In Hamburg war seit 2001 bis dato nur ein FSME-Erkrankungsfall gemeldet worden, der aber nicht als autochthon einzustufen war, da er sich in einem für die Infektion relevanten Zeitraum in einem Hochrisikogebiet in Baden-Württemberg aufgehalten hatte.

In der 36. Woche wurde jetzt ein FSME-Erkrankungsfall in Hamburg bekannt, bei dem nach bisherigem Ermittlungsstand von einer autochthonen Entstehung ausgegangen werden muss. Es handelt sich um einen 67 Jahre alten Mann, der Mitte August zunächst mit dem Verdacht auf einen Schlaganfall mit entsprechender neurologischer Symptomatik (u.a. Paresen und Verwirrtheit) stationär aufgenommen wurde. Im Zuge der weiteren diagnostischen Abklärung imponierte offenbar eine auf einen Zeckenstich verdächtige Läsion und es erfolgte eine serologische FSME-Diagnostik. Dabei fanden sich deutlich erhöhter FSME-Antikörpertiter sowohl der IgM- als auch der IgG-Klasse.

Der Patient ist inzwischen wieder aus der stationären Behandlung entlassen. Er bewohnt (dauerhaft) eine Kleingarten-Parzelle in einer Hamburger Laubenkolonie und dürfte von daher, und da er sich generell viel in freier Natur

und in Parks aufhält, einem erhöhten Risiko für Zeckenkontakte unterliegen. Eine FSME-Impfung, z. B. wegen zurückliegender Reisen in Risikogebiete, war nicht erfolgt. In dem unter Berücksichtigung der Inkubationszeit für eine Infektion in Frage kommenden Zeitraum hat er sich nach eigenem Bekunden ausschließlich in Hamburg aufgehalten und war auch nicht im Hamburger Umland unterwegs gewesen. Verwandte von ihm haben in diesem Sommer in einem süddeutschen Risikogebiet einen Wanderurlaub verbracht und waren im Vorfeld gegen FSME geimpft worden. Die Möglichkeit, dass bei der Rückkehr eine infizierte Zecke z. B. am Körper oder durch mitgebrachte Pflanzen nach Hamburg in das unmittelbare Umfeld des Patienten gelangt sein konnte, wurde in Betracht gezogen, jedoch ergaben sich dafür keinerlei konkrete Hinweise.

Das Vorkommnis ändert zunächst nichts an der bisherigen Risikoeinstufung Hamburgs bezüglich der FSME, da damit noch nicht die RKI-Kriterien für ein FSME-Risikogebiet erfüllt sind. Die weitere Entwicklung muss jedoch sorgfältig beobachtet werden. Seitens der behandelnden Ärzte in Hamburg sollte bei entsprechendem klinischem Befund die FSME auch ohne spezifische Reiseanamnese in die differentialdiagnostischen Erwägungen einbezogen werden.



Übersicht über die aktuellen Meldezahlen in Hamburg

Die folgenden Abbildungen und die nächste Tabelle zeigen die Zahlen der registrierten meldepflichtigen Infektionskrankheiten und Erregernachweise für die Kalenderwochen 36 und 37 sowie kumulativ für die Wochen 1 bis 37 des Jahres 2006.

Abb. 1: Registrierte Erkrankungen Hamburg 2006, 36. KW (n=90) – vorläufige Angaben

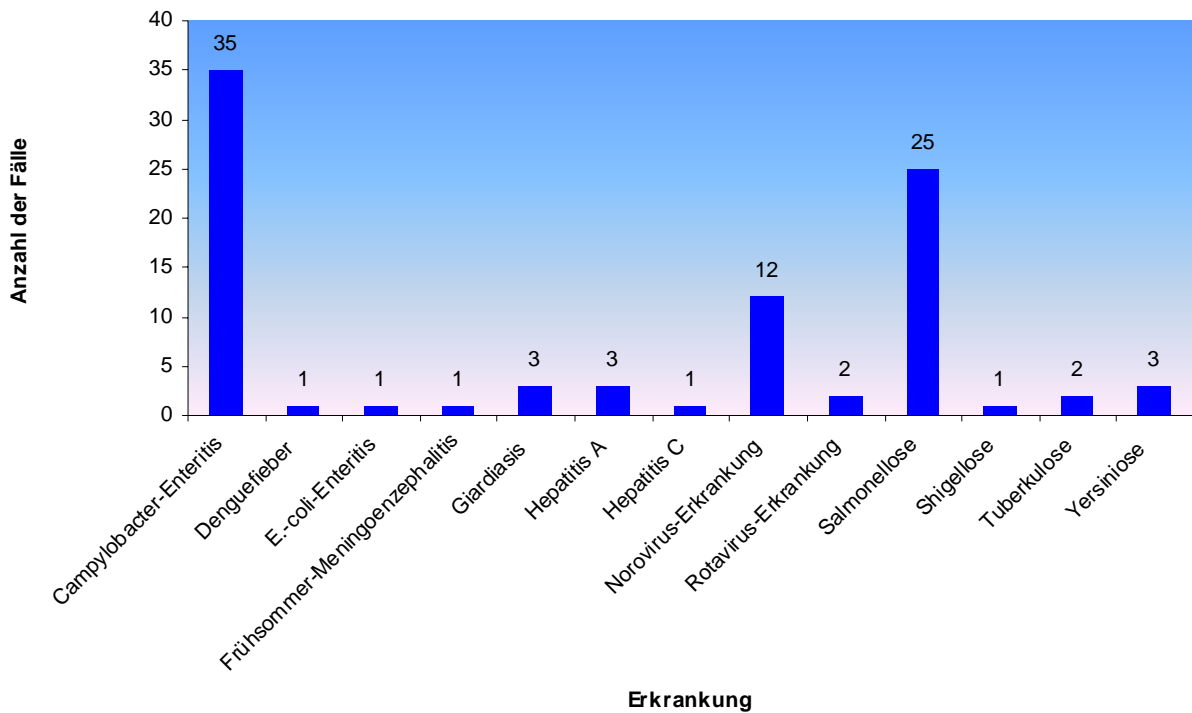


Abb. 2: Registrierte Erkrankungen Hamburg 2006, 37. KW (n=60) – vorläufige Angaben

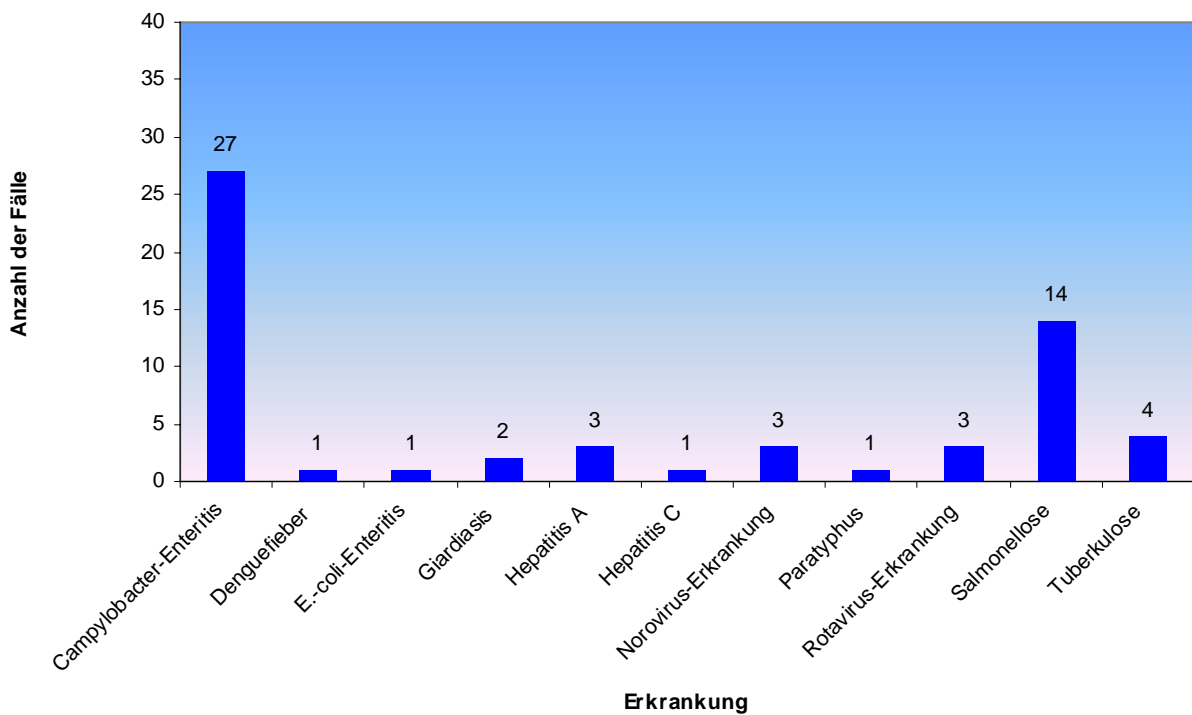
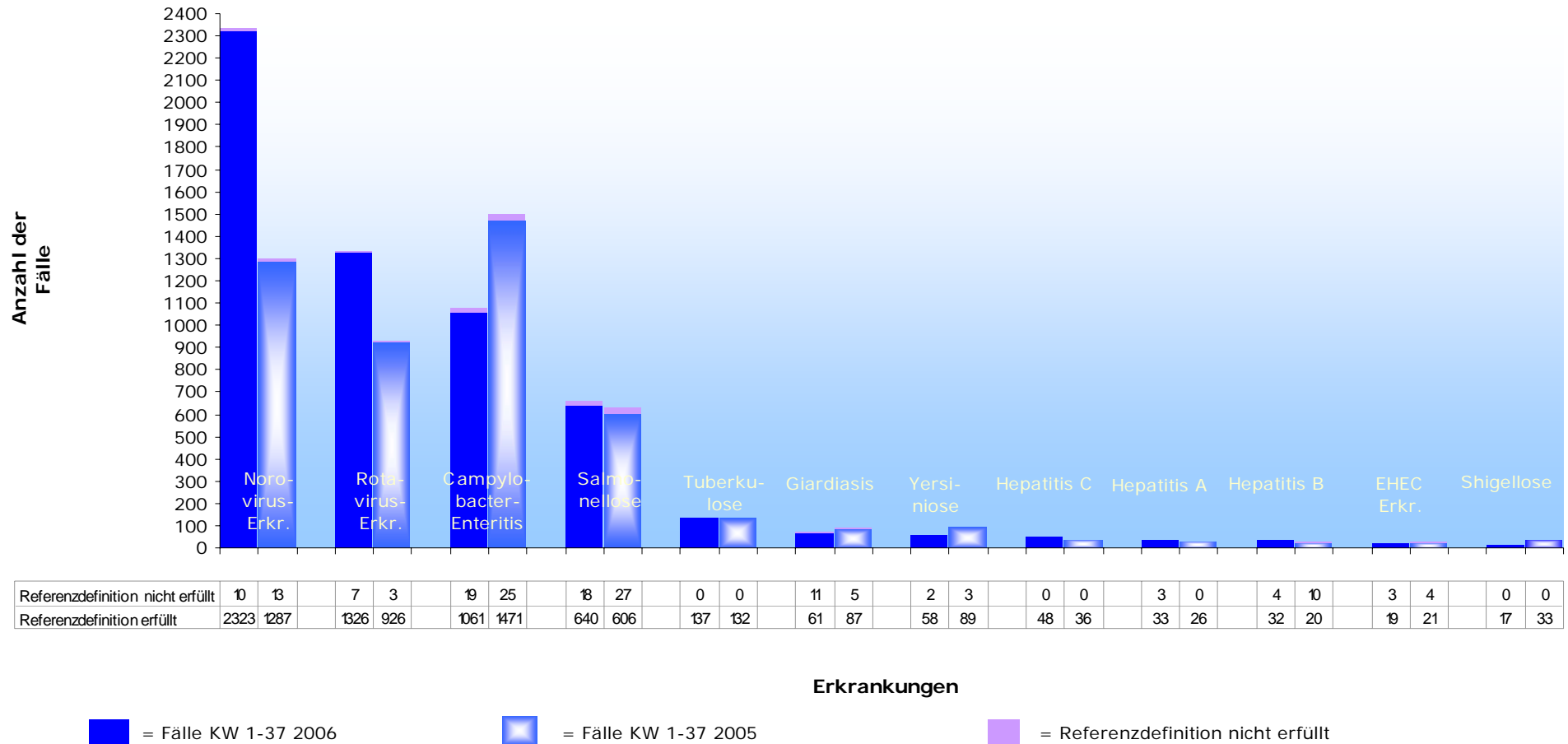


Abb. 3: Die häufigsten registrierten Infektionskrankheiten in Hamburg KW 1 - 37 2006 kumulativ (n=5832) mit Vergleichszahlen aus dem Vorjahr (n=4842) - vorläufige Angaben



Tab.1: Seltene Krankheiten und Meldetatbestände (mit und ohne Erfüllung der Referenzdefinition) in Hamburg KW 1-37 2006 kumulativ (n=146) mit Vergleichszahlen aus dem Vorjahr (n=171) - vorläufige Angaben -

Bezeichnung	Anzahl der Fälle KW 1-37 2006	Anzahl der Fälle KW 1-37 2005
Influenza	41	74
E. coli-Enteritis (außer EHEC)	23	24
Listeriose	14	12
Masern	14	6
Typhus	10	5
Kryptosporidiose	7	12
Denguefieber	6	7
Legionellose	6	7
Meningokokken-Erkrankung	5	9
Hämolytisch-urämisches Syndrom	4	4
Adenovirus-Konjunktivitis	2	1
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	2	2
Haemophilus influenzae-Erkrankung	2	2
Leptospirose	2	
Brucellose	1	1
Chikungunya-Fieber	1	
Frühsommer-Meningoenzephalitis	1	1
Hepatitis D	1	1
Paratyphus	1	
Hantavirus-Erkrankung		1
Lepra		1
Q-Fieber		1

Fälle aus ätiologisch nicht gesicherten Häufungen 3