



INFEKT-INFO

Herausgeber: Infektionsepidemiologie des Hygiene Institutes • Beltgens Garten 2 • 20537 Hamburg
Leiter: Dr. G. Fell (v.i.S.d.P.), e-Mail: gerhard.fell@bug.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 6 / 2003
21. März 2003

Staatenübergreifender Ausbruch eines schweren, akuten respiratori- schen Syndroms (SARS): ‚Global Alert‘ der WHO besteht fort

Als wir vor genau 4 Wochen erstmals über lokale Häufungen von akuten Atemwegserkrankungen in Ostasien berichteten (INFEKT-INFO Ausgabe 4 / 2003 vom 21.02.03), bestand bereits eine gewisse Besorgnis, dass hier möglicherweise ein Problem aufgetaucht war, das weitere Kreise ziehen könnte. Mittlerweile ist ein „SARS“ genanntes akutes Atemwegssyndrom aufgrund einer beträchtlichen Aktivität vor allem in Hong Kong, Singapur und Vietnam und ersten Einschleppungen in westliche Industrienationen zum beherrschenden infektionsepidemiologischen Thema geworden. Allerdings muss betont werden, dass es bisher keine Belege dafür gibt, dass es sich bei den Erkrankungen an atypischer Pneumonie in Südchina bereits um SARS gehandelt hat, bzw. dass es zwischen beiden Phänomenen einen epidemiologischen Zusammenhang gibt.

Besonders bemerkenswert ist das Tempo, mit dem der Erreger interkontinentale Distanzen überwunden hat. Sollte dies ein Modell für die Ausbreitungsgeschwindigkeit aerogen übertragbarer Erreger (also z. B. auch von neuen Shift-Varianten des Influenza-Virus) unter den derzeitigen Rahmenbedingungen darstellen, so werden eigentlich die schlimmsten Befürchtungen der Epidemiologie bestätigt, was die Frage der (kaum vorhandenen) Vorlauf- und Vorbereitungszeit beim Auftreten von Infektionskrankheiten mit pandemischem Ausbreitungspotential anbelangt.

Die infektionsepidemiologische **Informationslage** zu SARS ist zur Zeit vor allem im Internet sehr gut und vielfältig. Gleichzeitig ist die ‚Halbwertszeit‘ der kommunizierten Fakten und Informationen noch ausgesprochen kurz. Es macht daher keinen Sinn, hier Informationen zu verbreiten, die morgen schon wieder überholt sein können.

Wir beschränken uns daher auf die Mitteilung der wichtigsten Links, die zuverlässige und kontinuierlich aktualisierte Informationen bereitstellen.

Basisinformationen/Fact-Sheets, nationale Surveillance- und Control- Maßnahmen:

<http://www.rki.de/INFEKT/ARSUU.HTM>

Das RKI hat nach dem Import der Erkrankung in die Bundesrepublik am Sonnabend dem 15.03.03 außerordentlich rasch Informationen, Empfehlungen und Instrumente zur Überwachung und Beherrschung des Krankheitsgeschehens zur Verfügung gestellt. Dazu gehören eine Falldefinition (gemäß WHO), die im Lichte der zunehmenden Erkenntnisse fortlaufend aktualisiert wird, krankenhaushygienische Empfehlungen zum Umgang mit Erkrankungsfällen, ein Meldebogen, Informationsblätter für verschiedene Zielgruppen etc.

Globale Surveillance:

<http://www.who.int/csr/table/en/index.html>

Auf dieser Seite veröffentlicht die WHO ständig die weltweit beobachteten Fallzahlen. Außerdem sind von dort aus weitere Seiten mit wichtigen und aktuellen Informationen erreichbar.

Zur Lage in den hauptsächlich betroffenen Regionen:

Hong Kong: <http://www.info.gov.hk/dh/index.htm>

Singapur: <http://app.moh.gov.sg/index.asp>

Die offiziellen Websites der lokalen Gesundheitsbehörden berichten fortlaufend über die Lage und die Erkrankungszahlen vor Ort.

Die fieberhafte Suche nach dem **Erreger** von SARS ergab mittlerweile eine erste heiße Spur. So wurden in deutschen Laboren im Untersuchungsmaterial des in Frankfurt behandelten Patienten elektronenmikroskopisch Strukturen entdeckt, die vom Aspekt her mit Viren der Familie der *Paramyxoviridae* vereinbar sind. Noch ist allerdings nicht definitiv geklärt, ob es sich hier tatsächlich um das auslösende Agens oder um einen zufälligen Begleitbefund oder gar um ein Artefakt handelt.

Zu den Paramyxoviren zählen hierzulande heimische und wohlbekanntere Spezies wie das Masern- und das Mumpsvirus sowie auch ausgesprochen ARE-Erreger wie das Parainfluenza-Virus und das Respiratory Syncytial Virus (RSV), die allerdings bisher nicht als Verursacher von Pneumonie-Epidemien mit derart hoher Krankheitslast in Erscheinung getreten sind.

Mitte der 90er Jahre wurden mit dem Hendra- und dem Nipah-Virus in Australien bzw. Malaysia erstmals zwei weitere Vertreter der Paramyxoviren als Verursacher von Ausbrüchen mit vorwiegend enzephalitischen Krankheitsbildern identifiziert. Sollte sich bei SARS die Paramyxovirus-Hypothese bestätigen, so steht zu vermuten, dass es sich möglicherweise um eine bisher unbekannte Spezies dieser Familie handelt.

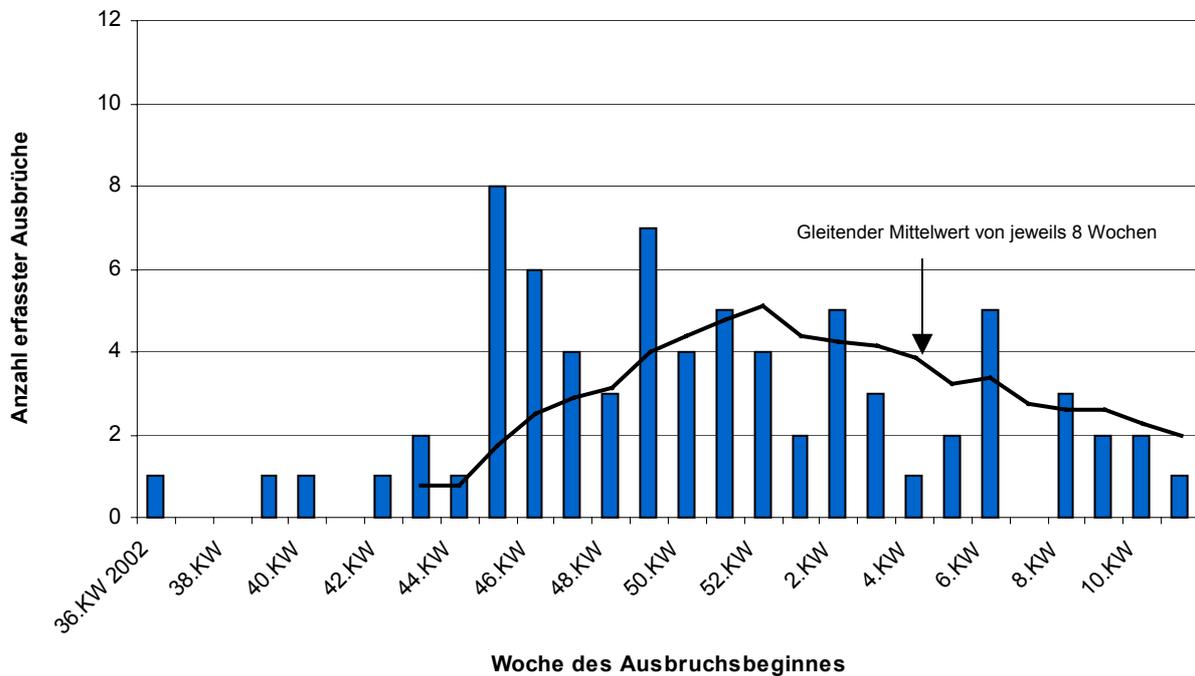
Das **Infektionsrisiko** ist nach allen bisherigen Erkenntnissen keineswegs gleichmäßig in der Bevölkerung verteilt. Vielmehr zeichnen sich zwei Risikogruppen ab, die nahezu ausschließlich betroffen sind: einerseits enge Familienangehörige von Erkrankten, andererseits Ärzte und medizinisches Personal, die in der Pflege und Behandlung von Erkrankten tätig waren. Auch die Tatsache, dass bisher keiner der zufällig mitreisenden Passagiere des in Frankfurt behandelten Index-Falles erkrankt ist, gibt zu der Hoffnung Anlass, dass die hierzulande im Alltagsleben vorkommenden üblichen Kontakte kein oder nur ein minimales Infektionsrisiko darstellen.



Aktueller Stand zum gehäuften Auftreten von Erkrankungen durch Norwalk-ähnliche Viren (NLV)

Wie aus der Abbildung 1 zu ersehen ist, hat sich der insgesamt rückläufige Trend bei der Zahl der wöchentlich registrierten institutionsgebundenen NLV-Ausbrüchen weiter stabilisiert. Demnach dürfte der Höhepunkt des Phänomens überschritten sein.

Abb.1: Anzahl der erfassten institutionsbezogenen Gastroenteritis-Ausbrüche mit gesicherter oder wahrscheinlicher NLV-Ätiologie ab September 2002 in Hamburg (N = 74) - Stand 21.3.2003



Übersicht über die aktuellen Meldezahlen in Hamburg

Bei der Hepatitis C hat das RKI die Referenz-Falldefinition geändert. Es werden jetzt alle Fälle berücksichtigt, bei denen nicht definitiv bekannt ist, dass eine chronische Infektion vorliegt (einschl. entsprechender Labornachweise ohne klinisches Bild). Zur Begründung siehe Epidemiologisches Bulletin 11/2003 vom 14. März, Seite 83.

In der 11. Kalenderwoche wurde zum ersten Mal seit 2 Jahren wieder ein Fall von („klassischer“) CJK gemeldet. Es handelt sich um eine klinische Diagnose bei einem betagten Demenz-Patienten in einem Pflegeheim, der unter Myoklonien leidet und dessen EEG typische „sharp wave“-Komplexe aufweist.

Abb. 2: Registrierte Erkrankungen Hamburg 2003, 10. KW (n=97)

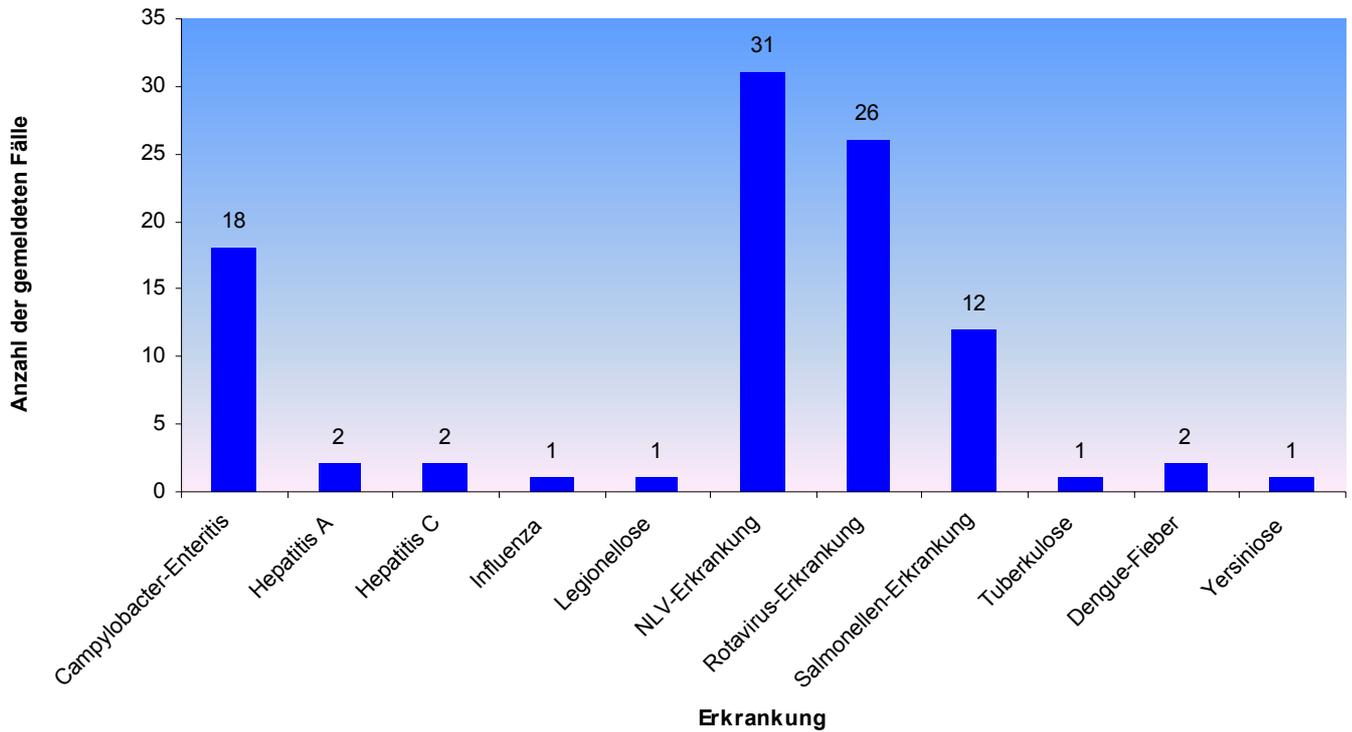


Abb. 3: Registrierte Erkrankungen Hamburg 2003, 11. KW (n=90)

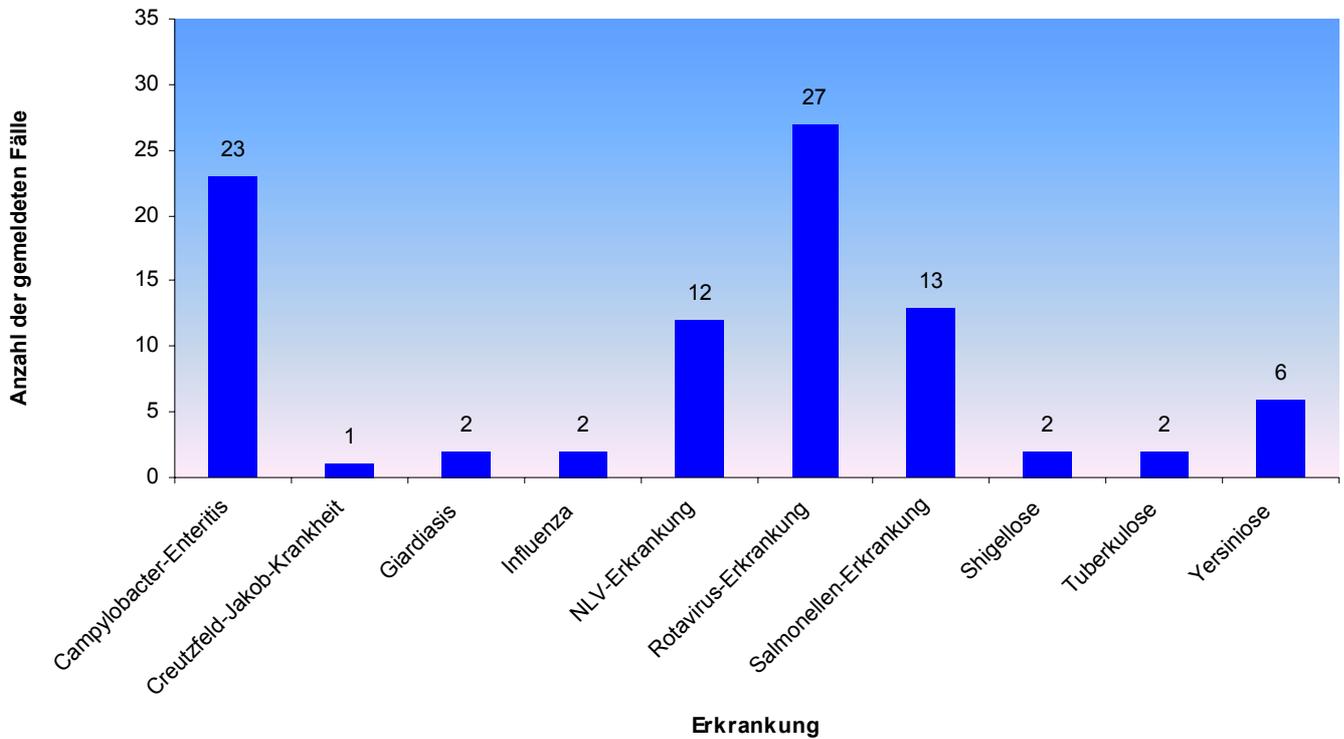
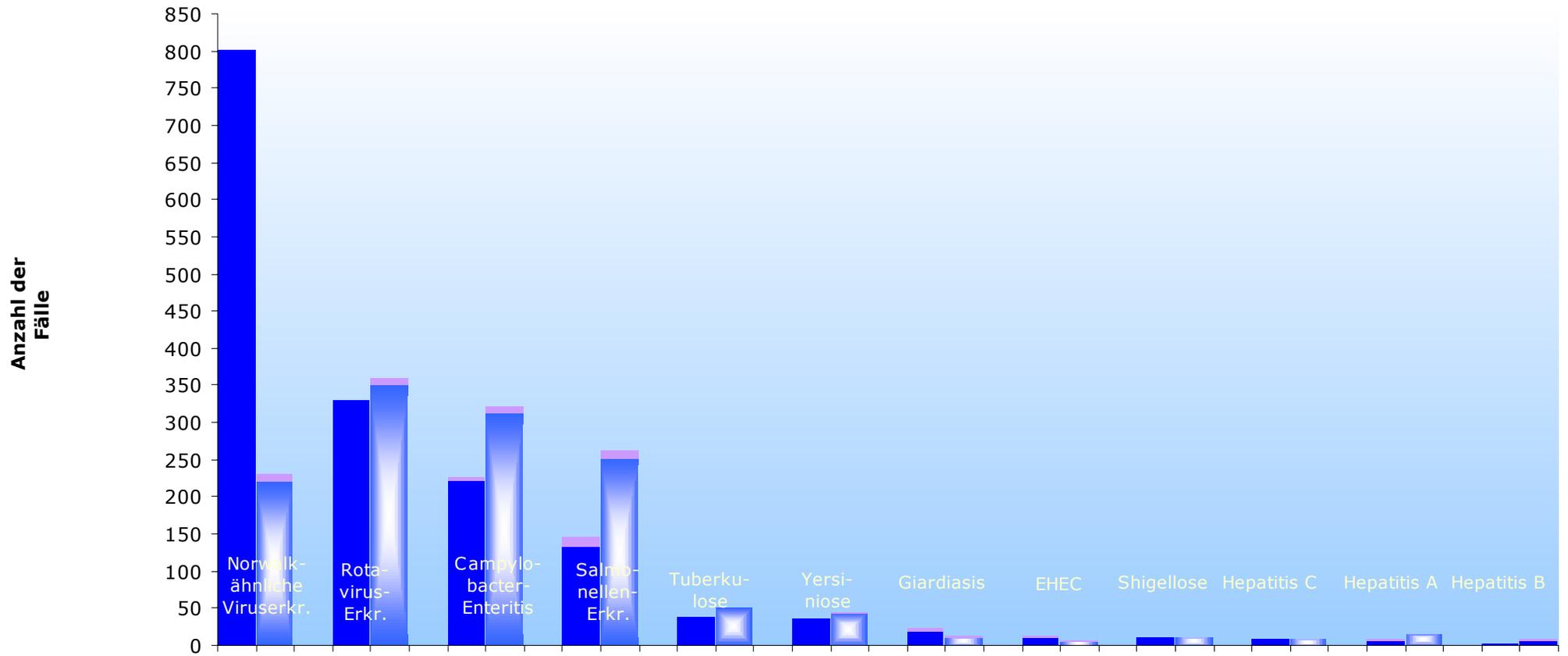


Abb. 4: Die häufigsten registrierten Erkrankungen und Erregernachweise in Hamburg KW 1-11 2003 kumulativ (n=1645) mit Vergleichszahlen aus dem Vorjahr (n=1331) - vorläufige Angaben



Referenzdefinition nicht erfüllt	1	11		10	5	10	11	11				2	4	3	1	2				2			2	
Referenzdefinition erfüllt	801	219	330	350	222	312	134	252	39	50	37	42	19	10	11	5	11	11	9	8	6	14	2	7

Erkrankungen

■ = Referenzdefinition erfüllt

■ = Fälle im Vergleichszeitraum 2002

■ = Referenzdefinition nicht erfüllt

Tab. 1: Sonstige registrierte Erkrankungsfälle Hamburg, 2003
für die Kalenderwochen 1-11 kumulativ (n=34)
im Vergleich zum selben Zeitraum 2001 (n=27)
-vorläufige Angaben-

Meldepflichtige Infektionskrankheiten		
	Anzahl der Fälle 2003	Anzahl der Fälle 2002
Influenza	15	4
Meningokokken-Erkrankung	6	4
E. coli-Infektionen (außer EHEC)	4	7
Dengue-Fieber	3	4
Masern	2	5
Creutzfeld-Jakob-Krankheit	1	
Cryptosporidiose	1	
Haemophilus influenzae Erkrankung	1	
Legionellose	1	
Brucellose		1
Listeriose		1
Typhus		1