

INFEKT-INFO

Herausgeber: Infektionsepidemiologie des Institutes für Hygiene und Umwelt • 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 10 / 2003
16. Mai 2003

Geflügelpest: Das RKI gibt Empfehlungen zur Prophylaxe für und zum Management von gefährdeten Personen heraus

Tierkrankheiten und Epizootien sind normalerweise nicht Gegenstand dieses Newsletters. Daher soll an dieser Stelle auch nicht auf Details der vornehmlich in niederländischen und belgischen Geflügelbeständen ausgebrochenen Tierseuche eingegangen werden, die jetzt auch die Bundesrepublik erreicht hat und mit dem historisch gewachsenen aber etwas missverständlichen Begriff ‚Geflügelpest‘ belegt wird. Inzwischen wurde bereits vielfach darauf hingewiesen, dass diese Krankheit mit der Pest, einer durch *Yersinia pestis* hervorgerufenen Zoonose mit Nagetieren und deren Parasiten als tierischem Reservoir (vergl. hierzu INFEKT-INFO, Ausgabe 4/2002 vom 22. Februar 2002) absolut nichts zu tun hat. Vielmehr handelt es sich bei der ‚Geflügelpest‘ um eine virusbedingte Tierkrankheit, die durch für Geflügel hochpathogene aviäre Influenza-Viren (HPAI) ausgelöst wird. Für das aktuelle Geschehen ist der Influenza-Virus-Subtyp A (H7N7) verantwortlich (vergl. INFEKT-INFO Ausgabe 5 /2003 vom 7. März 2003, Seite 4).

Von den zahlreichen Subtypen der Influenza-A-Viren sind bisher A (H1N1), A (H2N2) und A (H3N2) dauerhaft auf den Menschen ‚übergesprungen‘ und haben sich als Erreger der Influenza etabliert. Gelegentliche Infektionen des Menschen durch andere Subtypen weisen indessen darauf hin, wie dünn hier die Arten-Barriere ist. Dies hat sich auch bei dem Subtyp A (H7N7) bestätigt, der bei mehr als 250 Personen mit engem Kontakt zu dem infizierten Feder- voh zu einer Konjunktivitis, zu einer grippeartigen Erkrankung (ILI = influenza-like illness) oder zu einer Kombination aus beidem geführt hat. Epidemiologische Details hierzu hat das RKI im Epidemiologischen Bulletin Nr.19/2003 vom 9. Mai 2003 (Seite 150 ff.) publiziert (<http://www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/EPI.HTM>).

Gelingt einem Subtyp erstmals der Übergang und die dauerhafte Adaptation an den menschlichen Wirt mit der Fähigkeit zur Ausbildung von Infekt-Ketten von Mensch zu Mensch, dann trifft er auf eine breite Empfänglichkeit, da sowohl die natürliche als auch die durch Impfung induzierte Immunität der Bevölkerung weitgehend subtypspezifisch ist. Dieser Mechanismus hat in der Vergangenheit mehrfach zu schwerwiegenden Influenza-Pandemien geführt. Hinzu kommt, dass durch die genetische Variabilität der Influenza-A-Viren in Verbindung mit der in der Regel leichten Übertragbarkeit der Infektions- und Adaptationsdruck auf den Menschen erheblich ist. Daher ist eine erhöhte Surveillance von Erkrankungsfällen durch aviäre Influenza-Viren beim Menschen und das Ergreifen von Schutzmaßnahmen, die eine Infektion von Menschen nach Möglichkeit verhindern, in den betroffenen Regionen nicht nur individual- sondern auch bevölkerungsmedizinisch ein Gebot der Stunde.

Das Robert Koch Institut hat diese Erfordernis bereits am 28.04.03 mit entsprechenden Empfehlungen flankiert, die im Internet verfügbar sind: (http://www.rki.de/INFEKT/GP_PROPHYLAXE.PDF)

Diese Empfehlungen enthalten sowohl Falldefinitionen für die passive und aktive Surveillance als auch Empfehlungen zum Expositionsschutz und zur

Prophylaxe für infektionsgefährdete Personen, ihre Familienangehörigen und das sie eventuell betreuende medizinische Personal in Arztpraxen und Krankenhäusern. Darüber hinaus wurde ein Erhebungsbogen zur Verwendung für die Gesundheitsämter erstellt, mit denen eine unverzügliche Mitteilung eines entsprechenden Krankheitsfalles erfolgen kann. Dieser Bogen kann bei Bedarf bei uns abgerufen werden.



SARS-Statistik – update

In den vergangenen beiden Wochen wurden in Hamburg keine neuen Verdachtsfälle oder wahrscheinliche Fälle von SARS registriert.

Tab.1: SARS-Statistik für Hamburg gemäß WHO-Falldefinition

<u>Kategorie</u>	<u>kumulierte Anzahl bis 15. 5. 2003</u>
Verdachtsfälle (suspected cases)	4
Wahrscheinliche Fälle (probable cases)	0



Übersicht über die aktuellen Meldezahlen in Hamburg

Folgende Abbildungen und die nächste Tabelle zeigen die Zahlen der registrierten meldepflichtigen Infektionskrankheiten und Erregernachweise für die Kalenderwochen 18 und 19 des Jahres 2003 sowie kumulativ für die Wochen 1 bis 19. Nach wie vor ist das Meldeaufkommen insgesamt vergleichsweise niedrig. In der 19. Woche wurde ein weiterer Fall von Dengue-Fieber nach Hamburg importiert, diesmal aus Mittelamerika. Auch hier blieb der Krankheitsverlauf ohne schwere Komplikationen.

Abb. 1: Registrierte Erkrankungen Hamburg 2003, 18. KW (n=92)

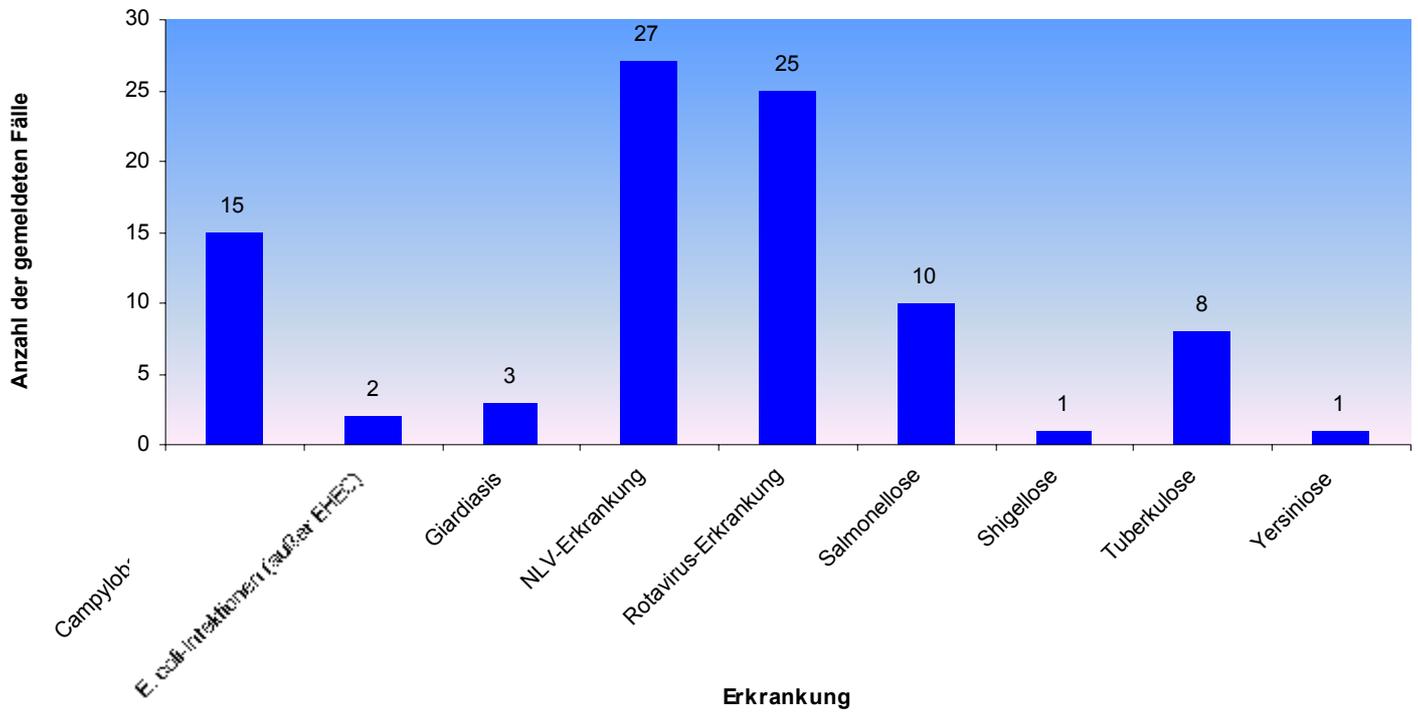


Abb. 2: Registrierte Erkrankungen Hamburg 2003, 19. KW (n = 59)

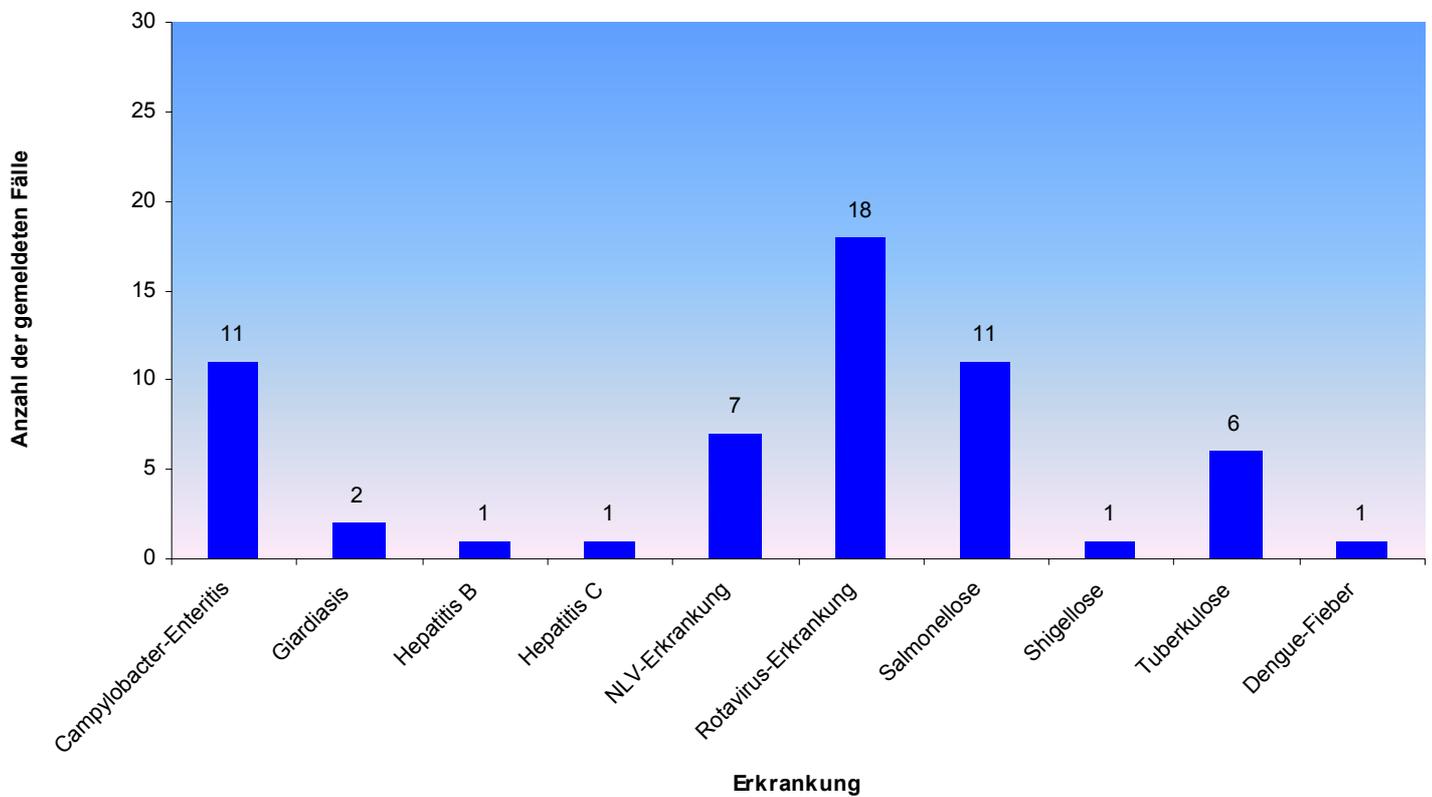
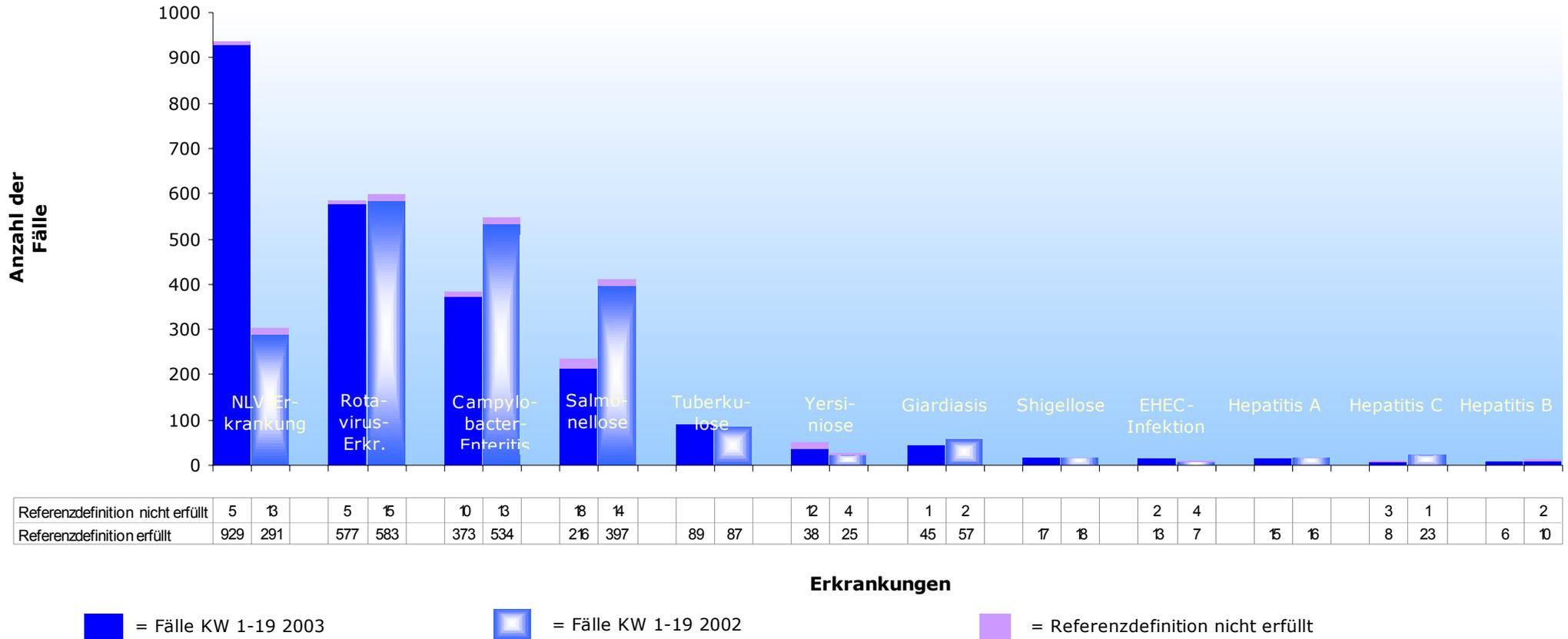


Abb. 3 : Die häufigsten registrierten Infektionskrankheiten in Hamburg KW 1-19 2003 kumulativ (n=2382) mit Vergleichszahlen aus dem Vorjahr (n=2116) - vorläufige Angaben



Tab.2 : Sonstige registrierte Infektionskrankheiten in Hamburg KW 1-19 2003
 kumulativ (n=50) mit Vergleichszahlen aus dem Vorjahr (n=41)
 - vorläufige Angaben -

Meldepflichtige Infektionskrankheiten		
	Anzahl der Fälle KW 1-19 2003	Anzahl der Fälle KW 1-19 2002
Influenza	17	7
Meningokokken-Erkrankung	9	8
E. coli-Infektionen (außer EHEC)	8	9
Dengue-Fieber	4	7
Masern	4	5
Legionellose	3	
Creutzfeld-Jakob-Krankheit	1	
Cryptosporidiose	1	2
Haemophilus influenzae Erkrankung	1	
Paratyphus	1	
Typhus	1	1
Brucellose		1
Listeriose		1