**Zentrum für Impfmedizin
und Infektionsepidemiologie**

Institut für Hygiene und Umwelt
Hamburger Landesinstitut für Lebensmittelsicherheit,
Gesundheitsschutz und Umweltuntersuchungen

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 13 / 2003
27. Juni 2003

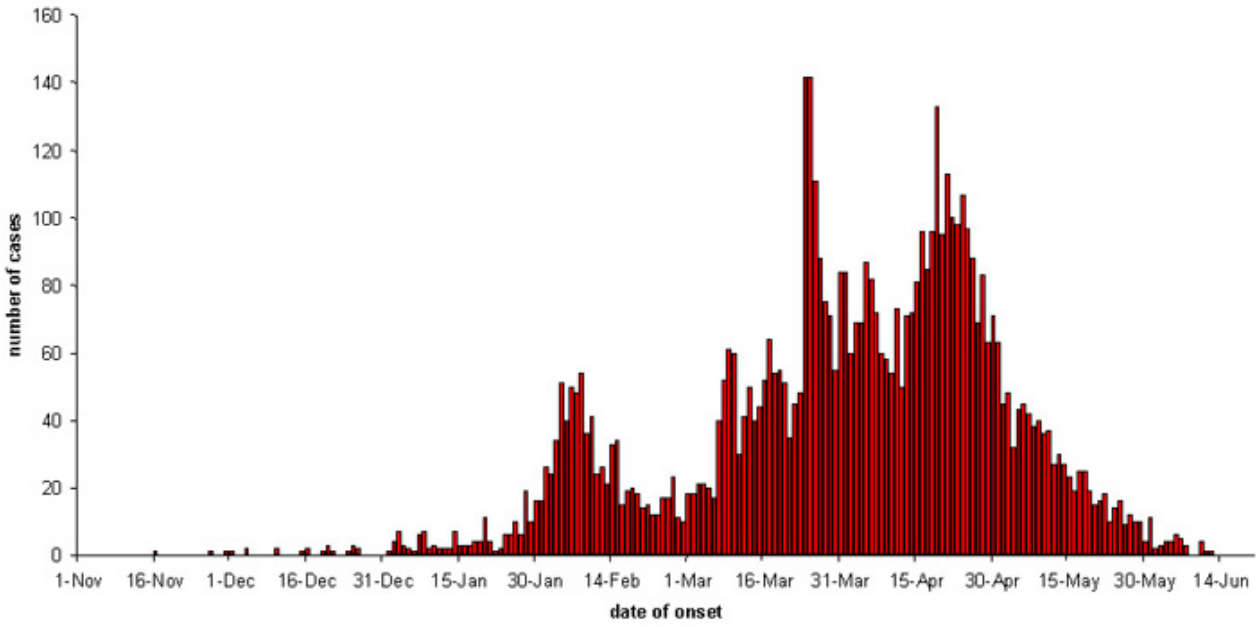
SARS-Epidemie klingt ab: Sieg oder Aufschub?

Im Laufe dieser Woche hat die WHO zwei der ‚hot spots' der Epidemie, Bejing und Hongkong, von der Liste der Regionen entfernt, in denen direkte Ansteckungen und Infektketten innerhalb der Region (local transmission) beobachtet wurden. Zur Zeit (Stand 26. Juni 2003) werden in dieser Liste lediglich noch die Regionen Toronto und Taiwan geführt. Ebenfalls aufgehoben wurden sämtliche Reisewarnungen der WHO. Den Regionen Taiwan und Toronto wird allerdings noch empfohlen, im internationalen Reiseverkehr das Screening abreisender Personen auf SARS-Symptome und deren Abklärung vor der Ausreise fortzusetzen.

Ungeachtet noch einzelner aktueller Verdachtsmeldungen (zuletzt wieder aus Guangdong und aus Japan) legt auch das Epidemie-Diagramm, also die gra-

phische Darstellung der Anzahl der (wahrscheinlichen) Krankheitsfälle zum Datum des Beginns ihrer symptomatischen Erkrankung, die Einschätzung nahe, dass der Höhepunkt der Epidemie überschritten ist und möglicherweise ihr völliges Erlöschen bevorsteht (Abb.1).

Abb.1: **Probable cases of SARS by date of onset (n=5,923*)**
Worldwide, 1 November 2002 - 16 June 2003



* This graph does not include 2537 probable cases (2522 from Beijing), for whom no dates of onset are currently available .
Source: Ministry of Health, China, WHO

Quelle: WHO

Die internationale Staatengemeinschaft hat unter der Führung und Moderation der WHO auf die Herausforderung SARS in der Tat schließlich mit einer in Tempo und Intensität beispiellosen Bündelung und Vernetzung der Kräfte auf den Gebieten klinische Medizin, Diagnostik, Grundlagenforschung, Infektionsepidemiologie und Öffentliches Gesundheitswesen reagiert, die man vor kurzem noch für unrealistische Wunschträume gehalten hätte. Dieser binnen vier Monaten erzielte Erfolg wird bleiben, auch wenn derzeit niemand prognostizieren kann, wie sich die unheilvolle Erstbegegnung des SARS-Erregers mit der Gattung Homo sapiens in Zukunft noch auswirken wird.

Es darf nämlich nicht übersehen werden, dass die Inzidenz der meisten infektiösen respiratorischen Erkrankungen eine ausgeprägte Saisonalität aufweist und aufgrund komplexer Interaktionen zwischen Erreger-, Reservoir- und Wirtseigenschaften und deren Ökologie ‚natürlicherweise' zum Sommer hin abnimmt. Sollte es sich bei der derzeitigen Entwicklung des SARS-Geschehens ebenfalls nur um einen saisonalen Rückzug des Erregers in seine natürlichen Reservoire handeln, müsste man wohl auch mit einem Wiederaufleben der Aktivitäten zum Winterhalbjahr hin rechnen. Besondere Probleme könnten dann entstehen, wenn der SARS-Erreger zur gleichen Zeit wie andere Erreger akuter respiratorischer Erkrankungen wieder zu zirkulieren beginnt und die differentialdiagnostische Abgrenzung und damit die rasche und zuverlässige SARS-Fallfindung bei erhöhter Anzahl von Krankheitsverdächtigen erschwert wird.

‚Lessons learned'

Denn Eines haben die SARS-Ausbrüche gezeigt: das frühzeitige Entdecken von Erkrankungsfällen, ihre rasche Isolation und ein effizientes contact tracing mit situationsadäquaten Quarantänemaßnahmen, also das klassische Instrumentarium der ‚Seuchenhygiene', sind der Schlüssel für eine erfolgreiche lokale Eingrenzung und Eindämmung (containment) eines SARS-Ausbruches. Es kommt darauf an, die Zeitspanne zwischen Beginn der Ansteckungsfähigkeit und dem Beginn der Isolation jedes Erkrankten so kurz wie möglich zu halten, denn nur so lässt sich die Zahl der Kontaktpersonen mit Infektionsrisiko auf Größenordnungen begrenzen, die den Öffentlichen Gesundheitsdienst logistisch nicht völlig überfordern.

Auf dem Scheitelpunkt der Epidemie hat es in Hongkong zeitweise mehr als 100 SARS-Erkrankungen täglich gegeben. Das bedeutet für den Öffentlichen Gesundheitsdienst pro Tag mehr als 100 Sichtungen von Befundunterlagen und Fallklassifizierungen/Risikoeinstufungen, mehr als 100 explorative Fall-Interviews mit akribischer Dokumentation aller infektionsrelevanten Aktivitäten und Kontakte seit Beginn der Ansteckungsfähigkeit, u. U. ein Vielfaches

an Kontaktpersonen-Ermittlung, Beratung, Belehrung und Quarantänisierung, dazu die allgemeine Information von Öffentlichkeit und Medien, die Einführung und Überwachung von Infektionsschutzmaßnahmen im öffentlichen Raum, die Sicherstellung der Isolierungs- und Quarantänisierungslogistik, die Berichterstattung gegenüber Politikern und Entscheidungsträgern u.v.m. – und das womöglich über Wochen und Monate 7 Tage in der Woche.

All das mag verdeutlich, wieso prominente Vertreter der WHO den hauptbetroffenen asiatischen Staaten, welche diese Herausforderung gemeistert haben, derart prononciert Respekt und Anerkennung gezollt haben. Gleichzeitig werden sie nicht müde zu betonen, dass für den Erfolg auch „political commitment at the highest levels", also ein höchstgradiges begleitendes und unterstützendes Engagement der politischen Ebene, maßgebliche Voraussetzung ist.

Vor dem Hintergrund eines möglichen Wiederauflebens von SARS oder von vergleichbaren alten oder neuen epidemischen Geschehen bleibt die Frage, ob auch Staaten wie die Bundesrepublik derartigen Herausforderungen gewachsen wären. Die Antwort kann eigentlich nur lauten: Sicher nicht ohne ‚political commitment' , insbesondere für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, dessen materielle und mentale Verfassung und Funktionstüchtigkeit in dieser Frage entscheidend sein dürften. Nur mit einem starken, gut ausgestatteten und motivierten ÖGD können auch wir SARS oder ähnlichen Phänomenen die Zähne zeigen.

Foto: WHO

Ausbruch von Affenpocken in den USA – update

Die Anzahl der Verdachts- und Erkrankungsfälle in den betroffenen Regionen der USA wird aktuell mit 79 angegeben, bei 29 davon konnte die Diagnose mikrobiologisch bestätigt werden. Die Größenordnung dieser Erkrankungszahlen ist schon seit einiger Zeit relativ konstant, Anzeichen für eine unkontrollierte weitere Ausbreitung sind also nicht erkennbar.

Für die Europäische Union hat das Standing Committee on the Food Chain and Animal Health (SCFCAH) wegen der Affenpocken-Gefahr ein Importverbot für Prärie-Hunde aus den USA und für wildlebende Nagetiere aus afrikanischen Ländern südlich der Sahara ausgesprochen.

In Hamburg dürfen lebende Tiere nur über den Flughafen eingeführt werden. Alle Tiere und Waren tierischer Herkunft werden von Zoll und Tierärzten der Grenzkontrollstelle untersucht. Die in Rede stehenden Tiere und Herkunftsländer waren in den letzten 8 Jahren nicht dabei.

♦

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 24 und 25 des Jahres 2003 sowie kumulativ für die Wochen 1 bis 25.

Abb. 2 : Registrierte Erkrankungen Hamburg 2003, 24. KW (n=76)
- vorläufige Angaben

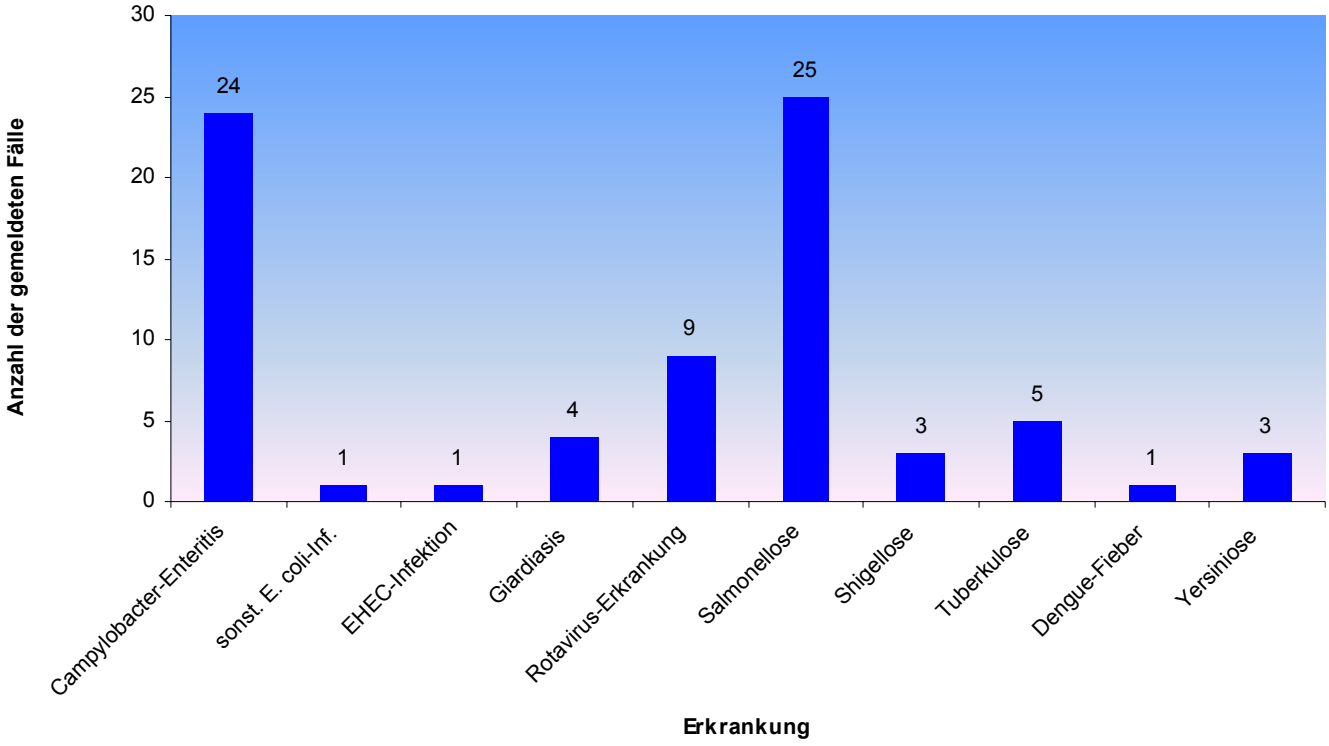


Abb. 3 : Registrierte Erkrankungen Hamburg 2003, 25. KW (n=64)
- vorläufige Angaben

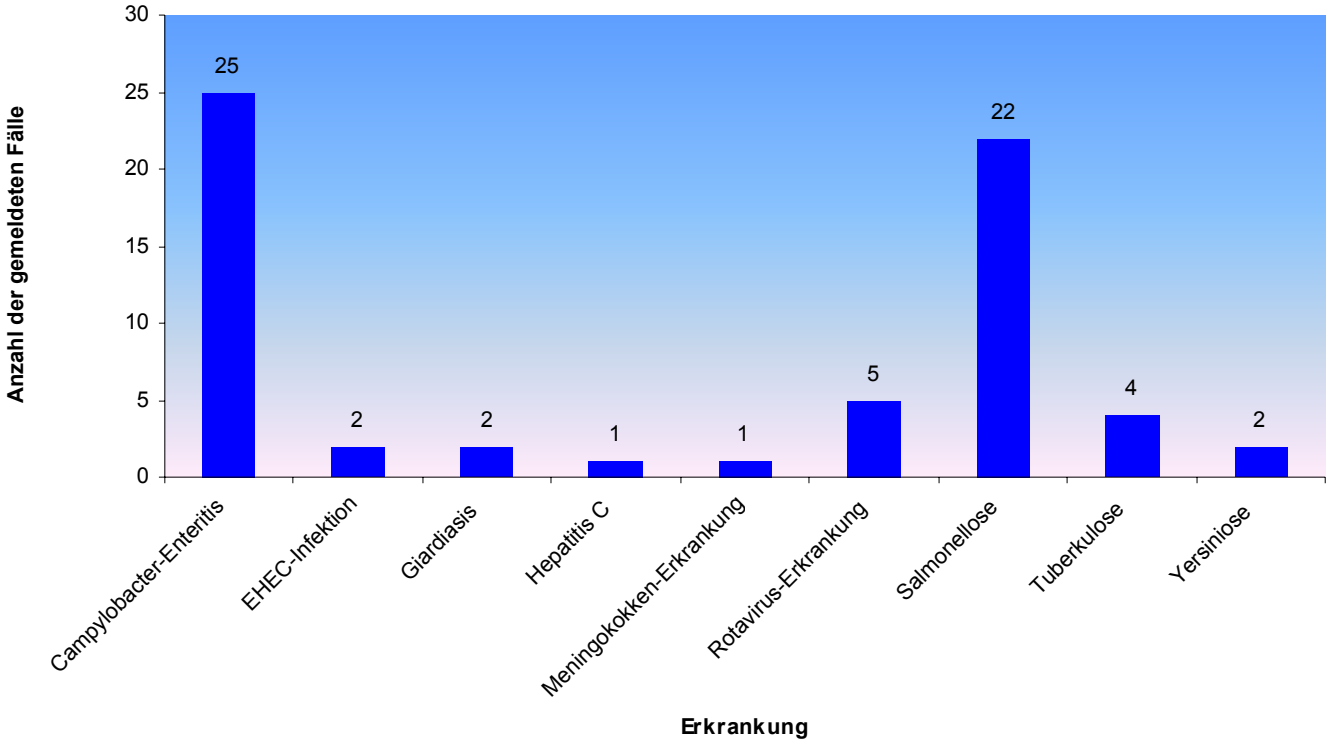
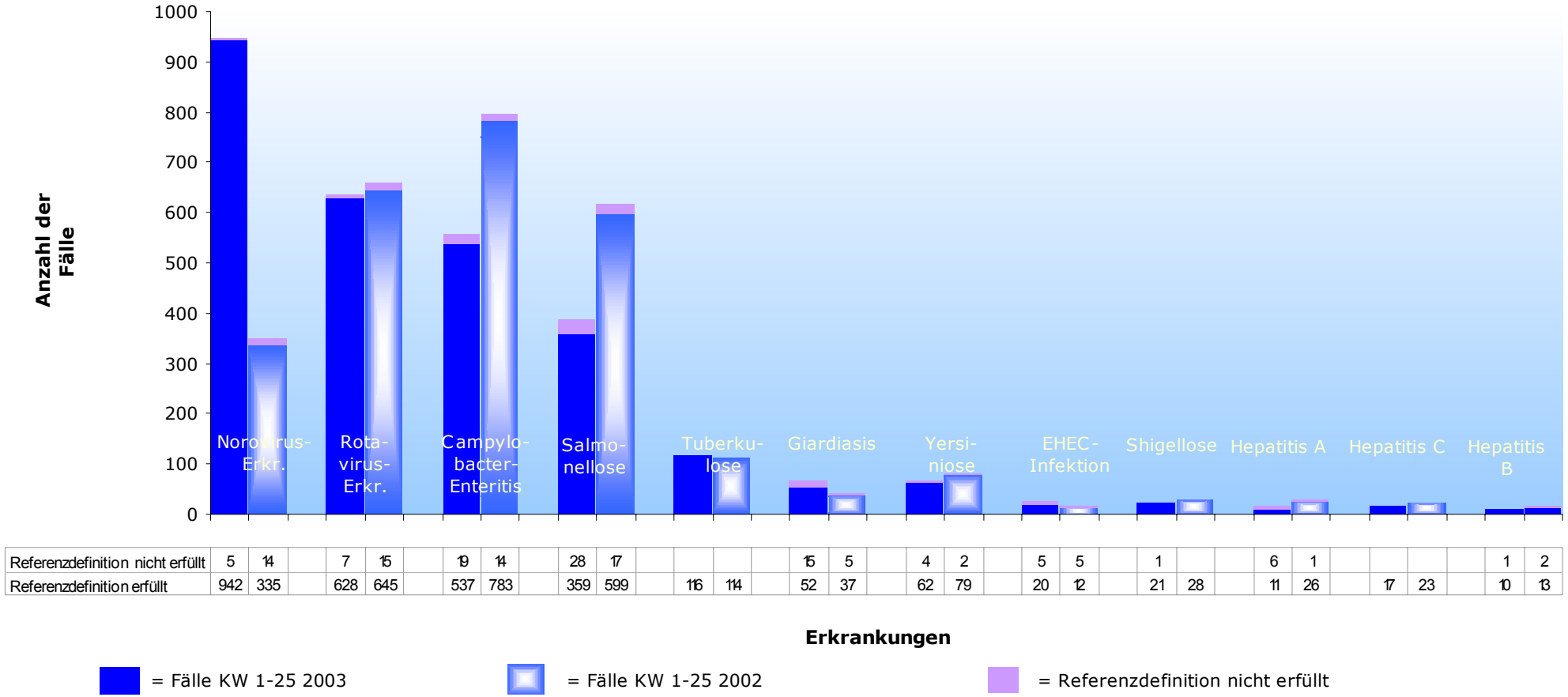


Abb. 4 : Die häufigsten registrierten Infektionskrankheiten in Hamburg KW 1-25 2003 kumulativ (n=2866) mit Vergleichszahlen aus dem Vorjahr (n=2769) - vorläufige Angaben



Referenzdefinition nicht erfüllt	5	14		7	15		19	14		28	17					15	5		4	2		5	5		1			6	1					1	2
Referenzdefinition erfüllt	942	335		628	645		537	783		359	599		116	114		52	37		62	79		20	12		21	28		11	26		17	23		10	13

Tab. 1: Seltene Krankheiten und Meldetatbestände (mit und ohne Erfüllung der Referenzdefinition) in Hamburg KW 1-25 2003 kumulativ (n=93) mit Vergleichszahlen aus dem Vorjahr (n=64) – vorläufige Angaben -

Bezeichnung	Anzahl der Fälle KW 1-25 2003	Anzahl der Fälle KW 1-25 2002
Influenza	18	8
Meningokokken-Erkrankung	12	12
E. coli-Infektionen (außer EHEC)	11	14
Dengue-Fieber	5	11
Masern	4	12
Legionellose	3	1
Paratyphus	2	
Creutzfeld-Jakob-Krankheit	1	
Cryptosporidiose	1	2
Haemophilus influenzae Erkrankung	1	
Typhus	1	1
Listeriose		2
Brucellose		1
Fälle aus ätiologisch nicht gesicherten Häufungen	34	0