



Ausgabe 23/2019, 7. November 2019
Infektionsepidemiologisches Landeszentrum

Kurzbericht über die gemäß der Infektionskrankheiten-Surveillance nach IfSG in Hamburg registrierten Krankheiten und weitere infektionsepidemiologisch relevante Ereignisse

Neues RKI-Rahmenkonzept mit Hinweisen für medizinisches Fachpersonal und den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Deutschland erschienen

Im Vorwort des Konzeptes *Epidemisch bedeutsame Lagen - erkennen, bewerten und gemeinsam erfolgreich bewältigen* wird der Bedarf hierfür wie folgt begründet: „Trotz verbesserter Präventions- und Therapiemöglichkeiten gehören große Ausbrüche von Infektionskrankheiten auch in Deutschland nicht der Vergangenheit an. Sowohl globale Influenzapandemien als auch bundeslandübergreifende Ausbrüche gastrointestinaler Erkrankungen werden durch die immer intensiver werdenden lokalen wie globalen Handels- und Reiseverbindungen erleichtert und beschleunigt. Neben der Weiterentwicklung von Präventions- und Therapieoptionen (wie z. B. Investitionen in Hygiene, Impfungen und Antibiotika) müssen private und staatliche Akteure auch für die Bewältigung epidemisch bedeutsamer Lagen gewappnet sein. Hierfür sind die Kenntnis der vorhandenen Zuständigkeiten und Prozesse sowie ein genaues Verständnis der nötigen Vorbereitungen Voraussetzung.“

Das vorliegende Rahmenkonzept „Epidemisch bedeutsame Lagen - erkennen, bewerten und gemeinsam erfolgreich bewältigen“ enthält, neben der Beschreibung der bestehenden Strukturen und Prozesse, Empfehlungen zum Vorgehen bei solchen Lagen und benennt für zahlreiche Handlungsfelder konkreten Weiterentwicklungsbedarf. Es bildet eine Brücke zwischen den abstrakten Konzepten des allgemeinen Zivil- und Katastrophenschutzes und den zum Teil sehr spezifischen szenariorientierten Plänen des Infektionsschutzes wie dem Influenza-Pandemieplan oder dem Rahmenkonzept Ebolafieber. Die Bewältigung von epidemisch bedeutsamen Lagen kann nur dann schnell und ressourcenschonend gelingen, wenn sowohl staatliche als auch nichtstaatliche Institutionen sowie private Akteure interdisziplinär koordiniert und zielgerichtet zusammenwirken.“

Das vorliegende Rahmenkonzept möchte den verschiedenen Akteuren im Infektionsschutz eine Orientierung zur eigenen Verortung im komplexen Gesamtgefüge geben und ist ab sofort auf der RKI-Webseite unter folgendem Link verfügbar:

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Preparedness_Response/Rahmenkonzept_Epidemische_bedeutsame_Lagen.pdf?blob=publicationFile

Poliomyelitis, WHO vom 24.10.2019

Das Polio-Wildvirus Typ 3 (WPV3) wurde weltweit seit 2012 nicht mehr nachgewiesen. Anlässlich des Weltpoliotages am 24.10.2019 hat die unabhängige Globale Kommission für die Zertifizierung der Poliomyelitis-Eradikation (Global Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication, GCC) das Polio-Wildvirus Typ 3 als ausgerottet erklärt. Das Polio-Wildvirus Typ 2 (WPV2) wurde bereits 2015 offiziell als ausgerottet erklärt.

Das Polio-Wildvirus Typ 1 (WPV1) zirkuliert nur noch in Afghanistan und Pakistan. Auf dem afrikanischen Kontinent wurde seit 2016 kein WPV1 mehr nachgewiesen. Es ist möglich, dass die WHO-Region Afrika Mitte des Jahres 2020 als WPV-frei zertifiziert wird.

Die WHO-Region Europa gilt seit dem Jahr 2002 offiziell als poliofrei. Bei ihrer Sitzung im Jahr 2019 stellte die unabhängige Europäische Regionalkommission für die Zertifizierung der Poliomyelitis-Eradikation (European Regional Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication) aber mit Besorgnis fest, dass in einigen Ländern niedrige Impfquoten bzw. eine unzureichende Surveillance zu beobachten sind. Die WHO arbeitet mit diesen Ländern zusammen, um Impflücken zu identifizieren und diese zu schließen sowie die Surveillance zu verbessern.

Link WHO-Quelle: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/two-out-of-three-wildpoliovirus-strains-eradicated>

West-Nil-Virus-Infektion (Fortschreibung Ausgabe Nr. 18 und 20 aus 2019 des Infekt-Info)

Aktuell zählt das RKI 3 laborbestätigte Fälle von Erkrankungen an West-Nil-Virus (WNV) in Deutschland. Die Fälle traten alle innerhalb des Gebietes auf, in dem im Spätsommer 2018 und erneut 2019 eine intensive Zirkulation von WNV zwischen Mücken und Vögeln auftrat und in dem zahlreiche Vögel und Pferde als WNV-infiziert diagnostiziert wurden. Das Auftreten der Fälle ist nicht unerwartet. Jeder Fall einer neuroinvasiven Infektion steht theoretisch für ca. 100 Infizierte und davon ca. 20 Erkrankte mit meist milden Symptomen.

Besondere Bedeutung kommt autochthonen Fällen von WNV im Hinblick auf Blutsicherheit zu. Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) erarbeitet diesbezüglich derzeit einen Stufenplan. Zudem handelt es sich um eine in Deutschland neue und unter Umständen tödliche Infektionskrankheit. Qualitativ hochwertige Daten zum Auftreten von WNV-Infektionen sind relevant, um im Infektionsschutz Maßnahmen empfehlen zu können. Das RKI wird die Falldefinition hierzu kurzfristig anzupassen und bittet in der Zwischenzeit um Verständnis für die Notwendigkeit von Bestätigungsdiagnostik bei mutmaßlich autochthonen WNV-Fällen.

Eine Bestätigungsdiagnostik ist nach aktuellem Wissenstand nötig:

1. bei aufgrund von WNV-Serologie gemeldeten Personen (erkrankt oder asymptomatisch), bis auf weiteres auch, wenn im engen zeitlichen (Erkrankungsdaten) und räumlichen (Wohn-, ggf.

Arbeitsorte) Zusammenhang bereits laborbestätigten WNV-Erkrankungsfälle beim Menschen bekannt sind (Identifikation von Clustern).

2. bei aufgrund von WNV-PCR-Nachweisen gemeldeten erkrankten Personen (nicht aus der Blutspende) in einem Gebiet ohne bekannte WNV-Zirkulation in Tieren.

3. bei aufgrund von WNV-PCR-Nachweisen gemeldeten asymptomatischen Blutspendern, da es sich dabei in der Vergangenheit häufig um Usutuvirus (USUV)-Infektionen gehandelt hat (die PCR der Blutspendelabore erfasst eine ganze Reihe von Flaviviren, vor allem WNV und USUV).

Nicht unbedingt nötig erscheint eine Bestätigungsdiagnostik:

4. bei aufgrund von WNV-PCR-Nachweisen gemeldeten erkrankten Personen (nicht aus der Blutspende) in einem Gebiet mit bekannter WNV-Zirkulation in Tieren.

Zusätzlich zu mutmaßlich autochthonen WNV-Fällen bittet das RKI außerdem um Bestätigungsdiagnostik, wenn reiseassoziierte WNV-Infektionen, erworben in Regionen ohne bislang bekannte WNV-Zirkulation, gemeldet werden. In Südeuropa reagieren die für Blutsicherheit zuständigen Behörden z. T. aufgrund einzelner solcher Befunde mit Maßnahmen für die entsprechende Region. Dafür müssen diese Befunde gesichert sein. Möglicherweise erhält das RKI im Gegenzug demnächst ähnliche Hinweise für Regionen in Deutschland.

Das RKI bittet zusätzlich zu beachten:

Bei der Übermittlung serologischer Denguefieber-Befunde bei Patienten ohne Reiseanamnese steht in Gebieten mit WNV-Zirkulation im Raum, dass unter Umständen statt eines Denguefiebers ein West-Nil-Fieber vorlag. Da diese Befunde ohne Bestätigungsdiagnostik ohnehin nicht freigeschaltet werden können, bittet das RKI vor allem im Spätsommer/Herbst gleichzeitig auf WNV testen zu lassen.

Diagnostik:

Die nachträgliche Bestätigungsdiagnostik bei Meldefällen ist arbeitsaufwendig. Das RKI bemüht sich, in jedem Einzelfall zu beraten. Das Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin (BNITM) ist bislang jeder Anfrage nach Bestätigungsdiagnostik schnell und umfassend nachgekommen.

Dabei zeigt sich, dass ein neuartiger Ansatz sehr hilfreich in der - auch späten - Bestätigung von WNV-Fällen ist: der Nukleinsäurenachweis aus Urin. Dieser ist vermutlich in der Akutphase der Krankheit nicht verlässlich, jedoch gelingt es damit bei zunächst nur serologisch-positiven Patienten auch z.T. Wochen nach Erkrankungsbeginn noch WNV-Genom nachzuweisen - ein sehr spezifischer Befund. Dies kann durch PCR geschehen, das BNITM schließt aber bei negativem PCR-Befund unter Umständen noch Next-Generation-Sequencing (NGS) an, weil es zumindest gegenüber der dort verwendeten PCR-Methode noch sensitiver ist. Sowohl ein positiver PCR- als auch ein positiver NGS-Befund (bei u. U. negativer PCR) sollten als Nukleinsäurenachweise im

Sinne des labordiagnostischen Nachweises gewertet und so übermittelt werden. Damit gilt der Fall in den Augen von BNITM und RKI als bestätigt und wird freigeschaltet.

Das RKI bemüht sich in Zusammenarbeit mit dem BNITM einen Entscheidungsbaum zur Diagnostik bei Arbovirus-Meldefällen zu erstellen, die einer Bestätigungsdiagnostik bedürfen, und bittet dahingehend um etwas Geduld – es fließen sicherlich auch aktuelle Erfahrungen ein. In der Zwischenzeit steht das RKI gerne zur Verfügung, um die einzelnen Fälle zu besprechen.

Zur Übermittlung:

Das RKI bittet die Gesundheitsämter in jedem Fall zu ermitteln, ob es sich um eine neuroinvasive Erkrankung (vor allem Meningitis, Enzephalitis, Poliomyelitis oder GBS) handelt. Dies ist für die Gefährdungsabschätzung relevant, denn hinter jeder neuroinvasiven Erkrankung stehen ca. 20 leichtere Erkrankungen, die kaum diagnostizierbar sind, und weitere 80 Infektionen, die für die Blutsicherheit relevant sind.

Das RKI seinerseits hat dem ECDC zugesagt, ab 2019 WNV beim Menschen zeitnah zu übermitteln. Für die „Übersetzung“ der deutschen Fälle in die Kategorien der europäischen Falldefinition sind die Labornachweismethoden und das Krankheitsbild von Relevanz.

Link zu „West-Nil-Fieber im Überblick“ (aktualisiert):

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/W/WestNilFieber/West-Nil-Fieber_Ueberblick.html

Übersicht der aktuellen Meldezahlen in Hamburg

Die folgenden Abbildungen 1 und 2 zeigen die Zahlen der registrierten meldepflichtigen Infektionskrankheiten und Erregernachweise für die Kalenderwochen (KW) 43 und 44 des Jahres 2019.

Die vier in der 43. KW gemeldeten Dengue-Fieber-Fälle betreffen Personen im Alter von 26 bis 61 Jahren. Nach Befragung der Personen wurden die Aufenthaltsorte Tansania, Thailand und die Malediven angegeben.

Die Legionellose in der 43. KW beruht auf einer Labormeldung bei der die Erregerspezies *Legionella pneumophila* nachgewiesen wurde. Die erkrankte 61-jährige Person gab an, sich im Infektionszeitraum in Hamburg aufgehalten zu haben und mit einer Lungenentzündung stationär im Krankenhaus behandelt worden zu sein.

Für die beiden Labormeldungen zu einem Denguefieber und einem Hantavirus-Fall aus KW 44 bei einer 60-jährigen Person (DENV) und einer 27-jährigen Person (HTV) liegen uns zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch keine Informationen zu den Expositionsorten vor - hier ermitteln die zuständigen Gesundheitsämter noch. Die Legionellose aus derselben Woche ist ebenfalls von einem Labor gemeldet worden. Die betroffene Person ist 55 Jahre alt und war mit einer Lungenentzündung hospitalisiert.

Abb. 1: Registrierte Erkrankungen in Hamburg 2019 (mit und ohne erfüllter Referenzdefinition), 43. KW (n=163) – vorläufige Angaben

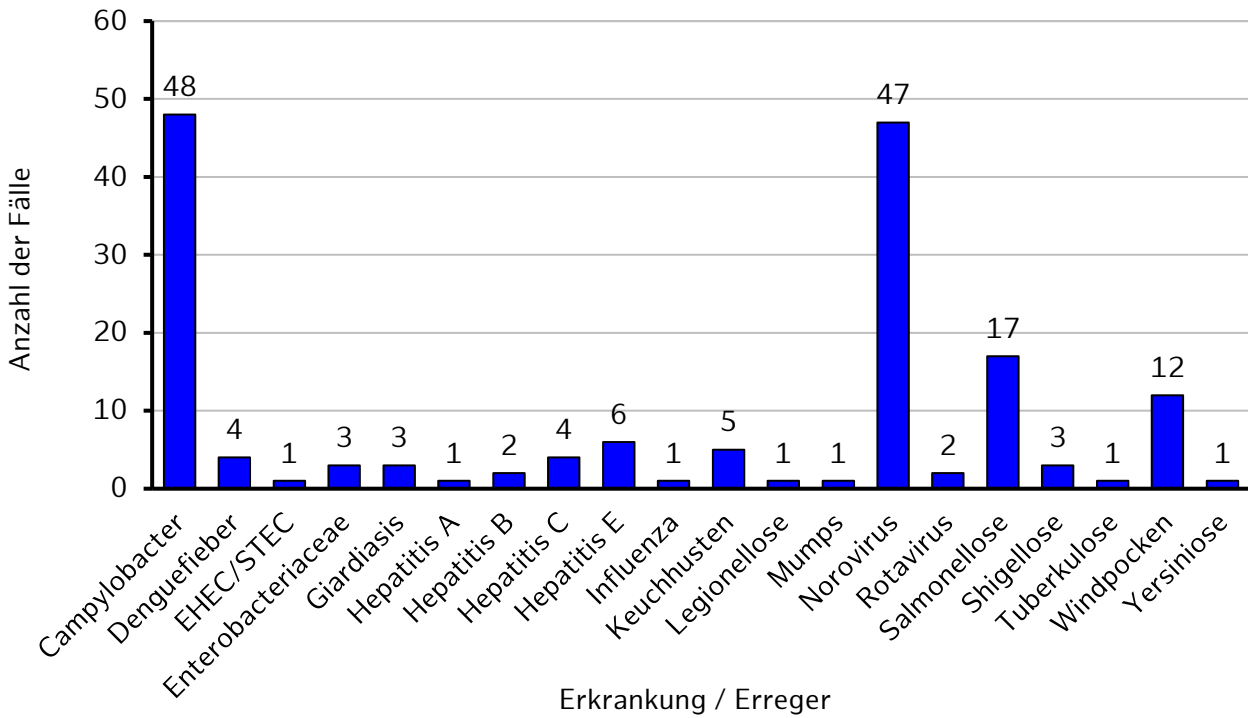
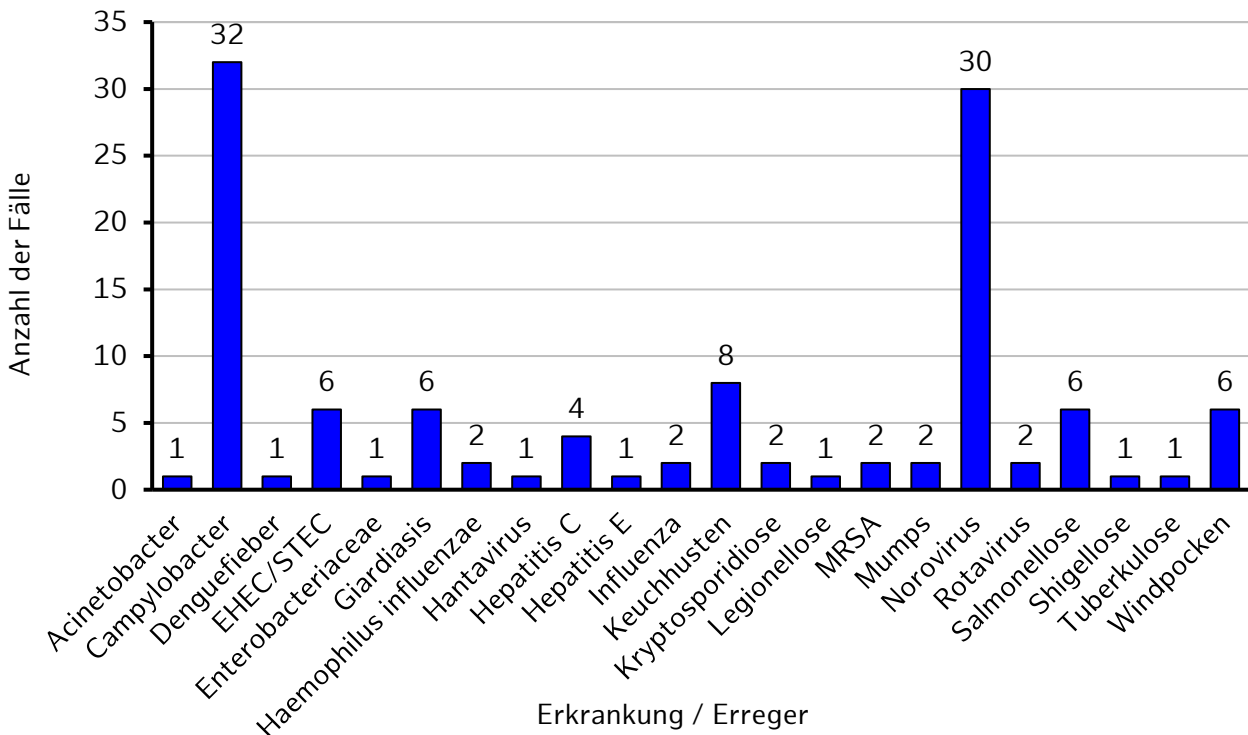


Abb. 2: Registrierte Erkrankungen in Hamburg 2019 (mit und ohne erfüllter Referenzdefinition), 44. KW (n=118) – vorläufige Angaben



In der folgenden Tabelle 1 sind die Zahlen der registrierten meldepflichtigen Infektionskrankheiten und Erregernachweise mit erfüllter Referenzdefinition für die erste bis vierundvierzigste Kalenderwoche des Jahres 2019 im Vergleich zum Vorjahr zusammengefasst.

Tab. 1: Anzahl in Hamburg registrierter Infektionskrankheiten mit erfüllter Referenzdefinition⁺, Kalenderwoche 1 bis 44 / 2019 (n=10289) mit Vergleichszahlen aus dem entsprechenden Vorjahreszeitraum (n=15039) – vorläufige Angaben.

<i>Krankheit / Erreger</i>	<i>Anzahl der Fälle</i>	
	<i>2019 KW 1-44</i>	<i>2018 KW 1-44</i>
Influenzavirus	4412	9375
Campylobacter-Infektion	1496	1481
Rotavirus-Infektion	1181	688
Norovirus-Infektion	1105	1422
Windpocken	429	359
Salmonellose	279	288
Keuchhusten	256	309
Tuberkulose	176	155
Giardiasis	161	144
Hepatitis C	118	121
Enterobacteriaceae	101	120
Shigellose	55	51
Hepatitis E	52	39
Hepatitis B	50	57
Kryptosporidiose	43	63
Denguefieber	42	19
EHEC/STEC	40	47
Yersiniose	39	30
Hepatitis A	33	21
Acinetobacter	32	36
MRSA	28	45
Adenovirus-Konjunktivitis	22	32
<i>Haemophilus influenzae</i> -Infektion	21	7
<i>Clostridium difficile</i> -Infektion	20	36
Masern	17	14
Legionellose	16	18
Listeriose	12	13
Mumps	12	10
Meningokokken-Erkrankung	11	13
Leptospirose	8	3
Chikungunya-Fieber	5	1
Paratyphus	4	2
Hepatitis D	2	7
Typhus	2	2
Hantavirus-Infektion	2	2
Hämolytisch-urämisches Syndrom	2	2
Q-Fieber	1	3
Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung	1	1
Trichinellose	1	0
Zikavirus-Infektion	1	0
Arbovirus-Infektion	1	0
Diphtherie	0	2
Frühsommer-Meningoenzephalitis	0	1

+ Fälle mit Einzelfallkontrolle durch das RKI erscheinen erst nach einigen Wochen in der kumulierten Tabelle.

Impressum

Herausgeber: Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
Institut für Hygiene und Umwelt
Infektionsepidemiologisches Landeszentrum
Marckmannstraße 129a
20539 Hamburg
Tel.: 040 428 45-7961
www.hamburg.de/bgv/epidemiologie

Redaktion: Dr. Anita Plenge-Bönig, MPH,
Stefan Schneider

Nachdruck mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu gewerblichen Zwecken.