



Epidemiologisches Bulletin

19. Januar 2001 / Nr. 3

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Mitteilung der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung von Viruskrankheiten: Empfehlungen zur Verhütung der Übertragung von Hepatitis-C-Virus durch infiziertes Personal im Gesundheitsdienst

Bei den Beschäftigten im Gesundheitsdienst besteht bezüglich der Grundsätze der Prävention gerade bei den HCV-Infektionen ein erheblicher Informations- und Regelungsbedarf. Es gibt verbreitet Erkenntnis- und Wissenslücken, zudem fehlen bei dieser Infektion eine Immunprophylaxe und eine ausreichende Therapie. Aus dem RKI waren aufgrund vieler Anfragen schon 1999 in einer ersten Stellungnahme Empfehlungen zur Verhütung von HCV-Übertragungen durch infiziertes Personal im Gesundheitsdienst publiziert worden.¹ Inzwischen hat der Ausschuss für Arbeit, Hygiene und Infektionsschutz der DVV diese Problematik in dankenswerter Weise weiter bearbeitet und jetzt – wie angekündigt – seine Empfehlungen vorgelegt. Diese werden seitens des Robert Koch-Instituts sehr begrüßt, weil eine gute Übereinstimmung mit den bisherigen Überlegungen besteht und einheitliche Positionen unter deutschen Fachleuten dokumentiert sind. Hier die Empfehlungen der DVV:

Im Gesundheitsdienst Tätige sind einem aufgabenspezifischen HBV-, HCV- und HIV-Risiko ausgesetzt. Dabei ist das HBV-Infektionsrisiko sowohl für die Übertragung des Erregers vom Patienten auf den Mitarbeiter als auch vom Mitarbeiter auf den Patienten am höchsten. Auf der anderen Seite ist aber auch die Übertragung des Hepatitis-C-Virus vom infektiösen Beschäftigten im Gesundheitsdienst auf Patienten in der international zugänglichen Fachliteratur gut dokumentiert worden.²⁻⁸ Auf Grund der bislang bekannt gewordenen Umstände der entsprechenden Infektionen und unter Berücksichtigung der vor allem im angelsächsischen Raum üblichen Verfahrensweisen gibt die Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten die nachfolgenden Empfehlungen, die in erster Linie für operativ/invasiv tätiges ärztliches Personal und für zahnärztlich Beschäftigte gelten. Zur Verhinderung der Übertragung von HCV auf Patienten bzw. der Infektion von Mitarbeitern durch Patienten sind folgende Maßnahmen notwendig:

- ▶ kontinuierliche arbeitsmedizinische Betreuung einschließlich Überprüfung des HCV-Serostatus bei Medizin- und Zahnmedizinstudenten und allen übrigen Mitarbeitern gemäß § 15 BiostoffV und G 42,
- ▶ regelmäßige Unterweisung des Personals, insbesondere im Hinblick auf die konsequente Durchführung der erforderlichen Hygiene- und Vorsichtsmaßnahmen, z. B.
 - das Tragen doppelter Handschuhe (z. B. mit Indikator) bei operativen/invasiven Eingriffen,
 - die Verwendung ›sicherer‹ Instrumente (z. B. Verwendung von *blunt needles* u. ä.), bei denen das Risiko einer Verletzung durch die Berücksichtigung der Sicherheitstechnik in der Konstruktion minimiert wird,
 - den Gebrauch von Schutzkleidung, Schutzbrille, Maske und Visier (BGV C8, § 7 BiostoffV),

Diese Woche

3/2001

Hepatitis C:

Prävention im Gesundheitsdienst
– Empfehlungen der DVV

EHEC-Infektionen/Salmonella-Infektionen:

Laborgestützte Sentinel-Surveillance innerhalb eines Forschungsnetzwerkes

ARE/Influenza:

Aktuelle Situation

Infektionsschutzgesetz:

Antwort auf Fragen



- die Verwendung adäquater Gefäße zur Entsorgung von infektiösem Material und infektiösen Gegenständen (z. B. Kanülenabwurfbehälter),
 - eine nach sicherheitstechnischen Grundsätzen ausgerichtete Arbeitsorganisation,
 - die Meldung einer jeden Verletzung mit Infektionsrisiko an die zuständige Stelle (v. a. Betriebsarzt),
- ▶ das schnelle Umsetzen neuer Erkenntnisse zur Reduzierung des Infektionsrisikos für Patienten wie für Personal,
- ▶ besondere Vorsichtsmaßnahmen bei Tätigkeiten mit erhöhter Übertragungsgefahr (verletzungsträchtige Tätigkeiten), wie z. B.
- Operationen in beengtem Operationsfeld,
 - Operieren mit unterbrochener Sichtkontrolle,
 - Operationen mit langer Dauer,
 - Operationen, bei denen mit den Fingern/Händen in der Nähe scharfer/spitzer Instrumente gearbeitet wird,
 - Operationen mit manueller Führung bzw. Tasten der Nadel,
 - Verschluss der Sternotomie
- und vergleichbare verletzungsträchtige Tätigkeiten.

Zu Tätigkeiten mit erhöhter Übertragungsgefahr sollten nur HCV-RNA-negative Personen herangezogen werden. HCV-RNA-positive Personen sind akut oder chronisch mit HCV infiziert. Ihr Blut bzw. Serum muss als potenziell infektiös angesehen werden. Der Grad der Infektiosität kann in weiten Bereichen schwanken.

Die Bestimmung der HCV-RNA sollte mit einem Nukleinsäureamplifikationsverfahren mit angemessener Empfindlichkeit (untere Nachweisgrenze von wenigstens 1.000 Kopien/ml) durchgeführt werden. Dabei ist zu beachten, dass die HCV-RNA-Konzentration bei chronischen HCV-Trägern deutlich fluktuieren kann. Um eine verlässlichere Aussage zu erhalten, sollte bei Anti-HCV-positiven Personen eine HCV-RNA-Bestimmung wenigstens dreimal im Abstand von zwei bis drei Monaten durchgeführt werden. Das gilt insbesondere auch für die Personen, bei denen der erste Test negativ ausfiel.

Die bei Tätigkeiten mit erhöhter Übertragungsgefahr zu treffenden Maßnahmen sollten durch ein Gremium vor Ort definiert und überwacht werden, das auch zur Einsatzmöglichkeit der HCV-infizierten Person Stellung nimmt. Diesem Gremium sollten beispielsweise angehören:

- der Krankenhaushygieniker,
- der Betriebsarzt,
- die Fachkraft für Arbeitssicherheit
- ein Infektiologe, medizinischer Mikrobiologe oder klinischer Virologe
- der behandelnde Arzt des Betroffenen und
- ein Arzt des ÖGD sowie
- ein Vertreter des Arbeitgebers/der ärztlichen oder ggf. der Pflegedienstleitung.

Außerhalb der stationären Versorgung kann die Einsatzmöglichkeit einer HCV-infizierten Person durch eine Kommission bei der Landesärztekammer oder im Rahmen der Ermittlungspflicht durch die Gesundheitsbehörde festgelegt werden. In Zweifelsfällen kann der Ausschuss ›Arbeit, Hygiene und Infektionsschutz‹ der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (Anschrift des Vorsitzenden Prof. Dr. Dr. F. Hofmann s. u.) eingeschaltet werden.

Zum Schutz von Patienten bzw. ihres Umfelds sind Rückverfolgungsuntersuchungen (*look back*) bei den Patienten in Erwägung zu ziehen, die von potenziellen HCV-Überträgern invasiv behandelt worden sind. In allen Fällen eines bekannt gewordenen HCV-Infektionsrisikos für Patienten empfiehlt es sich, das zuständige Gesundheitsamt zu informieren.

Die Verantwortung für die konsequente Umsetzung aktueller Erkenntnisse über sichere Arbeitsmethoden und Maßnahmen zur Verhütung nosokomialer Infektionen obliegt dem Arbeitgeber bzw. der ärztlichen Leitung einer Einrichtung. Jeder Beschäftigte muss sich jedoch entsprechend der ihm bekannten Regeln und Vereinbarungen verhalten.

Wichtig sind die regelmäßige Verlaufskontrolle und die adäquate Beratung des Betroffenen über moderne Methoden der Hepatitis-C-Therapie einschließlich der etwaigen Einleitung von Behandlungsmaßnahmen zur Therapie der chronischen HCV-Infektion.

Literatur

1. RKI: Zur Verhütung von Hepatitis-C-Infektionen im Gesundheitsdienst. *Epid Bull* 35/99: 261–262
2. Esteban JI, Gomez J, Martell M, et al.: Transmission of hepatitis C virus by a cardiac surgeon. *N Engl J Med* 1996; 334: 555–560
3. Duckworth GJ, Heptonstall J & Aitken C: Transmission of hepatitis C virus from a surgeon to a patient. *Communicable Disease and Public Health* 1999; 2: 188–192
4. Brown P: Surgeon infects patients with hepatitis C. *British Medical Journal* 1999; 319: 1219
5. UK Department of Health: 4,5000 patients notified of potential exposure to infection. *Press Release*, 30th March 2000
6. Garfein RS, Cody S, Nainan OV, et al.: Provider-to-patient hepatitis C virus (HCV) transmission from an HCV-infected anaesthesiologist. *Antiviral Therapy* 2000; 5 (Supplement 1): 58
7. Ross RS, Viazov SO, Gross T, Hofmann F & Roggendorf M: Molecular epidemiological studies of hepatitis C virus transmission: a unique case of hospital infections caused by a viremic member of medical staff. *Antiviral Therapy* 2000; 5 (Supplement 1): 59
8. Bosch X: Newspaper apports blame in Spanish hepatitis scandal. *Lancet* 2000; 355: 818

Wir danken der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (Präsident: Prof. Dr. med. H.W. Doerr) und Herrn Prof. Dr. Dr. F. Hofmann, Vorsitzender des Ausschusses ›Arbeit, Hygiene und Infektionsschutz‹ der DVV für die Übersendung dieser Empfehlungen, die hier erstmalig publiziert werden und nachfolgenden in weiteren Zeitschriften veröffentlicht werden sollen. An der unmittelbaren Erarbeitung der Empfehlungen waren beteiligt: W.H. Gerlich, F. Hofmann, W. Jilg, N. Kralj, J. Leidel, Frau H. Martiny, H. Rabenau, S. Ross.

Die DVV und das RKI stehen für **Hinweise oder Anfragen** zu dieser Problematik zur Verfügung. Anfragen, die sich direkt auf die vorstehenden Empfehlungen beziehen, bitte an:

Herrn Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. F. Hofmann
Bergische Universität Wuppertal
FB 14 / Lehrstuhl für Arbeitsphysiologie, Arbeitsmedizin
und Infektionsschutz
Gaußstraße 20, 42097 Wuppertal
Tel.: 02 02 . 439–20 69, Fax: 02 02 . 439–20 68

Forschungsnetzwerk ›Lebensmittelinfektionen in Deutschland‹:

Teilprojekt ›Laborgestützte Sentinel-Surveillance von EHEC- und Salmonellen-Infektionen‹

In der Ausgabe 1/2000 des *Epidemiologischen Bulletins* wurde das BMBF-Forschungsnetzwerk ›Lebensmittelinfektionen in Deutschland‹ insgesamt vorgestellt. In einer Reihe von Beiträgen wird jetzt über die einzelnen Teilprojekte und erste Ergebnisse berichtet. Der erste Beitrag in dieser Reihe bezieht sich auf die laborgestützte Sentinel-Surveillance von EHEC- und Salmonelleninfektionen. Dieses Projekt wird von den Leitern des Nationalen Referenzzentrums (NRZ) für Salmonellen und andere bakterielle Enteritiserreger, Herrn Prof. Dr. H. Tschäpe (Standort Wernigerode) und Herrn Prof. Dr. J. Bockemühl (Standort Hamburg) geleitet.

Möglichkeiten und Ziele des Projektes

85 % der in Deutschland festgestellten Gastroenteritis-Erreger werden von Laborärzten in privater Niederlassung primär erfasst. Daher ist ein Netzwerk aus vielen Privatlaboratorien, deren Untersuchungsergebnisse zusammengeführt werden, ein guter Indikator für das aktuelle Infektionsgeschehen im Bundesgebiet und kann die passive Surveillance (›Überwachung‹) durch das Meldewesen sinnvoll ergänzen. Aus den freiwillig teilnehmenden Laboratorien wird neben der Meldung an das zuständige Gesundheitsamt (gemäß § 8 Abs. 1, Ziff. 2 IfSG) zusätzlich der isolierte Erreger des Patienten bzw. ein Teil der Probe an das NRZ gesendet. Dort wird die Serogruppe des Erregers bestimmt, er wird ggf. mit weiteren Untersuchungsmethoden feintypisiert, die Resistenz gegenüber Antibiotika wird ermittelt und es werden die Toxingene mittels PCR nachgewiesen.

Sowohl die bundesweite Verteilung der Labore, die den EHEC-Erreger nachweisen und isolieren, als auch die Feintypisierung der Stämme ermöglichen es weit besser als bisher in Deutschland, überörtlich und überregional gestreute Infektionen zu erkennen (›diffuse‹ Ausbrüche). Diese präsentieren sich bekanntlich – trotz u. U. hoher Gesamt-erkrankungszahlen – in einzelnen Kreisen oft nur als sporadische Einzelinfektionen, so dass ein epidemiologischer Zusammenhang (Ausbruch) im Rahmen der Infektionsüberwachung durch das Gesundheitsamt nicht immer erkannt wird.

Durch die im NRZ erfolgenden Feinuntersuchungen der eingesandten Proben bzw. Isolate können auch Aussagen zum Erregerwandel und -wechsel, zur Antibiotikaresistenzentwicklung und zur klonalen Persistenz von EHEC- und Salmonella-Stämmen getroffen werden. Im Rahmen dieses Projektes ist auch vorgesehen, die Diagnostik von EHEC-Bakterien unter Praxisbedingungen unter fachlichen, zeitlichen und finanziellen Gesichtspunkten zu verbessern – insbesondere auch, um die niedergelassenen Laborärzte in die Lage zu versetzen, sich an den nach dem IfSG vorgeschriebenen Meldungen beteiligen zu können. In der ersten Förderphase des Projektes beschränkt sich das Projekt auf EHEC und Salmonellen mit einem Schwerpunkt auf erstgenanntem Erreger.

Die Bedeutung von shigatoxinogenen *E. coli* geht u. a. aus einer 1997 durchgeführten Sentinel-Studie¹ über das Vorkommen von EHEC-Bakterien als Erreger von Gastroenteritiden hervor, in der bei etwa 3 % der Durchfallerkrankungen EHEC-Bakterien als Erreger nachgewiesen wurden.

Legt man diese Größenordnung zugrunde, müsste man bundesweit mit rund 10.000 Fällen pro Jahr rechnen (das wären mindestens 10-mal mehr, als z. B. für das Jahr 1999 auf dem Meldeweg erfasst wurden). Daher ist es das Ziel, ein derartiges Labor-Sentinel modellhaft für EHEC und Salmonellen bundesweit zu etablieren. Dadurch können insbesondere epidemische Geschehen, die sich aus verstreuten Einzelinfektionen zusammensetzen, zeitnah entdeckt werden, und die Infektionsquelle kann durch Ausbruchuntersuchungen identifiziert werden.

Zur bisherigen Realisierung

79 niedergelassene Laborärzte aus dem gesamten Bundesgebiet haben ihre Bereitschaft zur Teilnahme am Labornetzwerk erklärt und nahmen im Laufe des Jahres 2000 aktiv am Screening und an der Isolierung von EHEC-Bakterien bei Gastroenteritiden teil. In Kürze können auf dieser Basis gewonnene erste Aussagen zur Inzidenz von EHEC-Infektionen in Deutschland getroffen werden. Für die **Hansestadt Hamburg** ist es zusätzlich möglich, populationsbezogene Daten aus dem urbanen Bereich zu gewinnen. Die wichtigsten Laboratorien der Stadt nehmen in enger Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern an der Studie teil. So lassen sich für eine städtische Bevölkerung Aussagen zur Serogruppenverteilung und zur Inzidenz treffen.

EHEC-Erreger werden mit den traditionellen mikrobiologischen Methoden diagnostisch nicht erfasst. In der Literatur wurden zahlreiche, zum Teil sich auch widersprechende Verfahren bekannt gemacht, so dass sich unterschiedliche Verfahren nebeneinander im Einsatz befinden. Für die EHEC-Sentinel-Surveillance wurde im NRZ für Salmonellen und andere Enteritiserreger ein **3-Stufen-Verfahren** zur Erfassung und Diagnostik von EHEC-Infektionen entwickelt² und den teilnehmenden Laboratorien zur Erprobung übergeben. Nach Abschluss einer etwa halbjährigen Erprobungszeit wird es die Grundlage der Erfassung von EHEC-Infektionen im Rahmen des Netzwerkes sein. Dieses 3-Stufen-Verfahren schafft die Möglichkeit, relativ schnell (in der Regel innerhalb eines Tages) mit Hilfe kommerziell erhältlicher ELISA grundsätzliche Informationen über die Anwesenheit bzw. Abwesenheit von Shigatoxinbildenden Bakterien zu erhalten. Falls auf dieser Stufe ein positives Ergebnis vorliegt, können der behandelnde Arzt und das Gesundheitsamt (Einleitung weiterer Schritte!) bereits informiert werden. Parallel dazu wird die mikrobiologische Diagnostik fortgesetzt (Isolierung und Charakterisierung des Erregers entsprechend der Falldefinition) und ggf. in einem Speziallabor weitergeführt.

Um nicht alle Durchfallstühle in die kostenaufwendige Diagnostik von EHEC einzubeziehen, wurde den teilnehmenden Laboratorien eine entsprechende Indikationsliste zur Weiterleitung an ihre einsendenden Ärzte übergeben. Die Liste der Indikationen zur mikrobiologischen Untersuchung auf EHEC ist kürzlich auch im *Deutschen Ärzteblatt* publiziert worden.³

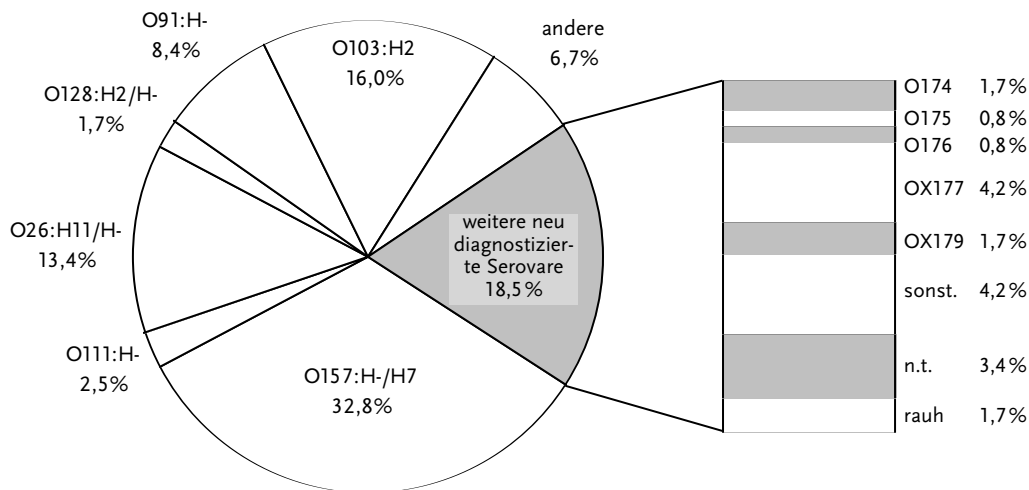


Abb. 1: Verteilung der EHEC-Serovare 1999 (N = 119), NRZ für Salmonellen u. a. Enteritiserreger (Standort RKI, Wernigerode)

Für die Sentinel-Surveillance von Salmonellen ist im Auftrag des NRZ das Labor von Dr. Dr. Wagner, Göttingen, als Sentinel-Überwachungsstelle tätig.

Erste Ergebnisse und deren Bewertung

Durch die Etablierung des Labor-Sentinels konnte im März/April 2000 erstmalig ein diffuser Ausbruch durch E.coli O:26:H11/H-, dessen Infektionen sich über drei Bundesländer verteilten, in Deutschland erkannt und anschließend vom RKI in Zusammenarbeit mit den zuständigen Landesbehörden, den Gesundheits- und Veterinärämtern untersucht werden (Bericht im *Epid. Bull.* folgt).

In der Rangliste der häufigsten EHEC-Serogruppen steht O157 zwar an erster Stelle, jedoch folgen O26, O103, O91 und andere mit geringem Abstand. Auffällig ist auch der mit rund 20 % relativ hohe Anteil bisher nicht nachgewiesener Serogruppen wie z. B. O174, O175, O179. Diese neuen Serogruppen konnten jetzt durch Verbesserungen in der Serotypie festgestellt werden (Abb. 1)

In der Hansestadt Hamburg zählten im Jahre 1999 die Typen O91 und O128 zu den häufigsten Serogruppen, gefolgt von O103 und O146 und weiteren sieben Serogruppen. Der Serovar O157 trat in diesem Jahr in der städtischen Bevölkerung nicht als Enteritiserreger auf (Abb. 2).

Mit der verbesserten Diagnostik und der daraus resultierenden Isolierung von Shigatoxin-bildenden E.coli gelangen sehr viel mehr EHEC-Bakterien zur Serotypie an das Nationale Referenzzentrum für Salmonellen und andere Enteritiserreger. Es wurden verbesserte, standardisierte und schnellere Verfahren zur Serotypie von EHEC eingeführt und die klassische Objektträgeragglutination durch die Mikrotiteragglutination ersetzt. Das Ablesen der Reaktionen erfolgt EDV-gestützt und ermöglicht eine schnelle Zuordnung der Stämme. Ein solches Mikrotiterverfahren ist seit vielen Jahren bereits für die Serotypie von Salmonellen üblich.

Die Sentinel-Surveillance von Salmonellen ergab die nach wie vor hohe Inzidenz von Salmonella Enteritidis PT4, gefolgt von Salmonella Typhimurium DT104 ohne größere Veränderungen im Vergleich zu den Vorjahren.

Das breite Spektrum von EHEC-Stämmen weist auf ein weitgefächertes Vorkommen von shigatoxinogenen Bakterien hin, denen die Bevölkerung in Deutschland ausgesetzt ist. Die vorläufigen Ergebnisse des Labor-Sentinels unterstreichen die Ergebnisse der Meldedaten.⁴ Demnach ist auffällig, dass in Deutschland die virulente Serogruppe O157 nur ungefähr ein Drittel aller EHEC-Infektionen ausmacht und somit anteilig eine deutlich geringere Rolle spielt als in anderen Ländern, wie z. B. den USA, Kanada, Großbritannien und Japan.

Das breite Spektrum von Virulenzmustern unter Shigatoxin-bildenden Bakterien ist anscheinend auch mitverantwortlich für die Vielzahl klinischer Bilder bei EHEC-Infizierten. Die Folgen der Infektion reichen von asymptomatischen Verläufen oder milden Durchfällen bis hin zu schweren, blutigen Durchfällen (hämorrhagische Colitiden) und Komplikationen (darunter vor allem das hämolytisch-urämische Syndrom – HUS – und die thrombotisch-thrombozytopenische Purpura – TTP). Die Frage, ob alle Shigatoxin-bildenden Bakterien auch potenzielle HUS-Erreger sind oder ob bestimmte weitere Merkmale Unterschiede zwischen hochpathogenen und weniger pathogenen Erregern erkennen lassen, ist offen

Das diesem Beitrag zugrunde liegende Vorhaben wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung im Rahmen der infektiösepidemiologischen Forschungsnetzwerke unter dem Förderkennzeichen 01K19901 unterstützt.

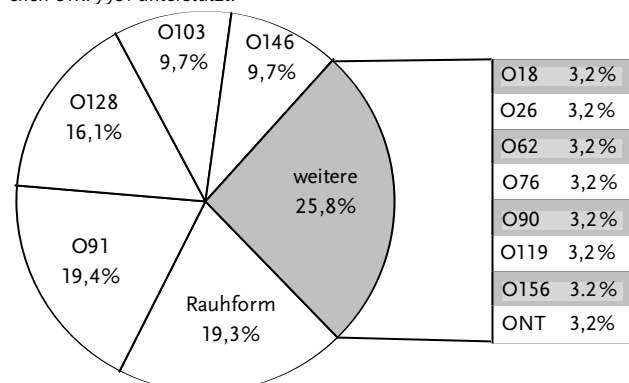


Abb. 2: Verteilung der EHEC-Serovar in einer städtischen Bevölkerung (Hamburg 1999, N = 31), NRZ für Salmonellen u. a. Enteritiserreger (Standort Hygiene Institut Hamburg)

1. Prager R, Reissbrodt R, Holler H, Gericke B, Aleksic S, Claus H, Wagner H, Tschäpe H: Isolierung und Charakterisierung von Shigatoxin-produzierenden E. coli-Stämmen aus Stuhlproben: Ergebnisse einer Sentinel-Studie. Bundesgesundheitsbl 1998; 4: 6–13
2. Fruth A, Richter H, Timm M, Streckel W, Klie H, Prager R, Reissbrodt R, Gallien P, Skiebe E, Rienäcker I, Karch H, Bockemühl J, Perlberg KW, Tschäpe H: Zur Verbesserung der gegenwärtigen bakteriologischen Diagnostik von enterohämorrhagischen Escherichia coli (EHEC). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2000; 43: 310–317
3. Karch H, Bockemühl J, Huppertz H-I: Erkrankungen durch enterohämorrhagische Escherichia coli (EHEC), 1997, 36:2314–2318
4. Robert Koch-Institut: Enterohämorrhagische Escherichia coli-Infektionen (EHEC). Epid Bull 2000; 34: 271–278

Ansprechpartner zur laborgestützten Sentinel-Surveillance von EHEC- und Salmonellen-Infektionen:

NRZ für Salmonellen u. a. Enteritiserreger
Robert Koch-Institut, Bereich Wernigerode
Burgstraße 37, 38855 Wernigerode

- ▶ Professor Dr. Helmut Tschäpe, Leiter des NRZ
Tel.: 03943.679 – 237/206; Fax: 03943.679 – 207
E-Mail: tschaepeh@rki.de
- ▶ Dipl.-Biol. Angelika Fruth
Tel.: 03943.679 – 241; Fax: 03943.679 – 207
E-Mail: frutha@rki.de

NRZ für Salmonellen u. a. Enteritiserreger
Hygiene Institut Hamburg
Marckmannstraße 129 a, 20539 Hamburg

- ▶ Professor Dr. Jochen Bockemühl, Leiter des NRZ
Tel.: 040.42837 – 201; Fax: 040.42837 – 483
E-Mail: jochen.bockemuehl@bags.hamburg.de
- ▶ Dr. Thorsten Kuczius
Tel.: 040.42837 – 217; Fax +49-40-42837-274
E-Mail: thorsten.kuczius@bags.hamburg.de

Akute respiratorische Erkrankungen (ARE) / Influenza – aktuelle Situation

Die durch überwiegend sporadische Influenzavirusinfektionen von Erregern des Subtyps A/H1N1 gespeiste erhöhte Influenza-Aktivität in Deutschland hat sich weiter fortgesetzt, eine größere Erkrankungswelle hat sich allerdings bisher nicht aufgebaut. Gemessen an den virologischen Befunden ist die Tendenz steigend. Der ARE-Anteil an den Praxiskontakten im Netz der Praxen der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) – ein relativ zuverlässiger Parameter zur Abschätzung der Häufigkeit von ARE-Erkrankungen – ist allerdings schon in der zweiten Woche rückläufig und liegt in der 2. Woche (bis 14.01.) nur geringfügig über dem ›Normalbereich‹ (insgesamt 10,5%, 20,1% in pädiatrischen und 8,3% in allgemeinmedizinischen Praxen). Charakteristisch für Influenza-A/H1N1-Ausbreitungen, die im Abstand von einigen Jahren auftreten, ist eine besondere Beteiligung des Kindesalters, wie sie auch gegenwärtig beobachtet wird. Nach den Beobachtungen in den Meldepraxen

erscheint die ARE-Morbidität zur Zeit in Berlin/Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Niedersachsen und Bremen vergleichsweise höher. Die Verläufe der Influenza-typischen Erkrankungen werden als leicht bezeichnet.

Das NRZ für Influenza in Berlin und Hannover hat bisher eine Reihe sporadischer **Influenza-A(H1N1)-Infektionen** bestätigt (64 Isolate), die feintypisierten Stämme sind der im aktuellen Impfstoff enthaltenen Variante **A(H1N1)/New Caledonia/20/99** ähnlich. Infektionen durch Influenzavirus A/H3N2 (2 Isolate) und Influenzavirus B (3 Isolate) bleiben Einzelereignisse. – In vielen Ländern Europas gibt es gegenwärtig Anzeichen für eine sporadische Influenza-Aktivität (Typ A Subtyp H1N1, vereinzelt H3N2 und Typ B).

Quellen: Mitteilungen des NRZ für Influenza am Robert Koch-Institut, Berlin (Frau Dr. B. Schweiger) und am Niedersächsischen Landesgesundheitsamt, Hannover (Dr. R. Heckler) sowie der Arbeitsgemeinschaft Influenza, Marburg (Dr. H. Uphoff).

Zum Infektionsschutzgesetz nachgefragt:

Fragen und Antworten zur Meldefrist und zum Bezug der Belehrungsbögen

Im Robert Koch-Institut werden Fragen zum IfSG gesammelt, deren Klärung aus der Sicht der Gesundheitsbehörden von allgemeinem Interesse ist. Wichtige Antworten werden im *Epidemiologischen Bulletin* publiziert. Hier zu den Meldefristen und zum Bezug der Belehrungsbögen:

1. Welche Meldefristen sind bei der Meldung vom Arzt oder Labor an das Gesundheitsamt einzuhalten?

Die namentliche Meldung durch den feststellenden Arzt oder die Untersuchungsstelle (Laboratorien, Einrichtungen der pathologisch-anatomischen Diagnostik) hat laut § 9 Abs. 3 **unverzüglich**, spätestens innerhalb von **24 Stunden** zu erfolgen, auch wenn die Informationen zur Meldung noch unvollständig vorliegen. Die 24-Stunden-Grenze bezieht sich auf das Absetzen der Meldung an das zuständige Gesundheitsamt und gilt auch an Feiertagen. Das ›unverzügliche‹ Melden besitzt bei den Krankheiten, die ein unmittelbares Handeln des Gesundheitsamtes erfordern, um ggf. Gesundheit und Leben gefährdeter Kontaktpersonen

zu schützen (wie z. B. bei einer Meningokokken-Meningitis), eine ganz besondere Bedeutung. Auch die Nachmeldungen oder Korrekturen zu bereits gemeldeten Fällen sollen unverzüglich erfolgen. Dies gilt ausdrücklich auch für die Meldung behandlungsbedürftiger Lungentuberkulosen (gemäß § 6 Abs. 2) durch den Arzt, den Nachweis säurefester Stäbchen im Sputum, direkte Erregernachweise sowie Ergebnisse der Resistenzbestimmung durch das untersuchende Labor.

2. Wo können die Belehrungsbögen für die schriftliche Belehrung nach §§ 42 und 43 bezogen werden?

Für die Herausgabe der Belehrungsbögen sind die obersten Landesgesundheitsbehörden verantwortlich. Die Bögen stehen in Deutsch sowie in wichtigen Fremdsprachen zur Verfügung. Das RKI wird die vorhandenen Fassungen der Belehrungsbögen in Kürze auch im Internet anbieten.