

FSME in Europa, Deutschland und Niedersachsen



Die Fröhsommer-Meningo-Enzephalitis (FSME) ist die häufigste durch Zecken übertragene Viruserkrankung in Europa. Zecken, unter anderem die Schildzeckenart *Ixodes ricinus*, auch „Gemeiner Holzbock“ genannt, kommen weltweit vor, sind aber nur in bestimmten Ländern/Regionen mit FSME-Viren so durchseucht, dass Erkrankungen beim Menschen auftreten. In Europa (EU) wird die jährliche Zahl der FSME-Neuerkrankungen auf ca. 12.000 geschätzt. Besonders betroffen sind unter anderem Österreich, die Schweiz, einige Länder Osteuropas (z. B. Estland, Lettland, Litauen, Polen, Tschechien, Ukraine, Ungarn) und die Küsten- und Seengebiete der skandinavischen Länder Norwegen, Finnland und Schweden.

Situation in Deutschland

Seit in Kraft treten des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) im Jahr 2001 besteht in Deutschland eine Labormeldepflicht für FSME. Nach den Daten des Robert Koch-Instituts (RKI) gab es jährlich zwischen 195 und 546 FSME-Erkrankungsfälle. Schwankungen in der Fall-Statistik der letzten Jahre (siehe Tabelle) sind nicht ungewöhnlich und müssen in Abhängigkeit von Wetterbedingungen, anderen ökologischen Faktoren und Freizeitverhalten betrachtet werden. Von einer starken Untererfassung im Rahmen des Meldewesens ist auszugehen.

Wie hoch das regionale FSME-Risiko ist, ermittelt das Robert-Koch-Institut (RKI) jährlich basierend auf den gemeldeten FSME-Fällen gemäß IfSG und weist infolgedessen sog. FSME-Risikogebiete aus, die auch die Grundlage für eine Impfe mpfehlung darstellen. Studien aus Risikogebieten in Deutschland zeigen, dass je nach Region bis zu 5% der Zecken die Viren tragen.

Der größte Anteil der Risikogebiete liegt zurzeit in den südlichen Bundesländern. Aktuell sind deutschlandweit 146 Kreise als FSME-Risikogebiete definiert. In Niedersachsen, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Berlin erfüllt derzeit kein Kreis die Definition für ein FSME-Risikogebiet. Bundesländer, in denen bisher keine FSME-Erkrankungen erworben wurden, sind Bremen und Hamburg. Ein FSME-Infektionsrisiko auch außerhalb von definierten Risikogebieten lässt sich aber nicht mit Sicherheit ausschließen, da es auch dort vereinzelt zu FSME-Fällen kommt.

Situation in Niedersachsen

In Niedersachsen sind in den vergangenen Jahren (2002 - 2015) neun FSME-Fälle bekannt geworden, bei denen angenommen werden muss, dass die Ansteckung in Niedersachsen erfolgte. In einer noch laufenden Untersuchung zur Seroprävalenz von FSME-Antikörpern bei ca. 900 Forstbediensteten der Nieder-

sächsischen Landesforsten, die alle zwei Jahre durchgeführt wird, ergaben sich bei den Durchläufen seit 2010/2011 auch Hinweise auf mögliche in Niedersachsen erworbene Infektionen in dieser Berufsgruppe.

Diese Befunde decken sich auch mit Ergebnissen aus dem Zeckenmonitoring, welches das NLGA seit einigen Jahren durchführt. In den Jahren 2008 - 2015 wurden mehr als 46.000 *Ixodes spp.* Zecken an über 500 Stellen in ganz Niedersachsen gesammelt. Ein Schwerpunkt bei den Sammelaktionen waren die niedersächsischen Regionen, aus denen autochthone FSME-Fälle berichtet wurden (2004/07 LK Cuxhaven, 2011 LK Goslar, 2011 LK Nienburg, 2008/10/11/12 Region Hannover und 2015 LK Schaumburg). In vier Zecken aus zwei Regionen Niedersachsens (Cuxhaven, Nienburg) konnte das FSME-Virus nachgewiesen werden.

Durch das Zeckenmonitoring konnte darüber hinaus gezeigt werden, dass die Zeckenarten *Dermacentor reticulatus* (Auwaldzecke), die hauptsächlich in Süddeutschland (Baden-Württemberg) und Ostdeutschland (Berlin und Brandenburg) beschrieben wurde, und *Haemaphysalis concinna* (Reliktzecke), in Niedersachsen vorkommen. Sowohl die Auwaldzecke, als auch die Reliktzecke können Krankheitserreger auf den Menschen übertragen.

Fazit

Sowohl die Meldefälle als auch die in Niedersachsen erhobenen Daten (Försterstudie, Zeckenmonitoring) zeigen, dass das FSME-Virus auch in Zecken in Niedersachsen vorkommt. Eine mögliche Infektion mit dem FSME-Virus in Niedersachsen ist demnach nicht völlig auszuschließen, aber immer noch sehr unwahrscheinlich. Ein regional gewichtetes FSME-Risiko lässt sich aus den vorliegenden Informationen nicht ableiten. Da bislang in Niedersachsen durch das RKI kein FSME-Risikogebiet definiert wurde, gibt es keine allgemeine Impfe mpfehlung. Für bestimmte Risikogruppen, also für solche Personen, die einer besonders intensiven Zeckenexposition ausgesetzt sind, wie z. B. Forstbedienstete, erscheint aber eine FSME-Impfung im Sinne einer individuellen Impfindikation auch in Niedersachsen sinnvoll zu sein.

Weitere Informationen unter

www.nlga.niedersachsen.de > Infektionsschutz > Krankheitserreger/Krankheiten > FSME

Jahr	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Deutschland	255	239	277	275	432	546	239	289	313	260	424	195	419	265	220
Niedersachsen	2	3	3	1	2	0	2	4	3	1	6	4	2	1	2

Tabelle: FSME-Meldefälle mit erfüllter Falldefinition nach IfSG in Deutschland und Niedersachsen 2001-2015 (Robert Koch-Institut, SurvStat, <http://www.rki.de/SurvStat>, Datenstand: 10.05.2016)

Famulatur im NLGA Anerkennung von Famulaturen im ÖGD in Niedersachsen wieder möglich

In Folge einer Änderung der Approbationsordnung im Jahr 2008 wurden Famulaturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) nicht mehr in allen Bundesländern anerkannt. Zusammen mit anderen Faktoren hatte dies spürbare Auswirkungen auf die Gewinnung von Nachwuchskräften im Öffentlichen Gesundheitsdienst. In einer gemeinsamen Initiative von kommunalem ÖGD, dem Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und dem Niedersächsischen Zweckverband zur Approbationserteilung (NiZZa) hat das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung jetzt Rechtssicherheit geschaffen, dass Famulaturen im ÖGD in Niedersachsen anerkannt werden. Nach langen Jahren hat nun die erste Medizinstudentin im NLGA famuliert.

Das Fazit der jungen Kollegin nach vier Wochen Famulatur ist durchweg positiv: „Die Förderung bzw. der Erhalt der Gesundheit als präventive ärztliche Aufgabe finde ich besonders wichtig. Während des Studiums beschränkten sich diese Themen weitestgehend auf die Theorie“. Während der Zeit im NLGA erhielt die Studentin Einblick in die strukturelle Organisation des ÖGD und die verschiedenen Aufgabenschwerpunkte des Landesgesundheitsamtes im Bereich Hygiene, Bakteriologie, Virologie aber auch in internationale Gesundheitsgeschehnisse und die gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen. Ein erster Schritt um mehr ärztlichen Nachwuchs für den ÖGD zu begeistern.

Für die Anerkennung einer Famulatur in einem niedersächsischen Gesundheitsamt ist Folgendes zu beachten: Voraussetzung für die Anerkennung einer Famulatur im Öffentlichen Gesundheitsdienst ist die fachärztliche (amtsärztliche) Leitung des Gesundheitsdienstes/Gesundheitsamtes. Eine Weiterbildungs-ermächtigung der ärztlichen Leitung ist nicht erforderlich.

Eine Anerkennung einer Famulatur im Öffentlichen Gesundheitsdienst als Famulatur in einem Fachgebiet wie z. B. Kinder- und Jugendheilkunde, Psychiatrie, Mikrobiologie, Umweltmedizin ist möglich, wenn eine Betreuung des Famulanten/der Famulantin durch einen entsprechenden Facharzt/Fachärztin erfolgt. Eine Weiterbildungs-ermächtigung des betreuenden Facharztes/der betreuenden Fachärztin ist nicht erforderlich.



v.l. Gerhard Geuke-Wittkopp (Niedersächsischer Zweckverband zur Approbationserteilung (NiZZa)), Svenja Drave (Famulantin am NLGA), Dr. Matthias Pulz (Präsident des NLGA)

Zweites EurSafety-Qualitätssiegel an Alten- / Pflegeeinrichtungen verliehen

Die zunehmende Empfänglichkeit für Infektionserreger mit steigendem Alter und die Zunahme multiresistenter Erreger in Einrichtungen des Gesundheitswesens stellt Alten- und Pflegeheime vor die Herausforderung einerseits einen adäquaten Infektionsschutz zu betreiben, andererseits aber den Charakter einer Wohnstätte für die Bewohner beizubehalten. Ein adäquates Hygienemanagement ist hierbei von zentraler Bedeutung. Um das Engagement der Einrichtungen für die Belange des Infektionsschutzes zu fördern und nach außen sichtbar zu machen, wurde im Rahmen des EurSafety Health-net Projekts in der Ems-Dollart-Region eine Qualitätsoffensive gestartet, an dessen Ende die Erlangung eines Qualitäts- und Transparenzsiegels für stationäre Pflegeeinrichtungen steht, das mehrstufig aufgebaut ist.



55 Alten- und Pflegeeinrichtungen der Städte Oldenburg, Delmenhorst und Wilhelmshaven sowie der Landkreise Ammerland, Friesland, Oldenburg, Wesermarsch und Wittmund sind am 13. April 2016 in Oldenburg mit dem zweiten Qualitäts- und Transparenzsiegel ausgezeichnet worden. Um das Siegel zu erhalten, mussten zehn Qualitätskriterien zur Infektionsprävention umgesetzt werden. Das erste Qualitätssiegel wurde im Februar 2014 verliehen.

Eine sorgfältige und regelmäßig durchgeführte Händehygiene gehört zu den wichtigsten Maßnahmen, um die Übertragung von Krankheitskeimen zu verhindern. Daher ist das Thema Händehygiene gleich in zwei Qualitätszielen vertreten. Ein weiteres Ziel widmet sich dem Management von Ausbruchsgeschehen. Genaue Abläufe und Zuständigkeiten müssen festgelegt werden, damit im Fall einer Krankheitshäufung schnell gezielte Gegenmaßnahmen ergriffen und damit weitere Erkrankungsfälle verhindert werden können.

Die Qualitätskriterien werden durch die kommunalen Gesundheitsbehörden überprüft. Das NLGA ist an der inhaltlichen Konzeption des Siegels beteiligt und stellt umfassendes Schulungs- und Informationsmaterial sowohl für die Einrichtungen als auch für die Gesundheitsämter zur Verfügung.

Impressum

Herausgeber:

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt
Rösebeckstr. 4-6, 30449 Hannover
Fon: 051 1/4505-0, Fax: 051 1/4505-140

Redaktion:

Katja Claußen, Michael Hoopmann, Masyar Monazhian,
Holger Scharlach (v.i.S.d.P.), Christel Zühlke
Juni 2016