

FSME – (noch) kein Infektionsrisiko in Niedersachsen

Die FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis) ist in Europa die bedeutendste durch Zecken übertragene Viruserkrankung. Jährlich treten europaweit geschätzte 12.000 Erkrankungsfälle auf. Besonders betroffen sind einige Länder in Osteuropa. Seit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes im Jahr 2001 besteht in Deutschland eine Labormeldepflicht für FSME-Viren. In den Jahren 2001 bis 2006 war bundesweit ein stetiger Anstieg der Meldedfälle zu beobachten (2001: 256 Fälle; 2006: 546 Fälle). Im Jahr 2007 kam es hingegen zu einem deutlichen Rückgang mit 237 übermittelten Erkrankungsfällen. Dies lässt sich möglicherweise auf eine zunehmende Durchimpfungsrate in den FSME-Risikogebieten oder ein verändertes Risikobewusstsein der Bevölkerung gegenüber Zecken zurückführen.

Mehr als 90 Prozent der gemeldeten FSME-Fälle stammen aus Bayern, Baden-Württemberg und Hessen. Thüringen und Rheinland-Pfalz haben sich als Gebiete mit erhöhter endemischer Aktivität etabliert, so dass dort ebenfalls einige FSME-Risikogebiete ausgewiesen wurden (vgl. RKI, Epidemiologisches Bulletin, 17/2008)

Ein FSME-Infektionsrisiko auch außerhalb der definierten Risikogebiete lässt sich nicht mit Sicherheit ausschließen. Deshalb müssen sporadische FSME-Erkrankungen ohne Bezug zu einem FSME-Risikogebiet, sog. autochthone Fälle, besonders sorgfältig anamnestisch, klinisch sowie labordiagnostisch untersucht werden. Die virologische Untersuchung sollte in einem Labor mit Erfahrung in der FSME-Diagnostik erfolgen (u.a. verfügt auch das NLGA über die entsprechende Expertise).

Aus Niedersachsen wurden seit 2001 insgesamt 15 FSME-Fälle gemäß Infektionsschutzgesetz übermittelt (Stand: 10. Juni 2008). Aufgrund von Expositionsangaben, labordiagnostischen Parametern und des klinischen Bildes können letztlich aber nur zwei dieser Fälle (aus den Jahren 2004 bzw. 2007) als gesichert und einer (im Jahr 2003) als vermutlich autochthon angesehen werden.

Um langfristig die FSME-Situation besser beobachten zu können, führt das NLGA seit Herbst 2006 eine Verlaufsstudie bei niedersächsischen Forstbediensteten durch, die im Zwei-Jahres-Intervall über einen Zeitraum von zehn Jahren wiederholt wird. Dadurch soll überprüft werden, ob in dieser Berufsgruppe in Niedersachsen erworbene FSME-Erkrankungen auftreten. Im ersten Projektdurchlauf wurden niedersachsenweit insgesamt 992 Forstbedienstete mittels eines Bluttestes auf FSME-Antikörper untersucht und zu ihrer Berufs- und Reisetätigkeit, ihrem Freizeitverhalten sowie relevanten Erkrankungen beziehungsweise Impfungen befragt. Hierbei konnten keine Hinweise auf eine in Niedersachsen erworbene FSME-Infektion festgestellt werden. Der ausführliche Studienbericht ist auf unserer Homepage (s.u.) abrufbar.

Darüber hinaus werden derzeit vom NLGA in einem Gebiet, aus dem die beiden o.g. autochthonen Fälle stammen, Zecken gesammelt, die dann hinsichtlich ihres Trägerstatus für FSME-Viren, Borrelien und Anaplasma untersucht werden sollen. Hiermit soll eine Aussage zur Durchseuchung der lokalen Zeckenpopulation und damit zum Infektionsrisiko gemacht werden. Diese Arbeiten haben im Mai begonnen, Ergebnisse werden ab Herbst 2008 vorliegen.

Auch wenn in Niedersachsen zuletzt im Jahr 2007 ein als autochthon anzusehender FSME-Meldefall auftrat, weist auch

das RKI niedersachsenweit weiterhin keine FSME-Risikogebiete aus. Somit ist in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am RKI derzeit eine FSME-Impfung in Niedersachsen weder für die Allgemeinbevölkerung noch für beruflich Exponierte erforderlich.

Die STIKO empfiehlt diese Impfung aber jenen Personen, die sich in FSME-Risikogebieten aufhalten und dort durch ihr Verhalten in der Freizeit oder durch die Art ihrer beruflichen Tätigkeit vermehrt Zecken ausgesetzt sind. Daher sollte man sich frühzeitig vor Reisebeginn über FSME-Risikogebiete in Deutschland oder Europa informieren. Ein ausreichender Impfschutz gegen FSME ist nach der Zweitimpfung für neun bis zwölf Monate und nach der dritten Impfung für drei bis fünf Jahre erreicht. Auffrischungen sollten wie in den Fachinformationen der jeweiligen Impfstoffe beschrieben verabreicht werden. Nach vollständiger Grundimmunisierung wird im Allgemeinen durch jede Auffrischung ein Boostereffekt der Immunantwort erzielt, auch wenn das empfohlene Zeitintervall zur Auffrischung überschritten wurde.

Weitere Informationen im Internet:

www.nlga.niedersachsen.de > Infektionen und Hygiene > Krankheitserreger/Krankheiten > FSME

www.rki.de > Infektionskrankheiten A - Z > FSME

Krim-Kongo-Fieber in der Türkei

Nach Angaben des türkischen Gesundheitsministeriums führen in diesem Jahr vermehrte Todesfälle an Krim-Kongo Fieber zu Beunruhigung in der Bevölkerung. Auch Türkei-Reisende sind verunsichert und fragen bei ihren Ärzten nach einem möglichen Impfschutz. Nicht selten werden dabei Krim-Kongo Fieber und Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) verwechselt. Für FSME-Übertragungen in der Türkei gibt es derzeit keine Anhaltspunkte.

Das Krim-Kongo-Fieber ist eine durch Zecken oder durch engen Kontakt mit Nutztieren übertragene Viruserkrankung. Übertragungen von Mensch zu Mensch sind hingegen selten und betreffen vor allen Dingen medizinisches Personal bei engem Kontakt zu Erkrankten. Da es im Verlauf der Erkrankung zu einer erhöhten Blutungsneigung kommen kann, spricht man auch von Krim-Kongo hämorrhagischem Fieber (CCHF). Die Letalität beträgt dann 2-50%, wobei der Tod meistens in der 2. Krankheitswoche durch Multiorganversagen eintritt.

Der Erreger ist in der Türkei endemisch, Schwerpunkte haben sich im zentralen und nördlichen Anatolien gebildet. Von dort erfolgt offenbar eine Ausbreitung auf andere Landesteile.

Unter deutschen Türkeireisenden ist bislang kein Fall von Krim-Kongo-Fieber aufgetreten, so dass das Risiko bei Reisen in die Küstenregionen weiterhin als gering zu erachten ist.

Da es keine Impfung gegen das Krim-Kongo-Fieber gibt, ist bei Reisen ins Landesinnere der Schutz vor Zeckenstichen die wichtigste vorbeugende Maßnahme. Eine antivirale Therapie mit Ribavirin ist möglich.

Nach § 6 IfSG sind der Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie der Tod an virusbedingtem hämorrhagischen Fieber meldepflichtig.

Weitere Informationen: www.rki.de > Infektionskrankheiten A - Z > Krim-Kongo Hämorrhagisches Fieber

Hitzewarnsystem in Niedersachsen – Hitzewarnungen für niedersächsische Pflegeeinrichtungen

„Das Klima verändert sich und damit auch der Anstieg der Meeresspiegel, da sind sich heute die Wissenschaftler einig.“ Mit dieser Stellungnahme in der Pressemitteilung 9/2007 begründet Umweltminister Sander für Niedersachsen geplante Deicherhöhungen und Küstenschutzmaßnahmen. Aber die Klimaveränderung hat weiter reichende Folgen, die auch den Gesundheitssektor betreffen. So ist nach Berechnungen des Umweltbundesamtes mit einer Zunahme von länger anhaltenden sommerlichen Hitzeperioden zu rechnen, was das niedersächsische Sozialministerium 2006 zum Aufbau eines Hitzewarn-Informationssystems für Gesundheitsämter und Pflegeaufsichten veranlasst hat. 2007 wurde das Informationssystem vom NLGA nach Absprache mit dem Deutschen Wetterdienst (DWD) weiterentwickelt. Pflegeeinrichtungen und sonstige interessierte Institutionen können sich nun über das Internet in das Warnsystem des Deutschen Wetterdienstes eintragen und erhalten dann bei Vorliegen einer Hitzewarnsituation automatisch bis zu ihrem Ende täglich eine E-Mail-Information (Anmeldungshinweise s.u.).

Länger anhaltende Hitze ist ein starker Stressor. Als Folgen der europaweiten Hitzeperiode des klimatologisch als Jahrhundertssommer eingestuftes Sommers 2003 wurden für Baden-Württemberg im Zeitraum vom 1.-24.8.03 1415 hitzebedingte Sterbefälle registriert, von denen ca. 20% als dem Sterbedatum um wenige Tage vorverlegt eingestuft wurden (Gesundheitliche Auswirkungen der Hitzewelle im August 2003, Sozialministerium Baden-Württemberg 2004). Europaweit starben im August 2003 zwischen 27.000 – 40.000 Menschen an den Folgen der Hitzewelle, davon ca. 15.000 allein in Frankreich (Climate Chan-

ge and Adaptation Strategies for Human Health, WHO, 2006). In diesem Kontext ist auch auf die demografische Entwicklung in Deutschland und somit auch in Niedersachsen hinzuweisen. Gab es 2005 228.000 pflegebedürftige Personen in Niedersachsen, so ist jeweils gegenüber 2005 mit einer Zunahme pflegebedürftiger Personen um ca. 10% bis 2010, um ca. 20% bis 2015 und um ca. 30% bis 2020 zu rechnen (Demografischer Wandel in Deutschland, Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2008).

Welche Informationen stellt das Hitzewarnsystem des DWD bereit? Der Deutsche Wetterdienst berechnet modellhaft aus verschiedenen Messangaben wie Temperatur, Luftgeschwindigkeit und Luftfeuchte und u.a. unter Berücksichtigung der Dauer einer Hitzeperiode eine „gefühlte Temperatur“. Bei 32°C bzw. 38°C. „gefühlte Temperatur“ wird Warnstufe I bzw. II ausgesprochen. Unabhängig vom subjektiven Empfinden einer Pflegekraft werden normierte Wärmeinformationen für die Dauer einer Hitzeperiode bereitgestellt.

In einer Gesellschaft, die von der Zunahme der Wahrscheinlichkeit von längeren sommerlichen Hitzeperioden und einer demografiebedingten Zunahme der Empfindlichkeit gegenüber Hitze geprägt ist, kann der Hitzewarndienst einen Beitrag leisten, Pflegeeinrichtungen auf eine Hitzesituation aufmerksam zu machen und entsprechende pflegerische Maßnahmen (z.B. Berücksichtigung eines erhöhten Flüssigkeitsbedarfes) einzuleiten.

Die Anmeldung zum Newsletter „Hitzewarnungen“ erfolgt über die Internetseite des DWD:

www.dwd.de > Neues > Newsletter

Clostridium difficile - neues Merkblatt erschienen

Seit einiger Zeit lassen sich auch in Deutschland eine Zunahme von *Clostridium difficile*-Infektionen sowie ein Anstieg der Mortalität beobachten, die durch das Auftreten neuerer *C.difficile*-Subtypen mit erhöhter Virulenz und veränderten Resistenzeigenschaften möglicherweise noch weiter verstärkt wird. Um Daten zur Ausbreitungsdynamik und klinischen Relevanz neu auftretender Erregervarianten frühzeitig erfassen zu können, wurde inzwischen eine Meldepflicht für schwer verlaufende Infektionen mit *C.difficile* eingeführt, die auch für Einzelerkrankungen gilt. Kriterien, die einen schweren Verlauf einer Toxin-positiven Clostridien-assoziierten Diarrhoe (CDAD) kennzeichnen, sind: die Notwendigkeit einer stationären Wiederaufnahme aufgrund einer rekurrenten Infektion, eine Verlegung auf eine Intensivstation zur Behandlung der CDAD oder ihrer Komplikationen, damit verbundene chirurgische Eingriffe (Kolektomie), CDAD als Todesursache oder zum Tode beitragende Erkrankung oder der labor diagnostische Nachweis des Ribotypes 027.

Um die Virulenzfaktoren dieser und weiterer Erregersubtypen und ihren Einfluß auf den klinischen Verlauf besser charakterisieren zu können, ist die Anzucht und Asservierung der verursachenden Bakterienstämme zur molekularbiologischen Typisierung dringend erforderlich.

Zur Prävention von Ausbruchsgeschehen sind bei *Clostridium difficile*-assoziierten Erkrankungen besondere Hygienemaßnahmen erforderlich, da die infektiösen Sporen des Erregers sehr umweltresistent sind und von den üblichen alkoholischen Desinfektionsmitteln nicht abgetötet werden. Daher sollten bei der Versorgung von Patienten mit *C.difficile*-Infektionen u.a. konse-

quent Einweghandschuhe getragen werden, durch deren rechtzeitigen Wechsel Übertragungen auf Flächen und Gegenstände vermieden werden kann. Weitere Informationen zu Erreger, Epidemiologie, Übertragungswegen, Risikofaktoren, Krankheitsbild, Diagnostik, Therapie, Prävention und Hygienemaßnahmen finden Sie auf dem aktuellen NLGA-Merkblatt „*Clostridium difficile*“:

www.nlga.niedersachsen.de > Infektionen und Hygiene > Krankheitserreger/Krankheiten > *Clostridium difficile*

NLGA Online

NLGA-Jahresbericht 2006/2007

Der im Juni erschienene Jahresbericht zeigt die Themenvielfalt des NLGA in kurzen illustrierten Beiträgen. Auf 150 Seiten wird ein anschaulicher Einblick in die verschiedenen Arbeitsbereiche vermittelt. Der Bericht kann kostenlos bestellt oder auf der Internetseite heruntergeladen werden.

www.nlga.niedersachsen.de > Wir über uns

Impressum

Herausgeber:

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt
Roesebeckstr. 4-6, 30449 Hannover
Fon: 0511/4505-0, Fax: 0511/4505-140

Redaktion:

Dr. Holger Scharlach, Dr. Masyar Monazahian,
Katja Claussen, Michael Hoopmann

Juli 2008