ROBERT KOCH INSTITUT

Public Health

Thomas Kratz

Informationsstelle des Bundes für Biologische Gefahren
und Spezielle Pathogene (IBBS)

Nach Todesfall in Köln

Bestatter mit Lassa-Fieber auf Isolierstation eingeliefert

Vor knapp einer Woche ist in Köln ein Mann am Lassa-Fieber gestorben. Nun kam sein Bestatter mit der gleichen Diagnose auf eine Isolierstation.

DPA

Isolierstation der Uniklinik Frankfurt (Archivbild)

Teilen Twittern E-Mail

Mittwoch, **16.03.2016** 19:46 Uhr

Drucken Nutzungsrechte Feedback

Ein mit dem Lassa-Virus infizierter Patient ist auf der Sonderisolierstation der Frankfurter Uniklinik aufgenommen worden. Der Mann arbeitet bei einem Bestattungsunternehmen in Alzey (Rheinland-Pfalz). Er hatte dort Kontakt mit der Leiche eines Ende Februar in der Kölner Uniklinik gestorbenen Lassa-Patienten aus Togo, wie die Kreisverwaltung Alzey-Worms mitteilte.

Nachdem im Blut des Bestattungsmitarbeiters das Lassa-Virus nachgewiesen wurde, sei er umgehend in die Frankfurter Uniklinik gebracht worden, so die Behörde. "Es wäre der erste Fall einer in Deutschland erworbenen Lassa-Virus-Infektion", sagte der Virologe Jonas Schmidt-Chanasit vom Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin in Hamburg.

ANZEIGE

endemic area of Lassa fever virus (LASV). The index case died soon after admission and a post-mortem was performed. Although this did not disclose the immediate cause of death, liver sections displayed classic features of VHF, and LASV was subsequently detected in a laboratory test. Unfortunately, this diagnosis occurred after the patient, the body and tissue samples had come into contact with healthcare workers and others on multiple occasions in the absence of specific precautions required for a hazard group 4 pathogen. Extensive effort in contact tracing, risk categorisation, interviewing and reporting then ensued. Symptom monitoring in contacts was complicated by a peak in activity of the influenza season and plans to avoid the unnecessary triggering of enhanced control measures such as isolation or quarantine were developed with an underpinning and basic scientific knowledge of LASV and human disease. An undertaker, who had contact with the body 6 days after death, was identified at increased risk following interview and while an early PCR test for LASV was negative, he tested positive 12 days post exposure. The undertaker was subsequently treated with ribavirin and made a full recovery; it is unclear how he became infected. None of the other 76 contacts who were followed up in the two concerned German federal states, North-Rhine-Westphalia and Rhineland-Palatinate, were positive.

Hewson (2017), Lessons learnt from imported cases and onward transmission of Lassa fever in Europe support broader management of viral haemorrhagic fevers , Eurosurveillance

Resultierende Fragen

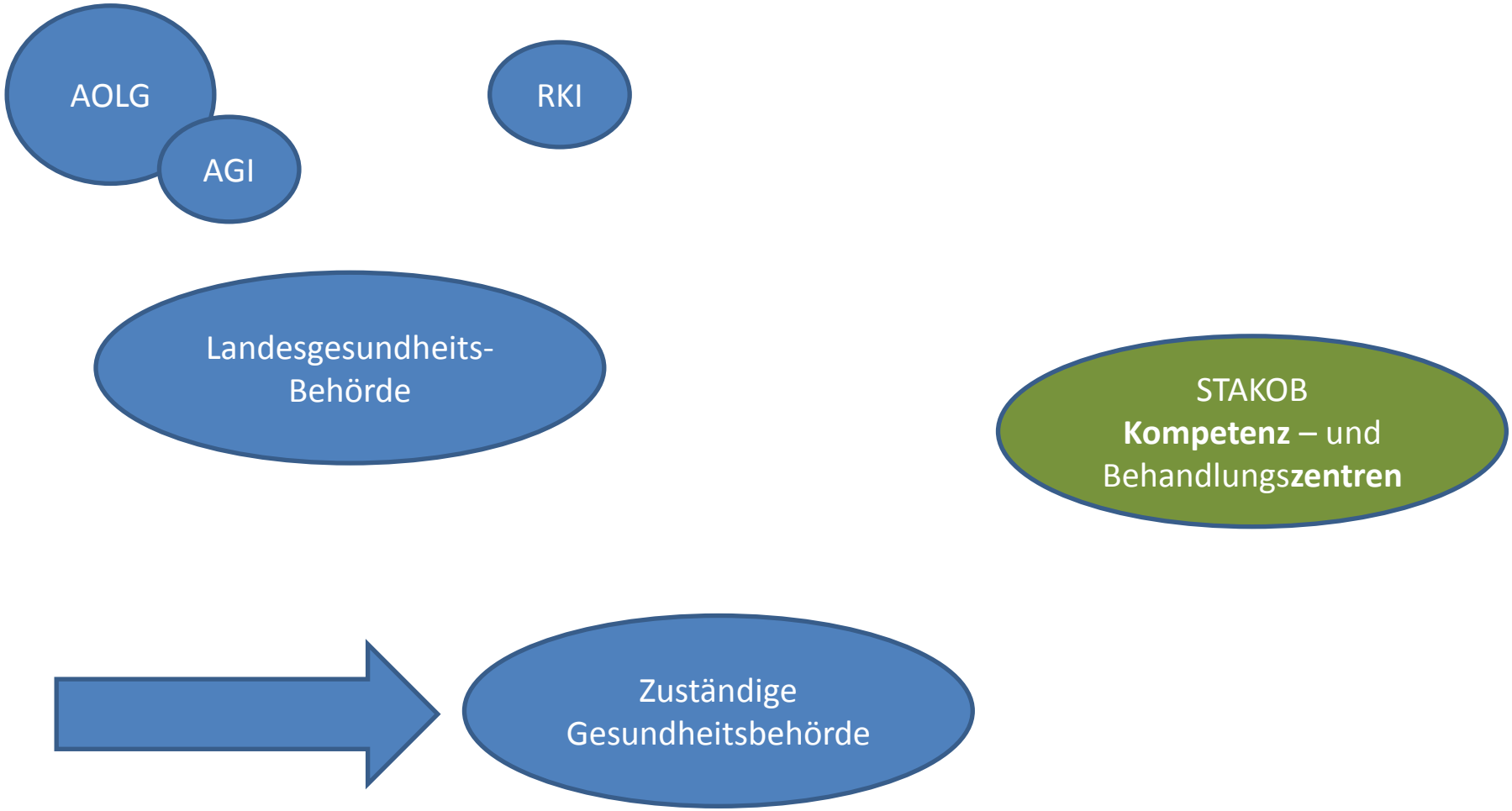
Warum wurde der 1. Lassafieber-Fall nicht frühzeitig als solcher erkannt? -> Fallerkennung, „Red flags“

Wie bekommen die zuständigen Gesundheitsbehörden bzgl. Fällen, Verdachtsfällen und Kontaktpersonen (Ansteckungsverdächtigen) Bescheid, um das Vorgehen koordinieren zu können?

Was machen die Gesundheitsbehörden überhaupt?

Welche Relevanz hat das Alles für mich als Kliniker/in?

Struktur des öffentlichen Gesundheitsdienstes in DEU



STAKOB

Ständiger Arbeitskreis der Kompetenz- und Behandlungszentren für Krankheiten durch hochpathogene Erreger

www.stakob.de

IfSG – Definitionen

- Kranker **„eine Person, die an einer übertragbaren Krankheit erkrankt ist“**
- Krankheitsverdächtiger **„eine Person, bei der Symptome bestehen, welche das Vorliegen einer bestimmten übertragbaren Krankheit vermuten lassen,“**
- Ansteckungsverdächtiger **„eine Person, von der anzunehmen ist, dass sie Krankheitserreger aufgenommen hat, ohne krank, krankheitsverdächtig oder Ausscheider zu sein,“**
- Ausscheider **„eine Person, die Krankheitserreger ausscheidet und dadurch eine Ansteckungsquelle für die Allgemeinheit sein kann, ohne krank oder krankheitsverdächtig zu sein,“**

Verantwortlichkeiten der zuständigen Gesundheitsbehörde

- Annahme von Meldungen (bei meldepflichtigen Erkrankungen)
- Kontaktpersonenmanagement
- Treffen von Maßnahmen zur Ausbruchsbekämpfung (§4 IfSG)
- Beratung und Untersuchung bei sexuell übertragbaren Erkrankungen und Tuberkulose (§19 IfSG)
- Bei Erkrankten / Krankheitsverdächtigen / Ansteckungsverdächtigen / Ausscheidern:
  - Ermittlung von Art, Ursache, Ansteckungsquelle und Ausbreitung der Krankheit (§25 IfSG)
  - Treffen von Schutzmaßnahmen (§28 IfSG), Beispiel: Schließen von Gemeinschaftseinrichtungen
  - Anordnung von Beobachtung (§29 IfSG)
  - Anordnung von Absonderung (,Quarantäne, §30 IfSG)
  - Anordnung von berufl. Tätigkeitsverbot (§31 IfSG)

Meldewesen

- Nach §7 IfSG 51 für das Labor bei Nachweis meldepflichtige Erreger, u.a. Ebolavirus, Lassavirus, Y. pestis.
  Nach §6 IfSG Liste von Erkrankungen, die bei Verdacht, Erkrankung und Tod meldepflichtig sind.

1. der Verdacht einer Erkrankung, die Erkrankung sowie der Tod in Bezug auf die folgenden Krankheiten:
   a) Botulismus,
   b) Cholera,
   c) Diphtherie,
   d) humane spongiforme Enzephalopathie, außer familiär-hereditärer Formen,
   e) akute Virushepatitis,
   f) enteropathisches hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS),
   g) virusbedingtes hämorrhagisches Fieber,
   h) Keuchhusten,
   i) Masern,
   j) Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis,
   k) Milzbrand,
   l) Mumps,
   m) Pest,
   n) Poliomyelitis,
   o) Röteln einschließlich Rötelnembryopathie,
   p) Tollwut,
   q) Typhus abdominalis oder Paratyphus,
   r) Windpocken,

   sowie die Erkrankung und der Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch wenn ein bakteriologischer Nachweis nicht vorliegt,

Meldewesen

- Nach §7 IfSG 51 für das Labor bei Nachweis meldepflichtige Erreger, u.a. Ebolavirus, Lassavirus, Y. pestis.
  Nach §6 IfSG Liste von Erkrankungen, die bei Verdacht, Erkrankung und Tod meldepflichtig sind.

1. der Verdacht einer Erkrankung, die Erkrankung sowie der Tod in Bezug auf die folgenden Krankheiten:
   a) Botulismus,
   b) Cholera,
   c) Diphtherie,
   d) humane spongiforme Enzephalopathie, außer familiär-hereditärer Formen,
   e) akute Virushepatitis,
   f) enteropathisches hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS),
   g) virusbedingtes hämorrhagisches Fieber,
   h) Keuchhusten,
   i) Masern,
   j) Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis,
   k) Milzbrand,
   l) Mumps,
   m) Pest,
   n) Poliomyelitis,
   o) Röteln einschließlich Rötelnembryopathie,
   p) Tollwut,
   q) Typhus abdominalis oder Paratyphus,
   r) Windpocken,

   sowie die Erkrankung und der Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch wenn ein bakteriologischer Nachweis nicht vorliegt,

Die namentliche Meldung muss unverzüglich erfolgen und dem zuständigen Gesundheitsamt nach Absatz 4 spätestens 24 Stunden, nachdem der Meldende Kenntnis erlangt hat, vorliegen.

Beobachtung

(1) Kranke, Krankheitsverdächtige, Ansteckungsverdächtige und Ausscheider können einer Beobachtung unterworfen werden.
(2) Wer einer Beobachtung nach Absatz 1 unterworfen ist, hat die erforderlichen Untersuchungen durch die Beauftragten des Gesundheitsamtes zu dulden und den Anordnungen des Gesundheitsamtes Folge zu leisten. § 25 Absatz 3 gilt entsprechend. Eine Person nach Satz 1 ist ferner verpflichtet, den Beauftragten des Gesundheitsamtes zum Zwecke der Befragung oder der Untersuchung den Zutritt zu seiner Wohnung zu gestatten, auf Verlangen ihnen über alle seinen Gesundheitszustand betreffenden Umstände Auskunft zu geben und im Falle des Wechsels der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltes unverzüglich dem bisher zuständigen Gesundheitsamt Anzeige zu erstatten. Die Anzeigepflicht gilt auch bei Änderungen einer Tätigkeit im Lebensmittelbereich im Sinne von § 42 Abs. 1 Satz 1 oder in Einrichtungen im Sinne von § 23 Absatz 5 oder § 36 Absatz 1 sowie beim Wechsel einer Gemeinschaftseinrichtung im Sinne von § 33. § 16 Abs. 2 Satz 4 gilt entsprechend. Die Grundrechte der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz), der Freiheit der Person (Artikel 2 Abs. 2 Satz 2 Grundgesetz) und der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 Grundgesetz) werden insoweit eingeschränkt

Absonderung (§30 IfSG)

1) Die zuständige Behörde hat anzuordnen, dass Personen, die an Lungenpest oder an von Mensch zu Mensch übertragbarem hämorrhagischem Fieber erkrankt oder dessen verdächtig sind, unverzüglich in einem Krankenhaus oder einer für diese Krankheiten geeigneten Einrichtung abgesondert werden. Bei sonstigen Kranken sowie Krankheitsverdächtigen, Ansteckungsverdächtigen und Ausscheidern kann angeordnet werden, dass sie in einem geeigneten Krankenhaus oder in sonst geeigneter Weise abgesondert werden (…)

(2) Kommt der Betroffene den seine Absonderung betreffenden Anordnungen nicht nach oder ist nach seinem bisherigen Verhalten anzunehmen, dass er solchen Anordnungen nicht ausreichend Folge leisten wird, so ist er zwangsweise durch Unterbringung in einem abgeschlossenen Krankenhaus oder einem abgeschlossenen Teil eines Krankenhauses abzusondern. (…)

(3) Der Abgesonderte hat die Anordnungen des Krankenhauses oder der sonstigen Absonderungseinrichtung zu befolgen und die Maßnahmen zu dulden, die der Aufrechterhaltung eines ordnungsgemäßen Betriebs der Einrichtung oder der Sicherung des Unterbringungszwecks dienen. Insbesondere dürfen ihm Gegenstände, die unmittelbar oder mittelbar einem Entweichen dienen können, abgenommen und bis zu seiner Entlassung anderweitig verwahrt werden. (…)

Absonderung (§30 IfSG)

(4) Der behandelnde Arzt und die zur Pflege bestimmten Personen haben freien Zutritt zu abgesonderten Personen. Dem Seelsorger oder Urkundspersonen muss, anderen Personen kann der behandelnde Arzt den Zutritt unter Auferlegung der erforderlichen Verhaltensmaßregeln gestatten.

(5) Die Träger der Einrichtungen haben dafür zu sorgen, dass das eingesetzte Personal sowie die weiteren gefährdeten Personen den erforderlichen Impfschutz oder eine spezifische Prophylaxe erhalten.

(6) Die Länder haben dafür Sorge zu tragen, dass die nach Absatz 1 Satz 1 notwendigen Räume, Einrichtungen und Transportmittel zur Verfügung stehen.

(7) Die zuständigen Gebietskörperschaften haben dafür zu sorgen, dass die nach Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 notwendigen Räume, Einrichtungen und Transportmittel sowie das erforderliche Personal zur Durchführung von Absonderungsmaßnahmen außerhalb der Wohnung zur Verfügung stehen. Die Räume und Einrichtungen zur Absonderung nach Absatz 2 sind nötigenfalls von den Ländern zu schaffen und zu unterhalten.

TBC LUNGENKLINIK PARSBERG

WEITERE SEITEN

REGENSBURG & PARSBERG

PARSBERG - LUNGEN- & BRONCHIALHEILKUNDE

KOSTEN & ANMEL-DEFORMULARE

Zum Download

medbo Bezirkskrankenhaus Parsberg
Klinik für Lungen- und Bronchialheilkunde

Willkommen in der Klinik für Lungen- und Bronchialheilkunde am Bezirkskrankenhaus Parsberg. Die Klinik behandelt krankheitsuneinsichtige Patienten mit ansteckender Tuberkulose (TBC). Sie ist die einzige ihrer Art im gesamten Bundesgebiet. Die Patienten werden ausschließlich aufgrund eines richterlichen Beschlusses untergebracht.

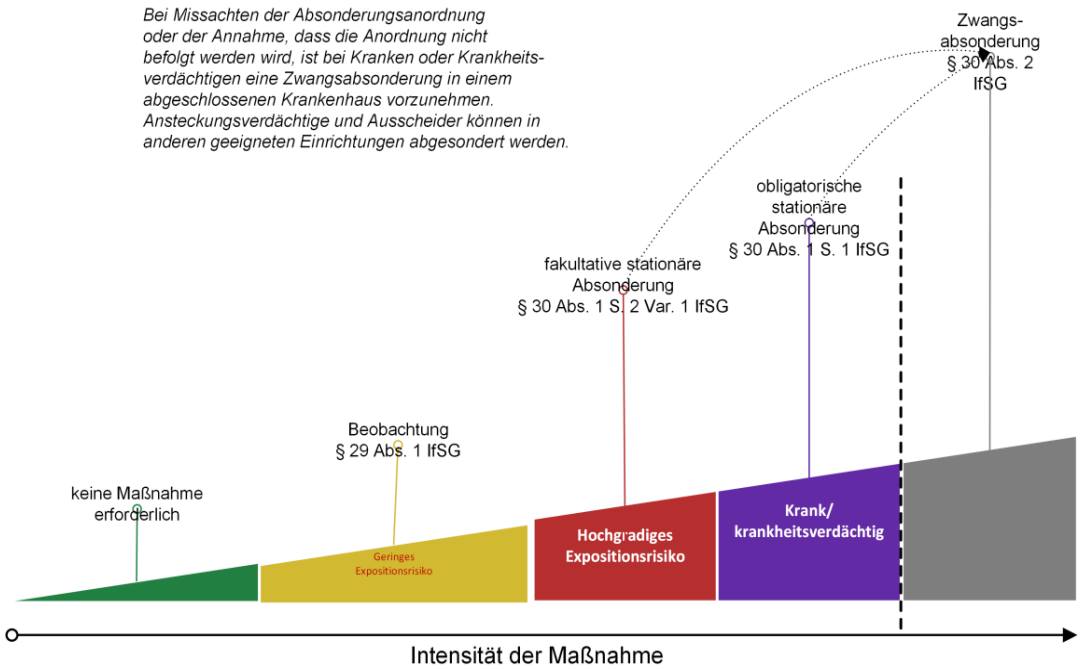
Rechtliche Grundlage für die Unterbringung ist § 30 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz (IfSG), der die geschlossene Unterbringung von Patienten mit ansteckenden Krankheiten regelt. Der Unterbringungsbeschluss muss dabei als Freiheitsentziehung im Sinne §§ 415 ff. des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) ergehen. Hierzu bedarf es ferner zwingend eines Antrags zur Unterbringung durch eine Behörde, welche im Unterbringungsbeschluss zu benennen ist. Eine Unterbringung nach dem Betreuungsrecht reicht hingegen nicht als rechtliche Grundlage aus.

Dr. med. Ralf Mütterlein, Ärztlicher Direktor

Berufliches Tätigkeitsverbot

Die zuständige Behörde kann Kranken, Krankheitsverdächtigen, Ansteckungsverdächtigen und Ausscheidern die Ausübung bestimmter beruflicher Tätigkeiten ganz oder teilweise untersagen. Satz 1 gilt auch für sonstige Personen, die Krankheitserreger so in oder an sich tragen, dass im Einzelfall die Gefahr einer Weiterverbreitung besteht.

Fallbeispiel: Lungenpest



Kategorie (Mögliche Maßnahmen: siehe oben)	Beispiel Fall-/ Expositionsszenario	Konsequenz (Mögliche Maßnahmen: siehe oben)
krank oder krankheitsverdächtig	Siehe Falldefinition Kap. 4.1	Kein Ermessen hinsichtlich der zu ergreifenden Maßnahmen - unverzügliche Handlungspflicht
Hohes Expositionsrisiko	In den letzten 7 Tagen einer Ausbringung mit Y. pestis kontaminiertem Material ausgesetzt ODER direkter Kontakt zu einem an Lungenpest Erkrankten, z.B. direkter Körperkontakt, Anhusten, ungeschützter Kontakt zu Körperflüssigkeiten des Erkrankten ODER direkter ungeschützter Kontakt zu einem an Lungenpest Verstorbenen, z.B. bei einer Beerdigungszeremonie ODER direkter ungeschützter Kontakt zu einer Katze/einem Nagetier mit mutmaßlicher oder nachgewiesener Pestinfektion	Ansteckungsverdacht Ermessen hinsichtlich der zu ergreifenden Maßnahmen
Niedriges Expositionsrisiko	Kurzzeitiger Aufenthalt im selben Raum mit einem an Lungenpest Erkranktem aber sicheres Wissen darüber, dass Abstand > 2m eingehalten wurde und kein Kontakt mit kontaminierten Körperflüssigkeiten bzw. Tröpfchen stattfand	
kein Expositionsrisiko	Beispiele für Personen, die kein erkennbares Expositionsrisiko hatten: Kontakt mit einer asymptomatischen Person, die Kontakt zu einem an Lungenpest Erkrankten hatte, Kontakt zu einem an Lungenpest Erkrankten, bevor er Symptome hatte, Personen, die sich vor mehr als 7 Tagen in einem von Lungenpest betroffenen Gebiet aufgehalten haben	kein Ansteckungsverdacht

(1) Ein begründeter und nicht widerlegter Verdachtsfall gilt entsprechend

Zusammenfassung

IfSG

Meldepflicht

Beobachtung

Absonderung

Tätigkeits-
verbot

Landes-
stelle

STAKOB

Zuständige
Gesundheits
behörde