

Empfehlungen zur Verhütung und Bekämpfung der Hepatitis A im Freistaat Sachsen

- Sächsisches Herdbekämpfungsprogramm Hepatitis A -

Stand: Mai 2022

1	Epidemiologie	
1.1	Erreger	Das Hepatitis A-Virus (HAV) ist ein einzelsträngiges RNA-Virus. Es gehört zur Familie der Picornaviridae im Genus Hepatovirus. Der Mensch ist Hauptwirt und das epidemiologisch einzige relevante Reservoir von HAV. Das Virus weist eine hohe Umweltstabilität sowie eine hohe Desinfektionsmittelresistenz auf.
1.2	Inkubationszeit	15-50 Tage (im Durchschnitt 25-30 Tage)
1.3	Übertragung	Die Übertragung erfolgt gewöhnlich fäkal-oral durch Kontakt- oder Schmierinfektion, entweder im Rahmen enger Personenkontakte oder indirekt über kontaminierte Lebensmittel, Wasser oder Gegenstände. Epidemische Ausbrüche werden meist durch kontaminiertes Trinkwasser, Badewasser oder Lebensmittel (häufig Muscheln, fäkaliengedüngtes Gemüse, Salate) ausgelöst. Eine parenterale Übertragung durch Blut und Blutprodukte (die Virämie kann über 3 Wochen andauern) ist möglich, kommt jedoch nur selten vor.
1.4	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Erkrankte Personen sind ab 2 Wochen vor und bis zu 2 Wochen nach Erkrankungsbeginn bzw. bis 1 Woche nach Auftreten des Ikterus ansteckend. Die Virusausscheidung über den Stuhl erfolgt bereits 2 Wochen vor Krankheitsausbruch und erreicht ihr Maximum noch vor Auftreten der ersten Symptome. Auch asymptomatisch Infizierte oder subklinisch Erkrankte können eine Infektionsquelle darstellen. Bei Säuglingen ist eine verlängerte Ausscheidung möglich.
1.5	Verbreitung	Weltweite Verbreitung, sporadisch, endemisch oder in Form von Epidemien. In Ländern mit niedrigem Hygienestandard sehr hohe Durchseuchung bereits im Kindesalter. Typische Reiseerkrankung, ca. 30–40 % aller in Deutschland gemeldeten HAV-Fälle sind reiseassoziiert (2020 pandemiebedingt nur ca. 15 % reiseassoziiert bei gleichzeitigem Rückgang der Fallmeldungen um ein Drittel). Hohe Prävalenzraten im gesamten Mittelmeerraum, Nahen Osten, Asien, Afrika, Mittel- und Südamerika und in osteuropäischen Ländern. In gemäßigten Klimazonen liegt der Morbiditätsgipfel im Sommer und Herbst.
1.6	Immunität	Die Infektion hinterlässt eine lebenslange Immunität. Durch Impfung kann ebenfalls eine Immunität erreicht werden (siehe hierzu Punkt 5.1).
1.7	Falldefinitionen (nach RKI)	Über die zuständige Landesbehörde (LUA Sachsen) an das RKI zu übermittelnde Fälle sind (Meldung siehe Punkt 6): <ul style="list-style-type: none"> - Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung - Klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung (siehe auch Punkt 3.2) - Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild - Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischen Bild

2	Klinik	
2.1	Klinisches Bild	<ul style="list-style-type: none"> - Vorausgehend unspezifische Symptomatik (gastrointestinale Symptomatik, Krankheitsgefühl, gelegentlich Temperaturerhöhung) - Ikterus (Dauer wenige Tage bis mehrere Wochen) - Gastrointestinale Symptome - Lebervergrößerung (bei 25% auch Milzvergrößerung) - Cholestasezeichen (dunkler Urin, entfärbter Stuhl) - Fieber - Hautjucken - Häufig subklinische asymptomatische Verläufe (besonders bei Kindern)
2.2	Komplikationen, Letalität	<ul style="list-style-type: none"> - fulminante Verläufe (0,01 – 0,1 %) - Letalität <0.1% (zunehmend mit steigendem Alter, v.a. bei Personen mit hepatischen Vorerkrankungen) - Trägerstatus und chronische Formen sind nicht bekannt
3	Labordiagnostik	Eine sichere Diagnose allein anhand des klinischen Bildes ist nicht möglich, die labordiagnostische Bestätigung ist zwingend erforderlich.
3.1	Untersuchungsmaterial	<ul style="list-style-type: none"> - Stuhl - Blut
3.2	Methoden	<p>Indirekter (serologischer) Nachweis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anti-HAV-IgM-Antikörperrnachweis (ELISA) = Beweis für frische oder kurz zurückliegende Infektion, wird positiv ab etwa 3 Tage vor Erkrankungsbeginn, Nachweisdauer ca. 3–4 Mon., Anti-HAV-IgM-Antikörper können aber auch länger persistieren. ➤ Anti-HAV-IgG-Antikörperrnachweis (ELISA) = Durchseuchungsmarker, zeigt Immunität gegen HAV nach Erkrankung oder Impfung an, signifikanter Titeranstieg bei akuter Erkrankung, lebenslange Persistenz <p>Direkter Nachweis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ PCR (Virusgenomnachweis) aus Stuhl (oder während Virämie aus Blut), Nachweis bereits in der Inkubationszeit ➤ (HAV-Antigen-Nachweis (ELISA, RIA) im Stuhl) ➤ Sequenzierung des HAV-Genoms zur Klärung von Infektionsketten (nur in Speziallaboren) <p>Zusätzliche Laborveränderungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ALAT (SGPT) / ASAT (SGOT): unspezifische, aber sehr frühe Marker für die Zellentzündung ➤ Gallenfarbstoffe in Urin und Serum: unspezifische Marker für Gallenstoffwechselstörung
4	Therapie	<ul style="list-style-type: none"> - symptomatisch, ggf. Bettruhe, keine spezifische antivirale Therapie - strikte Alkoholkarenz, keine Verabreichung potentiell hepatotoxischer Medikamente - bei fulminantem Verlauf kann ggf. eine Lebertransplantation lebensrettend sein
5	Prophylaxe	
5.1	Aktive Immunisierung	<p>Impfung mit inaktiviertem Hepatitis A-Virus siehe Impfempfehlung E 1 der SIKO (Stand 01.01.2022)</p> <p>(S) Standardimpfung Seronegative Kinder ab 2. Lebensjahr und Erwachsene (prävakzinale HAV-Serologie nach epidemiologischen und klinischen Aspekten (z.B. längerer Aufenthalt in Endemiegebieten, Personen mit Migrationshintergrund) und für einheimische Erwachsene generell bei vor 1950 Geborenen empfohlen)</p> <p>(B) Berufliche Indikationsimpfung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personal und Beschäftigte gemäß §§ 23, 33, 36 und 42 IfSG - Personal von Laboratorien - Polizisten, Sozialarbeiter - Kanalisations- und Klärwerksarbeiter <p>Personaldefinition: Medizinisches und anderes Fach- und Pflegepersonal, Küchen- und Reinigungspersonal, einschließlich Auszubildende, Praktikanten und Studenten, Ehrenamtliche</p>

5.2	Passive Immunisierung	<ul style="list-style-type: none"> • Indikationen: → postexpositionell: Im Rahmen der Simultanprophylaxe oder evtl. bei kontraindizierter aktiver Hepatitis A-Impfung (Kontakt zu HAV sollte max. 2 Wochen zurückliegen) → präexpositionell: Auslandsreisende nur im Ausnahmefall, wenn keine aktive Hepatitis A-Impfung durchgeführt werden kann • Wirkung nur nach (frühestmöglicher) Gabe innerhalb von 10 (bis maximal 14) Tagen nach Exposition zu erwarten • Wirksamkeit 80-90 % • Eine Wiederholung der Gabe von Immunglobulin alle 3 Monate ist bei anhaltender oder erneuter Exposition notwendig, falls keine Simultanimpfung durchgeführt wurde
5.2.1	Mittel	Immunglobuline mit deklariertem Anti-HAV-Gehalt
5.2.2	Dosierung und Dauer der prophylaktischen Gabe	Je nach Präparat, Packungsbeilage beachten
5.2.3	Simultanprophylaxe	<ul style="list-style-type: none"> • Gabe von Impfstoff und Immunglobulin zeitgleich und kontralateral • Indikationen: → postexpositionell: - wenn nach sorgfältigen epidemiologischen Ermittlungen der mögliche epidemiologisch effektive Kontakt zum Indexfall länger als 72 Stunden zurückliegt - bei länger zurückliegendem unklaren Expositionszeitpunkt (Kontakt zu HAV sollte aber max. 2 Wochen zurückliegen) - bei nichtimmunen HBsAg- und HCV-Trägern, Patienten mit chronischer Lebererkrankung oder über 50-jährige ohne Immunität (schwerere Verläufe, erhöhte Letalität). - Cave: Verhindert Ausbruch der Erkrankung nicht in allen Fällen
5.3	Aufklärung von Kontaktpersonen	Neben der aktiven Impfung (und ggf. der passiven Immunisierung) hat eine Aufklärung über evtl. auftretende Frühsymptome zu erfolgen, bei denen sofort ein Arzt aufzusuchen ist
6	Meldepflicht an das zuständige Gesundheitsamt	<ul style="list-style-type: none"> - namentliche Meldung bei Verdacht, Erkrankung sowie Tod an akuter Virushepatitis (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. e IfSG) - namentliche Meldung eines direkten oder indirekten Nachweises einer akuten HAV-Infektion (§ 7 Abs. 1 Nr. 19 IfSG) - § 8 IfSG: die zur Meldung verpflichteten Personen - § 9 IfSG: Angaben, die eine namentliche Meldung an das Gesundheitsamt beinhalten muss
7	Maßnahmen für Gemeinschaftseinrichtungen	
7.1	Erkrankte und Krankheitsverdächtige	<ul style="list-style-type: none"> - Tätigkeits- und Besuchsverbot für Beschäftigte und Betreute bis zwei Wochen nach Auftreten erster klinischer Symptome bzw. eine Woche nach Auftreten des Ikterus - Bei Kindern und Kleinkindern sollte bei Wiederezulassung die entsprechende Hygienekompetenz berücksichtigt werden, da das Virus auch länger ausgeschieden werden kann. - Endgültige Entscheidung zur Wiederezulassung liegt beim behandelnden Arzt bzw. Arzt des Gesundheitsamtes.
7.2	Kontaktpersonen	<p>Wiederezulassung von Kontaktpersonen (Wohngemeinschaft, enge Kontaktpersonen) bei Erkrankung oder Verdacht auf HAV in einer Wohngemeinschaft, wenn die Personen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - über eine ausreichende, dokumentierte Immunität (vollständige Grundimmunisierung oder durchgemachte HAV-Erkrankung) zur Zeit der Ansteckungsfähigkeit verfügen - eine postexpositionelle Schutzimpfung erhalten haben und der Einrichtung für wenigstens 2 Wochen nach der Impfung ferngeblieben sind - im Falle einer fehlenden Immunität 4 Wochen nach dem letzten infektionsrelevanten Kontakt der Einrichtung ferngeblieben sind <p>In Einvernehmen mit dem Gesundheitsamt können Ausnahmen zugelassen werden, wenn Maßnahmen durchgeführt werden, mit denen eine Übertragung verhütet werden kann (§ 34 Abs. 7 IfSG).</p>

7.3	Benachrichtigungspflichten	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, <ul style="list-style-type: none"> • wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Hepatitis A erkrankt oder dessen verdächtig sind oder • wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Hepatitis A aufgetreten ist.
7.4	Schutzimpfung	siehe aktive Immunisierung/ passive Immunisierung/ Simultanprophylaxe Punkt 5
7.5	Neuaufnahme für Gemeinschaftseinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Vierwöchige Aufnahmesperre für Empfängliche nach Auftreten eines Falles in der Einrichtung - Neuaufnahmen sind möglich bei bestehendem Impfschutz, nach zeitgerechter postexpositioneller Schutzimpfung oder nach früher abgelaufener, labordiagnostisch bestätigter Hepatitis A-Erkrankung
7.6	Desinfektion	Kontaminierte Oberflächen sind mit einem Desinfektionsmittel mit nachgewiesener „viruzider“ Wirksamkeit zu desinfizieren.
8	Hygienemaßnahmen im Krankenhaus	
8.1	Patientenbezogen	<ul style="list-style-type: none"> - Räumliche Isolierung des Patienten für mindestens 2 Wochen nach Auftreten der ersten klinischen Symptome bzw. 1 Woche nach Auftreten des Ikterus im Einzelzimmer mit eigenem Sanitärbereich - Aufklärung über Händehygiene - Im Übrigen gelten die Regeln der Standardhygiene
8.2	Personalbezogen	<ul style="list-style-type: none"> - Möglichst nur nichtempfindliches, immunes Personal einsetzen - Schutzkittel: erforderlich - Schutzhandschuhe: erforderlich bei möglichem Kontakt mit erregerrhaltigem Material oder mit kontaminierten Objekten - Hygienische Händedesinfektion (alkoholisches Händedesinfektionsmittel, viruzid, Hepatitis A-Wirksamkeit nachgewiesen) vor und nach Patientenkontakt, nach Kontakt mit erregerrhaltigem Material oder mit kontaminierten Objekten, nach Ablegen der Schutzhandschuhe - Mund-Nasen-Schutz: nicht erforderlich - Schuhe: Wechsel nicht erforderlich
8.3	Desinfektion/ Entsorgung	<p>Laufende Desinfektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wirkungsbereich der Desinfektionsmittel und –verfahren: „viruzid“ - Es sind Mittel bzw. Verfahren aus der Liste des VAH, die vorzugsweise auch in der Liste des RKI verzeichnet sind, einzusetzen. Bei behördlich angeordneten Desinfektionsmaßnahmen ausschließliche Anwendung der RKI-Liste (§ 18 Abs. 1 IfSG) - Desinfektion im Patientenzimmer (und Haushalt des Patienten) - Desinfektion der patientennahen Flächen, diese ist bei Bedarf auf weitere Flächen auszuweiten - Instrumentendesinfektion: möglichst thermische Desinfektionsverfahren anwenden, bei zentraler Desinfektion Transport im geschlossenen Behälter - Geschirr: Transport im geschlossenen Behälter zur zentralen Desinfektion im Geschirrspülautomaten - Wäsche: desinfizierende Aufbereitung (s. o.), zentrale Desinfektion bei geschlossenem Transport ohne Kontaminationsgefahr für die Umgebung <p>Schlussdesinfektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Matratzen, Kissen und Decken sind mit Mitteln und Verfahren der Liste des RKI zu desinfizieren. Ansonsten sind die Maßnahmen entsprechend den Angaben zur laufenden Desinfektion anzuwenden. - Entsorgung der Abfälle: AS 18 01 04 bzw. 18 01 01 gemäß LAGA-Vollzugshilfe vom Juni 2021; Fäzes und Urin können undesinfiziert der Kanalisation zugeführt werden.

9	Maßnahmen im Lebensmittelverkehr	
9.1	Erkrankte und Krankheitsverdächtige	<p>Nach § 42 Abs. 1 IfSG dürfen Personen, die an Hepatitis A erkrankt oder dessen verdächtig sind, nicht tätig sein oder beschäftigt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - beim Herstellen, Behandeln oder Inverkehrbringen der in § 42 Abs. 2 genannten Lebensmittel, wenn sie dabei mit diesen in Berührung kommen - in Küchen von Gaststätten und sonstigen Einrichtungen mit oder zur Gemeinschaftsverpflegung <p>Tätigkeitsverbot bis 2 Wochen nach Erkrankungsbeginn (bzw. 1 Woche nach Auftreten des Ikterus)</p>
9.2	Kontaktpersonen	<ul style="list-style-type: none"> - Tätigkeitsverbot für 28 Tage nach letzter Exposition - Die Zulassung erfolgt nach PCR in der 4. Woche bei negativem Resultat - Das Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot entfällt bei immunen Personen (siehe Punkt 7.2).
9.3	Schutzimpfung	siehe aktive Immunisierung/ passive Immunisierung/ Simultanprophylaxe Punkt 5
10	Aufgaben des erstbehandelnden Arztes	<ul style="list-style-type: none"> - Sofortige namentliche Meldung bei Verdacht, Erkrankung sowie Tod an das zuständige Gesundheitsamt (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 IfSG) - Erfassung von Kontaktpersonen in der Familie, Einleitung postexpositionelle Impfung bzw. Simultanprophylaxe sowie Festlegung von notwendigen Absonderungsmaßnahmen in Absprache und nach Festlegung durch das Gesundheitsamt
11	Aufgaben des Gesundheitsamtes	<ul style="list-style-type: none"> - Erfassung aller Kontaktpersonen (in Familie, Gemeinschaftseinrichtungen, sonstige) - Postexpositionelle Impfung der empfänglichen Kontaktpersonen (siehe Punkt 5.1) - Passive Immunisierung mit Immunglobulinen im Rahmen einer Simultanprophylaxe (siehe Punkt 5.2) - Festlegung notwendiger Absonderungsmaßnahmen für Erkrankte, Krankheitsverdächtige und Kontaktpersonen (siehe Punkte 7 und 9) - Detaillierte epidemiologische Analyse der Erkrankungsfälle - Kontrolle und Sicherstellung der Labordiagnostik in Zusammenwirken mit den LÜVÄ (Blut, Stuhl, evtl. Lebensmittel, Wasserproben) sowie der LUA Sachsen - Übermittlung der Meldungen an LUA Sachsen bzw. RKI (§ 11 IfSG)
12	Maßnahmen bei Ausbrüchen	<ul style="list-style-type: none"> - Schnellstmögliche Ermittlung der Ausbruchsursache (meist kontaminiertes Trinkwasser oder kontaminierte Lebensmittel) - Einleitung effizienter Maßnahmen zur Sanierung der Infektionsquelle - Impfung infektionsgefährdeter Personen im Umfeld eines Ausbruches mit einem Impfstoff, der ein Zwei-Dosen-Schema zulässt, in ausgewählten Fällen auch passive Immunisierung innerhalb von 14 Tagen nach HAV-Exposition - Umfassende Information an alle Beteiligten über Übertragungswege, Symptome, präventive Maßnahmen, Maßnahmen für Patienten und Kontaktpersonen

Literatur:

- 1) RKI Ratgeber „Hepatitis A“, Stand November 2019
- 2) Falldefinitionen des RKI, Stand 01.01.2019
- 3) Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision (SIKO) zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen vom 02.09.1993, Stand: 01.01.2022
- 4) Empfehlungen der Ständigen Impfkommision beim Robert Koch-Institut 2021 (Epidemiologisches Bulletin 34/2021, 26. August 2021)
- 5) Mitteilung der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut: Fragen und Antworten (Epidemiologisches Bulletin 10/2000, 10. März 2000)
- 6) Empfehlungen für die Wiedermulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz, Stand 13.01.2020
- 7) Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI)

Bearbeiter:

Dr. med. I. Ehrhard	LUA Dresden
Dr. med. K. Flohrs	LUA Dresden
Dr. med. A. Hofmann	LUA Chemnitz
Dr. med. S.-S. Merbecks	LUA Chemnitz
Dr. med. L. Schmiedel	LUA Chemnitz
Dr. med. V. Vieracker	LUA Dresden

AG Infektionsschutz des Landesverbandes Sachsen der Ärzte und Zahnärzte des ÖGD
(Lt. DM S. Bertuleit)

Anlage 1

- Merkblatt über die Virushepatitis vom Typ A
- Verhaltensempfehlungen beim Auftreten von Virushepatitis A-Erkrankungen in Familien, Gemeinschaftseinrichtungen oder am Arbeitsplatz

Anlage 2

Epidemiologischer Ermittlungsbogen bei Hepatitis A für das Gesundheitsamt

Anlage 3

Erfassungsbogen für Kontaktpersonen

Merkblatt über die Virushepatitis vom Typ A

Erreger und Übertragung

Bei der Virushepatitis vom Typ A handelt es sich um eine Lebererkrankung, die mit oder ohne Gelbsucht verlaufen kann und deren Krankheitsbild insgesamt stark variiert.

Der Erreger, das Hepatitis A-Virus (HAV), ist sehr stabil und besitzt eine hohe Umweltresistenz. Es ist im Wesentlichen bis zu ca. 3 Wochen im Blut nachweisbar und wird ca. 2 Wochen vor bis 2 Wochen nach Krankheitsbeginn mit dem Stuhl ausgeschieden. Die höchste Virusausscheidung erfolgt kurz vor Einsetzen der Symptome.

Eine Übertragung über Blut ist zwar möglich, der Hauptübertragungsweg/-mechanismus ist jedoch der direkte persönliche Kontakt (Schmierinfektion) incl. Intimkontakt oder der indirekte Weg über mit dem Virus verunreinigte Lebensmittel, Trinkwasser, Badewasser, Gegenstände usw.

Krankheit

Bei Kindern verläuft die Erkrankung häufig sehr leicht, z. T. auch ohne Krankheitszeichen. Erste Symptome treten ca. 15–50 (durchschnittlich 28) Tage nach der Ansteckung auf.

Bei Erwachsenen überwiegen die klinisch typischen Formen. Dabei beginnt die Erkrankung akut mit Fieber, Symptomen seitens der Atemwege (können fehlen), Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Appetitlosigkeit, dunklem Urin und entfärbtem Stuhl. Eine Gelbsucht, mitunter auch Juckreiz, können hinzukommen. Zwei- und mehrphasige Verlaufsformen sind nicht selten, schwere und tödliche Erkrankungen werden beobachtet, chronische Formen sind nicht bekannt.

Diagnostik

Die Diagnose der Virushepatitis A ist gegenwärtig sicher durch den Nachweis spezifischer Antikörper gegen das Hepatitis A-Virus (Anti-HAV) oder den Nachweis der virusspezifischen Nukleinsäure zu stellen.

Infektionsquellen

Quellen für neue Infektionen anderer Menschen sind Personen kurz vor Auftreten der ersten Symptome sowie frisch Erkrankte (unabhängig von der Art und Schwere der auftretenden Symptome). Auch asymptomatisch Infizierte sind ansteckend.

Ansteckungsrisiko/Vorkommen

Ein besonderes Ansteckungsrisiko besteht für bestimmte Berufsgruppen sowie Kontaktpersonen zu Erkrankten, wie für medizinisches Personal (Infektionsabteilung, Kinderheilkunde), Kanalarbeiter, Laborpersonal beim Umgang mit Stuhl, Entwicklungshelfer, Kinder und Personal in Gemeinschaftseinrichtungen (besonders des Vorschulalters) sowie Familienangehörige von infizierten Personen bzw. Erkrankten. Auch bei Personen mit häufig wechselnden Sexualpartnern besteht ein erhöhtes Ansteckungsrisiko.

Besonders gefährdet sind außerdem Reisende in Länder mit schlechten hygienischen Bedingungen und einer hohen Erkrankungshäufigkeit. In den letzten Jahren lag der Anteil der Reisehepatitis aller in Deutschland gemeldeten HAV-Fälle bei ca. 30–40 %.

Therapie/ Prophylaxe

Da es nur symptomatische Behandlungsmöglichkeiten gibt, ist der aktiven und/oder passiven Impfung insbesondere für die Personen bzw. Personengruppen, die einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt sind, durch eine Infektion besonders gefährdet sind oder im Infektionsfall ein besonderes Verbreitungsrisiko (z. B. im Lebensmittelbereich Tätige) darstellen, eine überragende Bedeutung beizumessen. Besonders gefährdet für eine Infektion sind Personen mit beruflicher Exposition (z. B. Tätigkeit in Gemeinschaftseinrichtungen, im Gesundheitssektor, im Laborbereich oder in der Abwasserentsorgung), Personen mit sexuellen Risikokontakten sowie Personen mit häufiger Übertragung von Blutbestandteilen. Ein Risiko für einen schweren Verlauf besteht insbesondere bei älteren Menschen oder bei Personen mit Lebererkrankungen. In Sachsen ist die Impfung gegen Hepatitis A für alle Kinder ab dem 2. Lebensjahr und alle nicht-immunen Erwachsenen empfohlen.

Verhaltensempfehlungen beim Auftreten von Virushepatitis A-Erkrankungen in Familien, Gemeinschaftseinrichtungen oder am Arbeitsplatz

Um eine Ansteckung oder Weiterverbreitung auf andere Personen zu vermeiden, müssen die Anweisungen und Empfehlungen des behandelnden Arztes sowie des Gesundheitsamtes exakt eingehalten bzw. befolgt werden.

Dies betrifft die gemäß Infektionsschutzgesetz und anderen gültigen Rechtsnormen notwendigen Blutuntersuchungen, Absonderungsmaßnahmen, Besuchs- oder Tätigkeitsverbote ebenso wie die Immunprophylaxe und die im häuslichen bzw. beruflichen Umfeld erforderlichen Hygienemaßnahmen. Dazu gehören vor allem auch persönliche Hygiene, speziell Händedesinfektion und -reinigung nach Toilettenbenutzung, die thermische Desinfektion von Bett- und Leibwäsche mittels Behandlung bei 95°C bzw. das Waschen thermosensibler Textilien bei 65°C für 15 min. Wenn desinfizierende Waschverfahren vorhanden sind, sollen diese vorzugsweise eingesetzt werden. Möglicherweise verunreinigte Flächen und Gegenstände sind zu desinfizieren (z.B. im Toilettenbereich), erregershaltige Abfälle sind sachgemäß zu entsorgen.

Genaue Hinweise zu den im Einzelfall notwendigen hygienischen Maßnahmen, zu den anzuwendenden Desinfektionsmitteln und deren Konzentration sowie zur Immunprophylaxe erhalten Sie von den Mitarbeitern Ihres Gesundheitsamtes, die Sie zu diesen und sonstigen Fragen oder Problemen gern beraten werden.

Durch diszipliniertes Verhalten können Sie wesentlich dazu beitragen, sich und Ihre Familie sowie andere Menschen vor einer Infektion zu schützen und damit die Ausbreitung der Virushepatitis A zu verhindern.

Epidemiologischer Ermittlungsbogen bei Hepatitis A für das Gesundheitsamt

Anlage zum Ermittlungsbericht lfd. Nr.:

1. Angaben zur Person

Name: Vorname: Geburtsname:

Geb.-Datum:

2. Angaben zur Infektion

2.1 Grund der Ermittlung (z. B. Labormeldung):

2.2 Krankheitssymptome (ja / nein, welche):

erste Symptome seit wann:

Gelbsucht (ja / nein, wo (Haut/Auge), seit wann):

2.3 Arbeitsunfähigkeit von: bis:

2.4 Laborbefunde

Hepatitis-Serologie: Datum:

HAV-Ag Anti-HAV-IgG

Anti-HAV-IgM HAV-PCR

Leberenzymbestimmungen: Datum:

ASAT ALAT GammaGT

Alkal. Phosphatase Bilirubin

evtl. weitere Laborbefunde:
(z. B. Immunglobuline)

Leberbiopsie durchgeführt: ja / nein
(verbaler Text der path.-anatom. Diagnose als Anlage)

2.5. Impfung gegen Hepatitis A:

ungeimpft unvollständig geimpft vollständig geimpft

Datum der letzten Impfung:

Name des Impfstoffs:

3. Epidemiologische Ermittlungen

3.1 Kontakt zu bekannter Erkrankung
(Personalien und Befunde - Diagnose und Hep.-Serologie - der Kontaktpersonen):

.....

Art des Kontaktes:

Zeitpunkt, Häufigkeit oder Dauer des Kontaktes:

3.2 Ernährungsanamnese der letzten 4 Wochen (mit Datumsangabe):

Risikolebensmittel (z.B. Muscheln, Obst, Gemüse, Tiefkühlbeeren):

Gaststättenbesuche (mit Angabe des Namens):

betriebl. Gemeinschaftsverpfl./Pausenversorgung:

Getränke/Trinkwasser:

3.3 Falls Sie in einer Gemeinschaftseinrichtung leben: Art der Unterkunft und Anzahl der Betten pro Zimmer:

.....

3.4 Sanitäre Verhältnisse

Toiletten (Art, Benutzer pro Sitz, Einschätzung des hygienischen Zustandes):

.....

Wasch-, Dusch- oder Badeverhältnisse (Art, Benutzeranzahl, hygienischer Zustand):

.....

3.5 Aufenthalt in den letzten 7 Wochen durch Beruf, Reise, Urlaub (Ort, Zeit):

.....

3.6 Erfolgte im letzten Monat Blut-, Frauenmilch-, Sperma-, Gewebe- oder Organspenden (ja / nein, welche)?

.....

3.7 Bestehen Risikofaktoren (z. B. durch berufliche Tätigkeit, Zugehörigkeit zu Risikogruppen wie Männer, die Sex mit Männern haben (MSM))?

.....

Stempel des Gesundheitsamtes

