

Auswertung Fragenbereich zum IMD Online-Seminar am 14.05.2025

Frage	Antwort
Interessant und für mich nicht nachvollziehbar ist, dass zwar das Personal von Flüchtlingsunterkünften eine Impfindikation haben, nicht aber die Flüchtlinge selbst. Gibt es hierfür - außer ökonomischen - einen fachlichen Grund, warum diese vulnerable Gruppe, wo sich immer mal wieder Dauerausscheider finden und Ausbruchsgeschehen entstehen, bei den Impfempfehlungen nicht mitbetrachtet wird?	Als Labor haben wir leider keinen Einfluss auf die Impfempfehlungen der ständigen Impfkommission (STIKO). Deren Arbeit wird von der STIKO-Geschäftsstelle im Fachgebiet Impfprävention des Robert Koch-Instituts koordiniert. Selbstverständlich würde es aber Sinn machen, ein möglichst breites Spektrum an vulnerablen Gruppen durch eine Impfung gegen Hepatitis B zu schützen.
Aufgrund der Globalisierung kommen deutlich mehr Menschen aus Subsahara-Afrika/Asien zu uns bzw. ist die Reiseaktivität wieder deutlich zunehmend. Genotyp 1+2 kommt dort vor und das einzige Reservoir ist der Mensch. Da dieser Genotyp für Schwangere besonders im dritten Trimenon ein erhebliches Risiko mit einer Letalität von ca. 30 % darstellt, würde mich interessieren, ob es Bestrebungen gibt, bei diesem Patientenkontext und Menschen, die mit ihnen Kontakt haben sowie bei Reiserückkehrern bei Nachweis einer Infektion auch den Genotyp zu bestimmen, um einen Überblick zu bekommen, ob es eine Verschiebung der Genotypen im Rahmen der Globalisierung gibt?	Standardmäßig kann der HEV-Genotyp leider nicht bestimmt werden. Dabei handelt es sich um eine molekularbiologische Methode, die Speziallaboren (z.B. Referenz- bzw. Konsiliarlaboren) vorbehalten ist. In der Regel entscheidet das zuständige Gesundheitsamt für den individuellen Fall, ob eine weiterführende Analytik beauftragt werden soll.
Gibt es eine Kreuzreaktivität bzgl. der Genotypen bei Hepatitis E (also mit einem Genotyp infiziert und niedrigeres Risiko bei Infektion mit einem der anderen Genotypen)?	Wir vermuten, dass Sie vermutlich Kreuzimmunität und nicht Kreuzreaktivität meinten? Man geht aktuell davon aus, dass infolge einer durchgemachten HEV-Infektion weitestgehend Kreuzimmunität zwischen den Genotypen besteht. Dennoch sind Reinfektionen (insbesondere mit anderen Genotypen) nicht auszuschließen.
Sind Hunde auch Hep-E-Wirte wenn sie rohes Fleisch gefüttert bekommen?	Angaben zur Seroprävalenz bei Haustieren finden Sie z.B. in folgendem Open-Access-Artikel: (Pischke, S., Knoop, E.V., Mader, M. et al. Anti-HEV seroprevalence and rate of viremia in a German cohort of dogs, cats, and horses. Sci Rep 13, 19240 (2023). https://doi.org/10.1038/s41598-023-46009-y)
Schützt die Hep B Impfung auch vor Hep C?	Nein, es gibt aktuell keine Impfung, die gegen eine HCV-Infektion schützt. Die Impfung gegen eine HBV-Infektion gewährleistet nur Schutz gegen eine Infektion mit dem Hepatitis B-Virus, sofern der anti-HBs-Titer 4-8 Wochen nach Grundimmunisierung bei ≥ 100 IU/l liegt.

Frage	Antwort
Ist Speichel auch infektiös?	Zum Hepatitis C-Virus äußert sich das RKI wie folgt: „Je nach Viruskonzentration im Blut kann HCV auch in anderen Körperflüssigkeiten, wie Speichel, Schweiß, Tränen nachweisbar sein. Eine Ansteckung durch diese Körperflüssigkeiten ist jedoch sehr unwahrscheinlich [...]“. (https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/RKI-Ratgeber/Ratgeber/Ratgeber_HepatitisC.html) Zum Hepatitis B-Virus gibt es unterschiedliche Aussagen. Nachfolgend finden Sie verschiedene Stellungnahmen anerkannter Institutionen. CDC: “Although HBV can be found in saliva, it is not spread through kissing or sharing utensils. It is also not spread through sneezing, coughing, hugging, breastfeeding, or food or water.” (https://www.cdc.gov/hepatitis-b/about/index.html) WHO: “It can spread through contact with infected body fluids like blood, saliva, vaginal fluids and semen.” (https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b) Das RKI schreibt dazu: „Andere Übertragungswege, die durch den Kontakt infizierter Körperflüssigkeiten mit Schleimhäuten bzw. Bagatellverletzungen oder anderweitig geschädigter Haut zustande kommen, sind möglich.“ (https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/RKI-Ratgeber/Ratgeber/Ratgeber_HepatitisB.html?nn=16911142#doc16784694bodyText5) Laborseitig anzumerken ist, dass HBV im Speichel in wesentlich geringeren Konzentrationen nachgewiesen werden kann als z.B. im Blut. Vermutlich kommt es im individuellen Fall auf die Viruskonzentration und somit auf die Infektionsdosis an. Hauptübertragungsweg stellen aber nach wie vor ungeschützte Sexualkontakte dar.
Hepatitis E: Wir können häufig positive IgM-Blots mittels PCR NICHT bestätigen. Wie sind ihre Erfahrungen mit der Häufigkeit der Unspezifitäten?	Ein Nachweis von IgG- und IgM-Ak (ELISA/Immunoblot) bei zeitgleich negativer PCR kann für eine zurückliegende Infektion mit Persistenz der IgM-Ak (teilweise über viele Monate) sprechen. Es kann sich aber auch um eine unspezifische Ak-Reaktion handeln. Unspezifische IgM-Ak-Reaktionen kommen u.a. zustande durch polyklonale Stimulierung von B-Lymphozyten im Rahmen anderer Infekte (insbesondere CMV, EBV). Solche unspezifischen Reaktionen sind immer wieder zu beobachten.

Frage	Antwort
Wenn trotz Impfung kein Titer entsteht? Wie sieht es aus mit Impfversagern bei Hepatitis B?	Bei „Non-Respondern“ sollten zum Ausschluss einer bestehenden chronischen HBV-Infektion HBsAg und anti-HBc bestimmt werden. Falls beide Parameter negativ sind, soll wie bei „Low-Respondern“ vorgegangen werden, d.h. zunächst eine sofortige weitere Impfstoffgabe mit anti-HBs-Kontrolle nach 4–8 Wochen. Falls der anti-HBs-Titer dann immer noch <100 IU/L liegt, sollten bis zu 2 weitere Impfstoffdosen jeweils mit anschließender anti-HBs-Kontrolle nach 4–8 Wochen verabreicht werden. Das weitere Vorgehen, falls nach insgesamt 6 Impfstoffdosen der anti-HBs-Titer <100 IU/L liegt, wird kontrovers diskutiert. Bei einer akuten Exposition wird für diese Personen eine passive Immunisierung empfohlen.
Sind die Leberwerte hoch bei Hep E, kann es auch leicht ikterisch sein mit minimalen erhöhten Leberwerten? allerdings mit hohem Fieber und großer Schlappeheit unklarer Natur.	Typisch bei einer akuten HEV-Infektion ist neben unspezifischen Krankheitszeichen (Müdigkeit, Schwäche, Fieber, Oberbauchschmerzen etc.) ein Anstieg der Transaminasen (ALT häufig führend vor AST) sowie der alkalischen Phosphatase, von Bilirubin und Gamma-GT. Durch den selbstlimitierenden Verlauf (bei Immunkompetenten) normalisieren sich die meisten Werte i.d.R. innerhalb von sechs Wochen wieder. Insbesondere bei atypischen Verläufen mit neurologischer Manifestation können die Leberwerte auch nur leicht erhöht oder normal sein. Ein Ikterus im Rahmen der HEV-Infektion kann - individuell unterschiedlich - stärker oder schwächer ausgeprägt sein.
Gelten bei den Antikörpertiter die gleichen Richtlinien bei Hepatitis A und B nach Impfung?	Hinsichtlich der Hepatitis B-Virusinfektion kann von Immunität ausgegangen werden, wenn der Impftiter (anti-HBs) 4-8 Wochen nach abgeschlossener Grundimmunisierung bei ≥ 100 IU/l liegt. Für die Hepatitis A-Virusinfektion gibt es keinen solchen Wert zur Orientierung. Empfohlen wird bei Vorliegen einer entsprechenden Impfindikation die vollständige HAV-Grundimmunisierung ohne nachfolgende Impftiterkontrolle (ggf. Ausnahme bei immunsupprimierten Patient:innen).