

# "VIRUSEPIDEMIOLOGISCHE INFORMATION" NR. 17/26



ZENTRUM FÜR VIROLOGIE  
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

Für den Inhalt verantwortlich:  
Prof. Dr. J. Aberle, Prof. Dr. St. Aberle,  
Prof. Dr. E. Puchhammer, Dr. M. Redlberger-Fritz,  
Prof. Dr. L. Weseslindtner  
Redaktion:  
Dr. Eva Geringer  
Zentrum f. Virologie d. Med. Universität Wien  
1090 Wien, Kinderspitalgasse 15  
Tel. +43 1 40160-65500 Fax: +43 1 40160-965599  
e-mail: virologie@meduniwien.ac.at  
homepage: www.virologie.meduniwien.ac.at

**Im Zeitraum von 18.08.2026 bis 31.08.2026 wurden am Zentrum für Virologie folgende Infektionen diagnostiziert:**

Epidemiologische Details sind unter folgenden Links abrufbar:

[Respiratorische Viren](#) | [Masern](#) | [FSME](#) | [Dengue](#) | [West-Nil-Virus](#) | [Puumalavirus \(Hantavirus\)](#)

| Virus                        | 04.08. - 17.08.26 | 18.08. - 31.08.26 | Virus                           | 04.08. - 17.08.26 | 18.08. - 31.08.26 |
|------------------------------|-------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------|-------------------|
| Adenovirus                   | 2                 | 2                 | Humanes Herpesvirus 7 (HHV7)    | 0                 | 1                 |
| Chikungunya Virus            | 1                 | 0                 | Humanes Herpesvirus 8 (HHV8)    | 0                 | 1                 |
| Cytomegalievirus             | 12                | 12                | Influenza A Virus               | 3                 | 5                 |
| Dengue Virus                 | 0                 | 3                 | Masern Virus                    | 1                 | 0                 |
| Dobrava Virus                | 1                 | 0                 | Metapneumovirus                 | 1                 | 0                 |
| Enterovirus                  | 10                | 1                 | Mumps Virus                     | 0                 | 1                 |
| Epstein Barr Virus           | 13                | 9                 | Papillomaviren (HPV high risk)  | 8                 | 6                 |
| FSME Virus                   | 20                | 7                 | Parainfluenza Virus             | 3                 | 3                 |
| HIV                          | 17                | 26                | Parechovirus                    | 1                 | 0                 |
| Hepatitis A Virus            | 0                 | 2                 | Parvovirus B19                  | 1                 | 0                 |
| Hepatitis B Virus            | 6                 | 7                 | Respiratorisches Synzytialvirus | 0                 | 1                 |
| Hepatitis C Virus            | 4                 | 3                 | Rhinovirus                      | 11                | 10                |
| Hepatitis D Virus            | 0                 | 1                 | SARS-CoV-2                      | 3                 | 0                 |
| Hepatitis E Virus            | 4                 | 2                 | Usutu Virus                     | 1                 | 3                 |
| Herpes simplex Virus         | 1                 | 0                 | Varizella Zoster Virus          | 7                 | 2                 |
| Herpes simplex Virus Typ 1   | 1                 | 1                 | West Nil Virus                  | 1                 | 1                 |
| Humane Coronaviren           | 1                 | 2                 |                                 |                   |                   |
| Humanes Herpesvirus 6 (HHV6) | 4                 | 3                 |                                 |                   |                   |

**Trend:** Weiterhin Nachweise von Rhino-Viren sowie von FSME-Virusinfektionen.

# Erster importierter Fall von Japanischer Enzephalitis in Österreich

**Marianne Graninger**

Das Japanische-Enzephalitis-Virus (JEV) gehört zur Familie der Flaviviren und ist eng mit dem West-Nil-Virus (WNV) und dem Usutu-Virus (USUV) verwandt. JEV wird durch Stechmücken der Gattung Culex übertragen, während Schweine und Wasservögel als Virusreservoir gelten. Das Verbreitungsgebiet des Virus umfasst weite Gebiete Süd- und Südostasiens sowie Nordaustralien; in Asien gilt die Japanische Enzephalitis mit 30 000 bis 50 000 gemeldeten Fällen pro Jahr als die häufigste virale Enzephalitis. Obwohl der Großteil der Infektionen asymptomatisch verläuft, kann es ähnlich wie bei WNV und USUV auch im Rahmen einer klinisch manifesten JEV-Infektion in sehr seltenen Fällen zu schweren neurologischen Beteiligung kommen, die mit einer hohen Letalität über 30% bzw. bei Überlebenden mit teils massiven neurologischen Langzeitfolgen einhergehen. Neben den vielfältigen Symptomen einer Enzephalitis kann es charakteristischerweise zu parkinsonoiden Beschwerden mit extrapyramidalen Störungen und Rigor, oder auch zu schlaffer oder spastischer Parese kommen. Zur Prophylaxe steht, auch für Reisende aus Europa, ein Totimpfstoff zur Verfügung. Neben Einwohnern von Endemiegebieten gelten Reisende, die sich längere Zeit im ländlichen Gebiet oder in der Nähe von Bewässerungsanlagen (z.B. Reisfeldern) und Schweinezucht aufhalten, als besonders infektionsgefährdet.

In der heutigen virusepidemiologischen Information berichten wir vom ersten an unserem Zentrum diagnostizierten importierten JE-Fall. Dabei handelte es sich um einen Patienten, der Mitte Juli 2026 aufgrund eines Zusammenbruchs und Krampfanfällen auf einer Intensivstation aufgenommen wurde. Anamnestisch litt der Patient bereits seit einigen Wochen unter neuropsychologischen Auffälligkeiten wie kognitiver Leistungseinbuße, verminderter Konzentrationsfähigkeit und psychischer Veränderung. Im behandelnden Krankenhaus wurde die Diagnose einer Hirnstammenzephalitis gestellt. Der Patient verschlechterte sich weiterhin und entwickelte einen

rezidivierenden Opisthotonus, also einer schmerzhaften Verkrampfung der Nacken- und Rückenmuskulatur. Die Reiseanamnese umfasste einen rezenten, mehrmonatigen Aufenthalt in Nordvietnam. Eine Untersuchung des Patientenserums an unserem Zentrum ergab einen positiven Nachweis von JEV-IgG Antikörpern, grenzwertige IgM Antikörper, und einen hohen Titer im JEV-Hämagglutinationshemmtest sowie im JEV-Neutralisationstest. Auch im Liquor konnten spezifische IgG-Antikörper nachgewiesen werden. Da der Patient anamnestisch keine JE-Impfung erhalten hatte, bestätigten die serologischen Befunde eine reiseassoziierte JEV-Infektion. Andere Flavivirusinfektionen wurden serologisch ausgeschlossen. Erfreulicherweise besserte sich der Zustand des Patienten im weiteren Verlauf, sodass er von der Intensivstation verlegt werden konnte.

Reiseassoziierte JEV-Importe in nichtendemische Gebiete sind selten, wurden jedoch in der Vergangenheit auch aus anderen europäischen Ländern gemeldet, so beispielsweise 2023/24 aus Frankreich bei zwei Reiserückkehrer:innen aus Kambodscha und Vietnam. Bei entsprechender Klinik, passender Reiseanamnese und fehlender Immunisierung sollte eine JEV-Infektion als Ursache von unklaren neurologischen Symptomen in Erwägung gezogen werden. Durch die kurze virämische Phase der JEV-Infektion kommt der serologischen Diagnostik hierbei ein hoher Stellenwert zu.

Aufgrund der Komplexität der Flavivirusdiagnostik wird bei Verdachtsfällen eine Abklärung am Referenzlabor für humane Arbovirusinfektionen an unserem Zentrum empfohlen.