

"VIRUSEPIDEMIOLOGISCHE INFORMATION" NR. 20/26



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 29.09.2026 bis 12.10.2026 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	15.09. - 28.09.26	29.09. - 12.10.26	Virus	15.09. - 28.09.26	29.09. - 12.10.26
Adenovirus	2	5	Humanes Herpesvirus 7 (HHV7)	0	1
Chikungunya Virus	1	0	Influenza A Virus	5	3
Coxsackie Virus	3	4	Influenza B Virus	1	0
Cytomegalievirus	18	11	Metapneumovirus	0	2
Dengue Virus	1	0	Mpox Virus	10	19
Dobrava Virus	1	1	Mumps Virus	1	0
Enterovirus	14	15	Papillomaviren (HPV high risk)	11	11
Epstein Barr Virus	14	17	Parainfluenza Virus	6	16
FSME Virus	10	5	Parvovirus B19	1	2
HIV	4	9	Polyomavirus BK	1	0
Hepatitis A Virus	1	5	Polyomavirus JC	0	1
Hepatitis B Virus	15	5	Puumala Virus	2	4
Hepatitis C Virus	6	8	Respiratorisches Synzytialvirus	1	1
Hepatitis E Virus	0	2	Rhinovirus	58	139
Herpes simplex Virus	1	1	Rotavirus	0	1
Herpes simplex Virus Typ 1	5	3	SARS-CoV-2	12	12
Herpes simplex Virus Typ 2	2	1	Usutu Virus	1	2
Humane Coronaviren	3	4	Varizella Zoster Virus	3	4
Humanes Herpesvirus 6 (HHV6)	1	2	West Nil Virus	3	0

Trend: Starker Anstieg der Rhino-Virus-Nachweise! Weiterhin können Entero-Viren und SARS-CoV-2 nachgewiesen werden, bei den Parainfluenza- und Mpox-Nachweisen ist ein leichter Anstieg zu verzeichnen.

Humane Sindbis-Virus-Infektion in Deutschland

Eva GERINGER

Im September dieses Jahres wurde erstmals eine autochthone, symptomatische humane Infektion mit dem Sindbis-Virus (SINV) aus Deutschland (Baden-Württemberg) gemeldet. Bei einem 60-jährigen Mann waren Mitte Juli Fieber, Arthralgien und ein Exanthem aufgetreten. Laut Information des Robert-Koch-Instituts gab es keine Reiseanamnese, trotzdem war, auf Grund des Vorkommens der Asiatischen Tigermücke (*Aedes albopictus*) in der Wohngegend des Patienten, zunächst eine Abklärung auf Chikungunya-Virus-Infektion erfolgt, diese konnte jedoch nicht nachgewiesen werden. Nach Erweiterung der Diagnostik wurde letztlich eine Infektion mit SINV, einem mit dem Chikungunya-Virus verwandten Arbovirus, serologisch bestätigt.

Das SINV ist ein umhülltes, einzelsträngiges RNA-Virus aus der Gattung Alphavirus und der Familie Togaviridae. Als Arbovirus wird es primär durch Stechmücken (v.a. *Culex*-, aber auch *Aedes*-Arten) übertragen, Vögel fungieren als Amplifikationswirte. Der Mensch gilt als Fehlwirt, eine relevante Mensch-zu-Mensch-Übertragung ist nicht bekannt. Erstmals aus Moskitos isoliert wurde SINV 1952 in Ägypten während eines Ausbruchs von febrilen Arthralgien, der Nachweis aus humanen Proben (Blut und Hautbiopsien) gelang erstmals in den 1960er Jahren in Uganda, Südafrika und Australien. Das Virus ist inzwischen weit verbreitet in Europa, Asien, Afrika und Ozeanien zu finden, wie Virusnachweise in Stechmücken und Wildvögeln belegen. Epidemiologisch tritt die Erkrankung insbesondere in Nordeuropa auf und ist dort als Pogosta-Krankheit (Finnland) beziehungsweise Ockelbo-Krankheit (Schweden) bekannt. Die Übertragung erfolgt saisonal vor allem im Spätsommer, alle paar Jahre

kommt es zu größeren Ausbrüchen insbesondere in Finnland, das weltweit die höchste Anzahl an diagnostizierten SINV-Infektionen aufweist und bereits seit vielen Jahren ein entsprechendes Surveillance-System implementiert hat.

Klinisch verläuft die SINV-Infektion oft asymptomatisch oder recht mild. Nach einer Inkubationszeit von wenigen Tagen treten bei der klinisch apparenten Erkrankung ein meist makulopapulöses, häufig pruriginöses Exanthem sowie Arthralgien/Arthritiden (besonders häufig sind die Sprung-, Hand- und Kniegelenke betroffen) und Myalgien auf, auch (leichtes) Fieber kann auftreten. Daneben können auch Übelkeit, generalisiertes Krankheitsgefühl, Kopfschmerzen und Lymphknotenschwellung vorkommen. Während die akuten Beschwerden meist innerhalb von ein bis zwei Wochen abklingen, können muskuloskelettale Symptome über Monate bis Jahre persistieren und in seltenen Fällen zu einer chronischen Arthritis führen. In einer schwedischen Studie berichteten 18 von 46 Patienten (39%) sechs bis acht Monate nach ihrer Sindbis-Erkrankung noch über anhaltende Gelenks- und/oder Muskelbeschwerden.

Eine spezifische antivirale Therapie oder Impfung gegen SINV steht derzeit nicht zur Verfügung. Die Behandlung erfolgt symptomatisch mit Analgetika und gegebenenfalls Antihistaminika bei Pruritus. Zur Prävention werden Maßnahmen zur Vermeidung von Mückenstichen empfohlen.

Die Labordiagnostik basiert primär auf dem Nachweis SINV-spezifischer IgM-Antikörper oder einer IgG-Serokonversion mittels ELISA. IgM-Antikörper werden in der Regel innerhalb der ersten acht Tage nach Symptombeginn nachweisbar und können über Monate persistieren. IgG-Antikörper bleiben langfristig, vermutlich lebenslang, nachweisbar. Aufgrund der nur kurzen und niedrigen Virämie ist der Virusnukleinsäure-Nachweis mittels Polymerase-Kettenreaktion (PCR) aus Serum für die Routinediagnostik üblicherweise nicht geeignet.

Bei Fieber, Exanthem und ausgeprägten Arthralgien während der Stechmückensaison sollten somit auch autochthone SINV-Infektionen differenzialdiagnostisch berücksichtigt werden, insbesondere bei bekanntem Vorkommen des SINV in Stechmücken bzw. Wildvögeln und negativem Nachweis

anderer Arboviren wie Dengue- oder Chikungunya-Virus bzw. weiterer Viren, die differentialdiagnostisch in Frage kommen, wie z.B. Parvovirus B19 oder Rötelnvirus. Eine diesbezügliche umfassende virologische Abklärung inkl. SINV-Serologie steht an unserem Zentrum zur Verfügung.

Der beschriebene humane SINV-Fall aus unserem Nachbarland unterstreicht die Bedeutung einer erweiterten klinischen Diagnostik sowie einer integrierten Surveillance von Menschen, Vektoren und Wildtieren im Sinne eines One-Health-Ansatzes. In Österreich werden von der österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) Stechmückenproben aus dem ganzen Land unter anderem auch auf SINV untersucht. Im Jahr 2025 konnte dabei kein SINV nachgewiesen werden.

Literatur:

Robert Koch Institut, Epidemiologisches Bulletin, 40/2026

European Centre for Disease Prevention and Control, Sindbis fever, Factsheet

Adouchief, S. et al. (2016) Sindbis virus as a human pathogen—epidemiology, clinical picture and pathogenesis. Rev. Med. Virol., 26: 221–241.

Gylfe Å, et al. Mosquitoborne Sindbis Virus Infection and Long-Term Illness. Emerg Infect Dis. 2018 Jun;24(6):1141-1142.

Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES), Österreichweites Pathogen Monitoring in Stechmücken, Jahresbericht 2025.