



Epidemiologisches Bulletin

14. März 2016 Nr. 10/11

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Welttuberkulosekongress 2016: Gemeinsam gegen Tuberkulose

DOI 10.17886/EPIBULL-2016-014

Es ist offensichtlich: Die Tuberkulosezahlen steigen. Erstmals seit Mitte des 20. Jahrhunderts erleben wir in Deutschland eine Umkehr des bislang rückläufigen Tuberkulose-Trends.

Im Jahr 2014 wurden dem Robert Koch-Institut (RKI) 4.488 Fälle von Tuberkulose übermittelt (s. Eckdaten, S. 83–84 [Datenstand: 1.3.2015]; nach Datenstand vom 1.3.2016 hat sich die Fallzahl für 2014 auf 4.533 Fälle erhöht), 278 Fälle mehr als zum bisher niedrigsten Niveau 2012. Für 2015 wurde eine noch deutlichere Zunahme verzeichnet: Bundesweit wurden 5.865 Tuberkulosen gemeldet und dem RKI übermittelt.

Diese Entwicklung dürfte das mit der End-TB-Strategie für Niedriginzidenzländer^{1,2} neu unterlegte Eliminationsziel in Deutschland in weitere Ferne rücken. Besonders deutlich wird das Ausmaß allerdings, wenn wir uns für jede um eins erhöhte Fallzahl einen Menschen vor Augen führen, der die Diagnose Tuberkulose erhält und sich nun einer mindestens sechsmonatigen Kombinationstherapie aus wirksamen Antituberkulotika unterziehen muss. Jeder einzelne Fall steht ebenso für sämtliche Anstrengungen und Schritte der Gesundheitsämter und anderer medizinischer und diagnostischer Einrichtungen, die bereits nötig waren, um die Tuberkulose zu diagnostizieren (oder auszuschließen; dies bildet sich nicht in der Meldestatistik ab), und die nun in der Therapiebegleitung und bei infektiöser Lungentuberkulose zum Schutz des Umfelds vor einer Infektion anstehen.

Detaillierte Analysen der Meldedaten unterstreichen, dass Veränderungen der Tuberkulosezahlen mit demografischen Entwicklungen und aktuellen Migrationsbewegungen zusammenhängen.^{3,4} Nach wie vor ist ein großer Teil (s. Eckdaten, S. 83–84) der TuberkulosepatientInnen in Deutschland geboren. Der Anteil an Erkrankten, die in einem anderen Land geboren wurde, nahm indes in den letzten Jahren zu. Besonders deutlich stieg der Anteil an Tuberkulosen, die anlässlich einer Untersuchung bei Aufnahme in eine Gemeinschaftsunterkunft für Asylsuchende diagnostiziert wurde. Diese Art der aktiven Tuberkulosefallfindung ist im Infektionsschutzgesetz (IfSG) rechtlich verankert. Im § 36 Abs. 4 IfSG ist festgelegt, dass bei einer Aufnahme in bestimmte Gemeinschaftsunterkünfte eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose, bei Erwachsenen (außer Schwangeren) gestützt auf eine Röntgenaufnahme der Lunge, auszuschließen ist.⁵ Diese Untersuchung dient dazu, diese Erkrankungsformen frühzeitig zu entdecken und Expositionen anderer, wie sie etwa durch eine gemeinsame Unterbringung begünstigt werden, zu verhindern.

Die Prinzipien einer vollständigen Fallfindung und Infektionsprävention sind nicht neu. Robert Koch formulierte auf der XII. Internationalen Tuberkulosekonferenz in Philadelphia 1908 bereits, dass der Grundgedanke, die tuberkulösen, ansteckenden Erkrankten zu isolieren, entschieden der einzig richtige sei.⁶

Diese Woche 10/11 2016

- ▶ Zum Welttuberkulosekongress 2016
- ▶ Eckdaten für 2014
- ▶ Untersuchung von Asylsuchenden und Flüchtlingen auf TB – Onlinebefragung des DZK
- ▶ Mikrobiologische Tuberkulose-diagnostik bei Asylsuchenden
- ▶ Die Motten
- ▶ 20 Jahre Welttuberkulosekongress – (K)ein Grund zum Feiern

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
7. Woche 2016

Zur Situation von Influenza-Erkrankungen für die
9. Kalenderwoche 2016

Zu einer importierten Lassafieber-Erkrankung



Auf Erfahrungen in der Choleraerkrankung zurückgreifend verdeutlichte er, wie sich dieses Prinzip auch auf grenzüberschreitende Infektionsgeschehen anwenden ließe: „In früheren Zeiten waren aus Fällern, die zu uns hineingeschleppt wurden, regelmäßig eine Choleraepidemie entstanden. [Nun] ist es uns gelungen, die Krankheit zum Stehen zu bringen, nicht dadurch, dass wir an der Grenze Quarantänen einrichteten und die Reisenden hielten. Wir ließen die Reisenden unbehelligt, ließen alle Waren hereinkommen und den Eisenbahn- und Schiffsverkehr ruhig vor sich gehen. Es wurde nur aufgepasst, dass der erste Fall [...] sofort gefasst, isoliert und dadurch unschädlich [Anm.: bezieht sich auf die Infektiosität der Erkrankung] gemacht wurde.“⁶ Zugleich erkannte Robert Koch, auf Erfahrungen in der Leprakontrolle zurückgreifend, den Umstand, der mit einem langsamen Krankheitsverlauf verbunden ist: nämlich, dass Erkrankte zu spät isoliert würden und „schon vorher alle infiziert wurden, die infiziert werden konnten.“⁶ Daher ist eine frühe Fallfindung entscheidend. Bei Tuberkulose muss außerdem betont werden, dass in erster Linie enge Kontaktpersonen nach längerem oder wiederholtem Kontakt ansteckungsgefährdet sind. Das Ansteckungsrisiko nach einmaligen, kurzem Kontakt ist dagegen sehr gering.

So klar die Prinzipien 1) vollständige und frühe Fallfindung, 2) Isolierung von infektiösen PatientInnen und 3) rasche und empfehlungsgerechte Therapie sind, so herausfordernd kann ihre Umsetzung sein.

So bedarf es derzeit großer Anstrengungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der untersuchenden Stellen, alle Personen, die in Deutschland Asyl suchen, zeitnah gemäß § 36 Abs. 4 IfSG auf Tuberkulose zu untersuchen. Das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK) hat im Herbst 2015 eine Onlinebefragung zur Umsetzung dieser Screeninguntersuchung im öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt. Erste Ergebnisse zu eingesetzten Methoden und praktischen Fragen der Kommunikation und Befundübermittlung stellt Dr. Schenkel in seinem Bericht (s. DZK-Beitrag, S. 84) vor. Wird ein tuberkuloseverdächtiger Befund gestellt, ist eine weitere diagnostische Abklärung zur Diagnose der Tuberkulose und zur Beurteilung der Infektiosität erforderlich. Dr. Kranzer, Leiterin des Nationalen Referenzzentrums für Mykobakterien am Forschungszentrum Borstel (FZB), geht in ihrem Beitrag auf mikrobiologische diagnostische Methoden und ihre Einsatzbereiche im Kontext der aktiven Fallfindung von Tuberkulose bei Asylsuchenden ein (s. NRZ-Beitrag, S. 86).

In Rechts- und Fachtexten wenig beleuchtet sind die Herausforderungen, wie sie die PatientInnen erleben. Dazu zählen die Belastung, mitunter lange Zeit keine korrekte Diagnose zu erhalten, sowie Einschränkungen und Gefühle, die mit einer definitiven Tuberkulosediagnose verbunden sind. Dies gilt insbesondere, wenn es einer Isolierung bedarf, die einen zeitweisen Ausschluss von weiten Teilen des gesellschaftlichen Lebens bedeutet. Tuberkulose gilt kulturgeschichtlich – im Gegensatz zu großen Epidemien wie Pest, Typhus und Cholera, die alle erfassen – als

die „isolierende“ Erkrankung schlechthin.⁷ Frau Ehlers schildert in ihrem Beitrag (s. Die Motten, S. 88) eindrücklich ihre persönlichen Erfahrungen und gewährt uns einen wichtigen Einblick in die Perspektive von PatientInnen.

Sowohl mit Empathie für die einzelne Person als auch mit Blick auf die Gesundheit der Bevölkerung steht fest, dass wir alle Gründe haben, der Tuberkulose entschlossen die Stirn zu bieten.

Neben der medizinischen Expertise sind ein breites gesellschaftliches Engagement, eine entschiedene politische Haltung und Weitblick gefragt – so benennt die End-TB-Strategie der WHO *Bold policies and supportive systems* auch als eine zentrale Säule.⁸ In Deutschland sind auf diesem Gebiet Nichtregierungsorganisationen, auch über das Netzwerk Stop-TB Forum aktiv. Einen Überblick über zentrale Themen und Aspekte der Arbeit des Forums gibt Herr Klein in seinem Beitrag (s. Stop-TB Forum, S. 90).

Den großen bestehenden und neuen Herausforderungen in der Tuberkulosekontrolle kann nur im konzertierten Zusammenspiel der Akteure auf allen Ebenen begegnet werden. „Gemeinsam gegen Tuberkulose“ – und damit gemeinsam für die Gesundheit aller Menschen, die an Tuberkulose erkrankt oder besonders erkrankungsgefährdet sind – lautet auch unser diesjähriges Motto zum Welttuberkulosestag. Gelebt wird das Motto gleich heute, wenn in Berlin über 200 der Tuberkulosekontrolle verbundene Personen auf der gemeinsamen „Tuberkulose aktuell“-Tagung von DZK, FZB und RKI zum Erfahrungsaustausch zusammenkommen.

Literatur

1. World Health Organization: Towards tuberculosis elimination: an action framework for low-incidence countries. Geneva, Switzerland: World Health Organization 2014. WHO/HTM/TB/2014.13. Verfügbar unter: http://apps.who.int/iris/bit-stream/10665/132231/1/9789241507707_eng.pdf (aufgerufen am: 2. März 2016)
2. Lönnroth K, Migliori GB, Abubakar I, et al.: Towards tuberculosis elimination: an action framework for low-incidence countries. *Eur Respir J* 2015;45:928–952
3. Robert Koch-Institut: Tuberkulose in Deutschland: Ende des rückläufigen Trends? *Epid Bull* 2015;43:461–463 (DOI 10.17886/EpiBull-2015-014)
4. Fiebig L, Hauer B, Brodhun B, Altmann D, Haas W: Tuberculosis in Germany: a declining trend coming to an end? (DOI:10.1183/13993003.01410-2015)
5. Robert Koch-Institut: Thorax-Röntgenuntersuchungen bei Asylsuchenden I gemäß § 36 Absatz 4 IfSG – Stellungnahme des Robert Koch-Instituts. Verfügbar unter: <http://www.rki.de/tuberkulose> (aufgerufen am: 2. März 2016)
6. Robert Koch: Schutzmaßnahmen gegen Infektion mit Tuberkulose. Bericht von Prof. Dr. Pannwitz. Verfügbar unter: <http://edoc.rki.de/documents/rk/508-620-623/PDF/620-623.pdf> (aufgerufen am: 2. März 2016)
7. Susan Sontag: Krankheit als Metapher. Fischer Taschenbuch (Nummer 3823), Frankfurt am Main 1981 (Originaltitel: *Illness as metaphor*, übersetzt von Karin Kersten, Caroline Neubaur), ISBN 3-596-23823-4 (Lizenzausgabe des Hanser-Verlags, München, Wien)
8. World Health Organization: End TB strategy. World Health Organization 2014. Verfügbar unter: http://www.who.int/tb/post2015_TBstrategy.pdf (aufgerufen am: 2. März 2016)

Dieser Beitrag wurde von Dr. Lena Fiebig (Robert Koch-Institut) verfasst, die auch als **Ansprechpartnerin** zur Verfügung steht (FiebigL@rki.de).