

Epidemiologisches Bulletin

Wöchentlicher Informationsdienst für Ärzte

Bericht der Fachgruppe Infektionsepidemiologie, AIDS-Zentrum des RKI

Notausgabe

Inhalt

Seite

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	1
Meldepflichtige Infektionskrankheiten im Jahr 1994 (2 Tabellen)	2
Influenza	5

Die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)

Erste Ergebnisse der Meldepflicht und Daten der Todesursachenstatistik bis 1993

Die Zahl der in Deutschland gemeldeten Sterbefälle an CJK liegt im Jahr 1993 mit 51 Fällen etwas niedriger als im Vorjahr (61 Sterbefälle). Insgesamt hat sich jedoch die langsame Zunahme der Meldungen fortgesetzt (Abb. 1). Diese Zunahme ist wahrscheinlich wesentlich bedingt durch eine verbesserte Erfassung. Eine vergleichbare Erhebung in Großbritannien zeigt ebenso wie in Deutschland für das Jahr 1993 eine geringere Zahl an Meldungen als für 1992.

Auf Grund der bisher vorliegenden Daten aus Großbritannien ist nicht zu entscheiden, ob das Auftreten der BSE eine Auswirkung auf die Häufigkeit von CJK hat. Die spongiformen Enzephalopathien, wie z.B. Scrapie und BSE bzw. Kuru und CJK, haben extrem lange Latenzzeiten. Diese Latenzzeiten sind größer als der seit Auftreten der BSE verstrichene Zeitraum.

Im Rahmen der Europäischen Union gibt es mittlerweile eine Studie zur Untersuchung der Häufigkeit und der möglichen Risikofaktoren der CJK. Diese Studie wird in Deutschland koordiniert von einer Arbeitsgruppe an der Universität in Göttingen. Teilnehmer sind:

in der Neurologischen Klinik und Poliklinik - Frau Prof. Dr. S. Poser und Dr. Th. Weber und im Institut für Neuropathologie - Prof. Dr. H. A. Kretzschmar.

Die Adresse für diese Arbeitsgruppe lautet:

Universität Göttingen
Medizinische Fakultät
Robert-Koch-Str. 40
37075 Göttingen

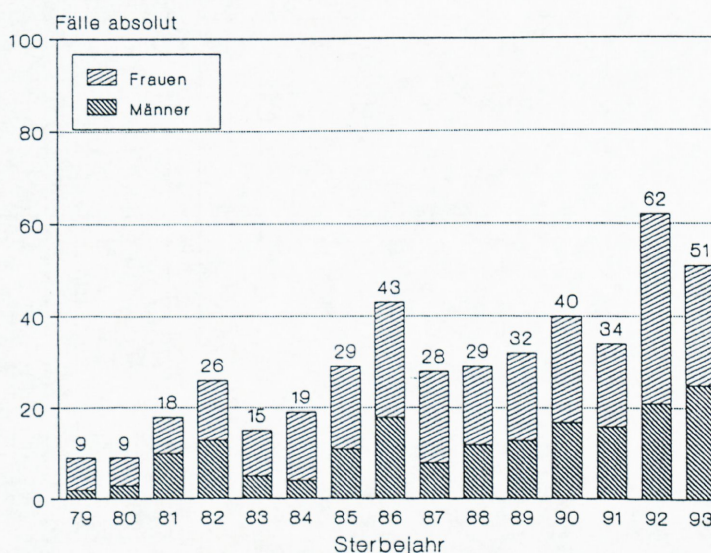


Abb.1: Creutzfeldt-Jakob-Krankheit in Deutschland gemeldete Sterbefälle pro Jahr (bis 1989 nur altes Bundesgebiet)

Die auf Grund der Meldepflicht dem RKI bekannt gewordenen Informationen über CJK-Fälle werden der Arbeitsgruppe in Göttingen zur Verfügung gestellt. Umgekehrt werden wir versuchen, die uns vorliegenden Meldedaten durch die Ergebnisse aus der Studie zu ergänzen. Nur die Zusammenführung aller vorliegenden Daten ermöglicht eine realistische Einschätzung der epidemiologischen Situation.

Auf Grund der im Juli 1994 neu eingeführten Meldepflicht wurden uns bis Mitte November 16 Fälle bekannt; 9 davon sind als im Jahr 1994 verstorben gemeldet worden.

Es handelt sich um 4 Männer und 12 Frauen im Alter zwischen 48 und 77 Jahren; 5 in der Altersgruppe (AG) 50-59 Jahre, 7 in der AG 60-69 Jahre sowie 1 in der AG 40-49 und 3 in der AG 70-79 Jahre.

Fortsetzung Seite 4

Übrige meldepflichtige Infektionskrankheiten 45. Woche 1994

	45. Wo. 1994	1.-45. Wo. 1994	1.-45. Wo. 1993	1.-52. Wo. 1993
Botulismus	0	13	15	18
Brucellose	0	24	15	20
Cholera	0	6	1	1
Diphtherie	0	6	7	9
Fleckfieber	0	1	1	1
Gasbrand	1	118	112	136
Gelbfieber	0	0	0	0
häorrh. Fieber	0	0	8	9
Lepra	0	4	5	5
Leptospirose Weil	0	14	9	14
Leptospirose, sonstige	0	10	19	25
Malaria	8	692	645	704
Meningitis, übrige Formen	16	1417	486	558
Milzbrand	0	1	0	1
Ornithose	3	115	165	201
Paratyphus	3	104	76	94
Pest	0	0	0	0
Poliomyelitis	0	0	0	0
Q-Fieber	0	61	177	180
Rotz	0	0	0	0
Rückfallfieber	0	1	1	1
Shigellose	43	2062	1710	1922
Tetanus	0	13	16	17
Tollwut	0	0	0	0
Trachom	0	3	7	7
Trichinose	0	0	3	3
Tularämie	0	5	2	2
Typhus	1	150	172	195
angeborene				
- Listeriose	0	19	26	29
- Lues	0	5	12	12
- Rötelnembryopathie	0	0	1	1
- Toxoplasmose	0	19	14	20
- Zytomegalie	0	10	12	14
Gonorrhoe	40	1234	1618	
Syphilis	11	308	346	

Bemerkungen zu den Tabellen auf Seite 2 und 3

Die Berichte über meldepflichtige Infektionskrankheiten tragen dem Bedürfnis nach aktueller Information Rechnung. Bei dem gegenwärtig unterschiedlichen Stand des Berichtswesens in den einzelnen Bundesländern sind jedoch fehlende (z.B. Tuberkulose) bzw. differierende Daten (z.B. Abweichungen der kumulierten Daten des Vorjahres von den veröffentlichten Daten des Statistischen Bundesamtes) nicht vermeidbar.

Ein Sternchen in den Spalten für die laufende Woche zeigt an, daß für das jeweilige Land bzw. für den Regierungsbezirk noch keine aktuelle Wochenmeldung eingegangen ist.

Dies führt zu einer unvollständigen und mit dem Vorjahr nur bedingt vergleichbaren Kumulativzahl sowie zu einer Beeinträchtigung der Daten auf der(n) übergeordneten Berichtsebene(n).

Von allen Ländern vollständig und rechtzeitig übermittelte Berichte stellen die Voraussetzung für eine Verbesserung des aktuellen Informationssystems dar.

Besonders problematisch ist zur Zeit die aktuelle Datenlage bei der Tuberkulose und den Geschlechtskrankheiten Gonorrhoe und Syphilis. Bei diesen Krankheiten sind die ausgewiesenen Kumulativwerte für das Vorjahr völlig unvergleichbar mit den später an die Statistischen Landesämter für den gleichen Zeitraum gemeldeten Erkrankungszahlen. Wir weisen deshalb in der Tabelle auf Seite 3 (letzte Spalte) keine Vorjahressummen für Gonorrhoe und Syphilis aus.

Dies entspricht etwa der uns bisher aus der Todesursachenstatistik bekannten Altersverteilung (Abb.2).

Die Zeitpunkte der Diagnosestellung liegen zwischen Juli 1993 und Oktober 1994.

Zwei der Fälle sind mögliche Erkrankungen und 10 sind klinisch als wahrscheinliche Erkrankungen einzustufen. Drei Fälle wurden histologisch bestätigt. Ein Fall wird zur Zeit noch recherchiert. Bei diesem Patienten handelt es sich möglicherweise um ein Gerstmann-Sträussler-Scheinker-Syndrom (GSS) mit Nachweis einer typischen Mutation des Gens für das Prion-Protein.

Bei einem weiteren Fall, der klinisch als wahrscheinliche Erkrankung gilt, ist es ebenfalls fast sicher, daß es sich um ein GSS-Syndrom handelt. Bei der Patientin gibt es anamnestisch Hinweise auf klinisch ähnlich verlaufene Erkrankungen bei Mutter und Großmutter, sowie eine Aussage zum Nachweis der Veranlagung auch beim bisher asymptomatischen Sohn der Patientin.

Bei der Auswertung der 16 Formblätter zeigten sich einige Unzulänglichkeiten. Von den eher **technischen Problemen** seien erwähnt:

- das fehlende Eingangsdatum bzw. ein Hinweis auf die Meldewoche,
- der Hinweis (b.w.) auf weitere Informationen auf der Rückseite, die dann auf unserem Teil der Formblätter fehlen, da sie im Durchschreib-Verfahren natürlich nicht übertragen werden,
- die ungenügende Lesbarkeit der Durchschlagsformulare der Meldebögen auf Grund eines zu geringen Schreibdrucks.

Wir bitten deshalb die Gesundheitsämter zukünftig zu prüfen, ob der für das RKI vorgesehene Durchschlag auch lesbar ist. Gegebenenfalls sollten unleserliche Angaben ergänzt werden, um beiden Seiten unnötige Arbeit zu ersparen.

Das Fehlen der **Angabe zum Beruf** ist dagegen ein sachliches Problem. Auch wenn es bisher keine Beweise für einen Zusammenhang von sporadischen Fällen von CJK mit bestimmten Tätigkeiten gibt, so sind wir an der Klärung der Zugehörigkeit zu bestimmten Berufen mit einem theoretisch möglichen erhöhten Risiko doch sehr interessiert. Dies betrifft z.B.:

- Berufe mit verstärktem Kontakt zu Tieren, insbesondere zu Rindern und Schafen (wie z.B. Tierpfleger oder Tierärzte),
- Berufe mit direktem Kontakt zu Fleisch und Innereien, insbesondere Gehirn (wie z.B. Fleischer) sowie
- bestimmte medizinische Tätigkeiten mit intensivem Kontakt zu inneren Organen bzw. zu Blut von Patienten (wie z.B. die Chirurgie oder die Pathologie).

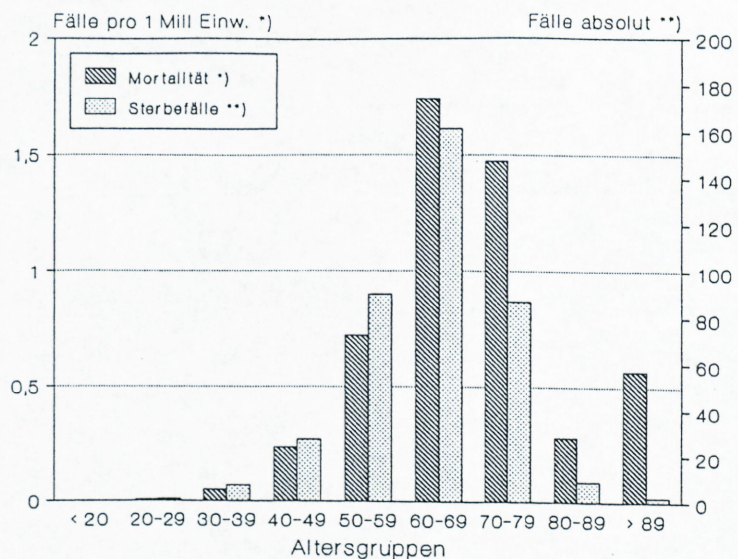


Abb.2: **Creutzfeldt-Jakob-Krankheit**
 Altersverteilung der Sterbefälle im alten Bundesgebiet
 *) mittlere Mortalität in den Jahren 1979-1992
 **) kumulativ 1979-1992

Angaben wie "Rentner" lassen es notwendig erscheinen, darauf hinzuweisen, daß im Zusammenhang mit dieser Krankheit natürlich **nicht nur die jetzige Tätigkeit** gemeint ist, sondern die Tätigkeit im Laufe des Lebens. Wie weit man bei dieser Anamnese zurückgehen sollte, ist letztlich unklar; zumindest aber sollten relevante Tätigkeiten (s.o.) in den letzten 10 Jahren erhoben werden.

Die Befragung zur Berufsanamnese wird wahrscheinlich zumeist eine Aufgabe der Gesundheitsämter sein, soweit die Patienten nicht ohnehin im Rahmen der EU-Studie befragt werden und somit dem Gesundheitsamt diese Informationen vorliegen bzw. zugänglich gemacht werden können.

Grundsätzlich ist es notwendig, darauf zu achten, daß auf dem an uns gesandten Teil des Formblattes keine Angaben gemacht werden, die a priori eine Identifizierung des Betroffenen erlauben (z.B. Bürgermeister, Landrat, Schuldirektor). Dabei handelt es sich erstens nicht um Berufe, sondern um Funktionen, und außerdem sind solche Angaben in diesem Zusammenhang epidemiologisch völlig irrelevant.

Bisher hat es allerdings keine entsprechende Meldung gegeben. Wir sind jedoch von seiten der Datenschutzbeauftragten dringlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden.

Ein Problem ergibt sich auch bei der Dokumentation bzw. dem Ausschluß bekannter **Infektionsrisiken**:

- bestimmte intrazerebrale Eingriffe,
- die Transplantation von Cornea bzw. Dura mater,
- die Therapie mit humanem Gonadotropin bzw. Wachstumshormon, oder anderen humanen Hypophysen-Hormonen, die nicht gentechnisch erzeugt wurden.

Diese Risiken sind von eminenter Bedeutung für den Patienten, da sie über den Verdacht auf eine iatrogene Infektion entscheiden. Eine gezielte Befragung des Patienten bzw. der engen Bezugspersonen (z.B. Partner und Familienangehörige) durch den behandelnden Arzt bzw. das Gesundheitsamt ist deshalb sehr wichtig.

Bei den meisten Meldungen ist gegenwärtig leider nicht klar ersichtlich, ob die auf dem Datenträger aufgeführten Risiken vom Patienten bzw. den Verwandten oder sonstigen Bezugspersonen verneint wurden oder ob eine Ermittlung (Befragung) zu diesen Risiken nicht erfolgt ist.

Die mangelnde Aussagefähigkeit ist teilweise leider bereits durch die Gestaltung des Datenträgers bedingt.

Wir schlagen deshalb vor, daß bei den Patienten, bei denen eine entsprechende Befragung kein Risiko aufgedeckt hat, in dem Feld auf dem Meldebogen angegeben wird: **"kein Risiko erkennbar"**. Wenn die Frage des Infektionsrisikos nicht geklärt werden konnte, sollte angegeben werden, daß **"keine spezielle Anamnese erhoben"** wurde.

Beim Nachdruck des Erhebungsbogens werden wir diese Punkte berücksichtigen.)

Wenn dieses Feld keinerlei Angaben enthält, sehen wir uns auch zukünftig gezwungen, beim entsprechenden Gesundheitsamt nachzufragen.

Da die Diagnose CJK allein auf der Grundlage der klinischen Symptomatik nicht eindeutig definiert werden kann, besteht nach dem Ableben des Patienten ein erhebliches wissenschaftliches und epidemiologisches Interesse an einer Sektion und an speziellen histopathologischen Untersuchungen des Gehirns des Patienten.

Nach § 32, Abs. 3 des BSeuchG kann die zuständige Behörde die innere Leichenschau in einem solchen Fall sogar anordnen.

Es wäre deshalb wünschenswert, wenn die Gesundheitsämter den meldenden Arzt bzw. die den Patienten betreuende Einrichtung darüber informieren würden, daß das Gesundheitsamt im Fall des Todes zu benachrichtigen ist und daß an einer Sektion des Patienten sowie an einer histopathologischen Untersuchung seines Gehirns ein dringendes Interesse besteht.

Eine solche Untersuchung kann z.B. an der Universität in Göttingen bei Prof. Kretzschmar (s.S.1) durchgeführt werden.

Wir sind in einem solchen Fall selbstverständlich sehr daran interessiert, über die in diesem Zusammenhang später anfallenden Daten (wie: Sterbedatum, Sektionsdatum, Ergebnisse der histopathologischen Untersuchungen) ebenfalls informiert zu werden.

Da das Feld **"mögliche genetische Disposition"** für die Trennung von sogenannten sporadischen bzw. iatrogenen CJK-Fällen von den genetisch bedingten Fällen (z.B. dem GSS-Syndrom) extrem wichtig ist, erwarten wir auch in diesem Feld nach Möglichkeit eine eindeutige Antwort.

Wir haben inzwischen allen Gesundheitsämtern, die bereits einen Fall gemeldet haben, schriftlich geantwortet und sie über die Existenz der Arbeitsgruppe in Göttingen informiert.

Auf noch fehlende Informationen haben wir dabei ebenfalls hingewiesen. Vorläufig werden wir diese Verfahrensweise auch noch beibehalten.

Nur wenn es gelingt, bei einem möglichst hohen Anteil der primär gemeldeten Fälle die Diagnose auch histopathologisch zu sichern sowie die familiäre und berufliche Anamnese zu klären, kann die Einführung der Meldepflicht den erwarteten Beitrag zur Analyse von Häufigkeit und möglichen Ursachen dieser spongiformen Enzephalitis leisten.

Influenza

Entsprechend den bisher vorliegenden Informationen ist die Situation auf der Nordhalbkugel zur Zeit unauffällig. Auf Grund der erst wenigen erfaßten Influenza-Erkrankungen ist ein vorherrschender Erregertyp noch nicht erkennbar.

Auch in Deutschland gibt es bisher keine Anzeichen für eine zunehmende Zirkulation von Influenzaviren.

Bei einem Mitte Oktober in einer Oberschule im Norden Portugals erfaßten Ausbruch mit ca. 100 Erkrankungen, zumeist bei Kindern, gelang mehrfach der Nachweis (ELISA bzw. Anzucht) von Influenzavirus B. Bei einem Erkrankungsfall in einer benachbarten Gemeinde gelang ebenfalls der Nachweis einer Influenza B; außerdem auch bei zwei sporadischen Fällen in Lissabon.