

Epidemiologisches Bulletin

Wöchentlicher Informationsdienst für Ärzte

Bericht der Fachgruppe Infektionsepidemiologie, AIDS-Zentrum des RKI

Notausgabe

Inhalt	Seite
Kasuistik: Diphtherieerkrankung mit tödlichem Ausgang in Nordrhein-Westfalen	1
Berichte aus dem Ausland	1
Zum Problem der übergionalen Ausbreitung multiresistenter Staphylococcus aureus-Stämme (MRSA) in Deutschland	2
Meldepflichtige Infektionskrankheiten im Jahr 1995 (2 Tabellen, Stand: 32. Woche)	3

Kasuistik: Diphtherie-Erkrankung mit tödlichem Ausgang in Nordrhein-Westfalen

Bei einem 44-jährigen Mann aus der Ukraine, Fahrer eines LKW, der eine Warenlieferung nach Wesel (Regierungsbezirk Düsseldorf) gebracht hatte, waren nach der Vorgeschichte schon während der Fahrt Schluckbeschwerden, Schwellungen am Hals und Fieber aufgetreten. Nach der Ankunft in Wesel führten am 01.08.95 abends zunehmende Beschwerden zur Aufnahme in ein Krankenhaus am Ort. Dort wurde der Diphtherie-Verdacht (toxische Verlaufsform) ausgesprochen und eine Behandlung mit Diphtherie-Antitoxin sowie hochdosiertem Penicillin eingeleitet. Am 02.08. erfolgte wegen zunehmender Dyspnoe, hohen Fiebers ($>40^{\circ}\text{C}$) und eines schlechten Allgemeinzustandes die Verlegung auf die Intensivbehandlungsstation. Dort verstarb der Patient am 04.08. trotz eingeleiteter Reanimationsmaßnahmen an einem toxischen Herz-Kreislauf-Versagen. Im Rachenabstrich vom

01.08. wurde am 08.08. *Corynebacterium diphtheriae* - Biovar mitis - nachgewiesen und damit die klinische Diagnose bestätigt. Die weitere Untersuchung des Stammes in einem Speziallabor war leider nicht möglich, weil dieser nicht mehr verfügbar war.

Dem Gesundheitsamt wurde der Diphtherie-Verdacht am 03.08. telefonisch gemeldet. Bei ermittelten Kontaktpersonen wurde eine Gesundheitskontrolle sowie in den Räumen, die der Erkrankte aufgesucht hatte, Desinfektionsmaßnahmen durchgeführt. Das Krankenhaus nahm den Fall zum Anlaß, bei den Beschäftigten Diphtherie-Impfungen durchzuführen. (Diesem Bericht liegen auf Nachfrage übermittelte zusätzliche Informationen durch das behandelnde Krankenhaus und das Gesundheitsamt Wesel zugrunde).

Berichte aus dem Ausland

Cholera - Infektionsgebiete in Europa: Nach einer Information der WHO waren am 24.08.95 in der Ukraine die Stadt Cherson, die Gebiete Nikolajew, Odessa, Simferopol (Krim-Republik) - alle im Raum der Schwarzmeerküste gelegen - sowie die **Autonome Republik Dagestan** (östlicher Kaukasus/Kaspisches Meer) als Infektionsgebiete i.S. der Internationalen Gesundheitsvorschriften registriert.

Ebola-Fieber - Abschließende Daten der WHO zur Epidemie in Zaire: Die Epidemie gilt nach Ablauf der doppelten maximalen Inkubationszeit - d.h. 42 Tage nach dem letzten Erkrankungsfall am 24.06.95 - nunmehr als abgelaufen. Der erste Fall trat - wie nachträgliche Ermittlungen ergaben - bereits am 06.01.95 auf. Insgesamt werden diesem Ausbruch jetzt 315 Erkrankungsfälle zugeordnet,

244 der Erkrankungen endeten tödlich (77%). In der Stadt Kikwit und der unmittelbaren Umgebung traten 84% der Fälle auf. Bis auf einen in eine Nachbarregion verschleppten Fall sind alle Infektionen in der Region Bandundu abgelaufen.

Listeriose: Einer Information der Botschaft Frankreichs an das BMG zufolge ist in Frankreich von Ende April bis Ende Juli 1995 eine Listeriose-Epidemie abgelaufen, die durch den Verzehr von kontaminiertem Brie de Meaux ausgelöst wurde. Insgesamt konnten diesem Ausbruch 33 Fälle zugeordnet werden, darunter zwei Totgeburten, fünf Fehlgeburten und eine Frühgeburt. Nach der Aufklärung der Ursache wurde das Geschehen durch verstärkte Hygienekontrollen rasch zum Abschluß gebracht.

Zum Problem der überregionalen Ausbreitung multiresistenter Staphylococcus aureus-Stämme (MRSA) in Deutschland

Aus mehreren westeuropäischen Ländern (so z.B. England, Frankreich, Portugal, Spanien) wird bereits seit Mitte der 80er Jahre über ein gehäuftes Auftreten von mehrfach- und Oxacillin-resistenten *S. aureus*-Stämmen (MRSA) berichtet. Ihr Anteil an Isolaten bei nosokomialen Infektionen liegt dort gegenwärtig teilweise über 30%. In Deutschland war ein gehäuftes Auftreten derartiger Stämme bis 1992 nicht zu verzeichnen. Die seit Ende 1992 bei uns zu beobachtende überregionale Ausbreitung bestimmter MRSA-Klone und die gegenwärtig rasch steigende Zahl der Ausbrüche in Krankenhäusern sollte daher als Alarmsignal verstanden werden.

- MRSA sind deshalb zu fürchten, weil sie resistent gegen nahezu alle üblicherweise wirksamen Antibiotika sind (die Glykopeptide bisher ausgenommen).
- MRSA sind ein spezielles Problem der Krankenhaushygiene (sie breiten sich nicht in der Bevölkerung aus). Besonders häufig sind Intensivtherapiestationen von MRSA-Ausbrüchen betroffen. Wichtig sind sowohl die Ausbreitung in den Krankenhäusern als auch zwischen den Krankenhäusern.
- MRSA sind durch Spezialdiagnostik **erkennbar** und sollten erkannt werden. Grundlage der Verfolgung der Ausbreitung der MRSA sind die **Typisierung** bestimmter Isolate durch die **Lysotypie** und die **Fragmentmusteranalyse der genomischen DNS**.
- Die Ausbreitung der MRSA ist durch Maßnahmen der Krankenhaushygiene **vermeidbar**. Mit einer zunehmenden Verbreitung wird das schwieriger. Es sollte keine Zeit verloren werden.

Durch das Nationale Referenzzentrum für Staphylokokken im RKI (Bereich Wernigerode) kann durch die Feintypisierung der aus allen Bundesländern eingesendeten Staphylokokken-Stämme eine **Überwachung der Ausbreitung** bestimmter definierter Stämme gewährleistet werden. Von Januar - Juli 1995 wurden in 15 Bundesländern insgesamt 58 verschiedene MRSA-Vorkommen bzw. Ausbrüche beobachtet, die auf 6 Epidemiestämme zurückgeführt werden konnten. Diese durch ihre Fragmentmuster der genomischen DNS definierten und nach der geographischen Region ihres erstmaligen Auftretens benannten Epidemiestämme können von Krankenhaus zu Krankenhaus verfolgt werden. Ermittlungen bestätigten in vielen Fällen die Verlegung von Patienten, z.T. auch über die Landesgrenzen hinweg. Dafür sollen nachfolgend 3 Beispiele angeführt werden:

1. der sog. "**Norddeutsche Stamm**" (ursprünglich ein Import aus Spanien und Frankreich), der von einem Ausbruch auf einer großen Intensivtherapiestation im Süden Niedersachsens (19 Erkr., 1993) über in ihre Heimatkrankenhäuser verlegte Unfallpatienten in 11 weitere Krankenhäuser Niedersachsens, Sachsen-Anhalts und Thüringens gelangte.
2. der sog. "**Berliner Stamm**", der 1994 erstmals in 6 Berliner Krankenhäusern auftrat und in diesem Jahr bereits in 17 Berliner Krankenhäusern, 2 Kliniken in angrenzenden Teilen des Landes Brandenburg und einem Kölner Krankenhaus festgestellt wurde.
3. der sog. "**Wiener Stamm**", der 1993 Ausbrüche in 5 Wiener Krankenhäusern verursachte (G. Koller, Hygiene-Institut der Universität Wien) und 1994 u.a. bei Dialysepatienten in einer hessischen Universitätsstadt auftrat, wobei ein Kontakt zu einem Wiener Dialysezentrum nachgewiesen werden konnte. Ein aktueller Ausbruch betrifft eine neurochirurgische Intensivtherapiestation eines Klinikums in Mecklenburg-Vorpommern (7 Patienten, darunter 1 Sterbefall). Der erste Patient war in seinem Urlaub erkrankt (Hirntumor) und zunächst in einem italienischen Krankenhaus behandelt worden.

Folgende grundsätzliche Maßnahmen haben sich zur Verhinderung einer Ausbreitung von MRSA bewährt:

- Erfassen aller mit MRSA infizierten oder besiedelten Patienten (Einleiten mikrobiologischer Diagnostik).
- Ermitteln von Erregerreservoirien und Infektketten.
- Isolierung der betroffenen Patienten.
- Überprüfung des Hygieneregimes zur Verhütung der Weiterverbreitung.
- Sanierung von MRSA-Trägern.
- Möglichst frühzeitige Entlassung der betroffenen Patienten.
- Information des Zielkrankenhauses bei Verlegung von Patienten mit MRSA.

Einzelheiten zu empfehlenswerten Maßnahmen wurden u.a. von D. Heuck u. W. Witte publiziert: *Chemother. J.* 3 [1994] 61-65. Offensichtlich sind die Bedeutung der MRSA und der zur Vermeidung ihrer weiteren Ausbreitung zu beachtenden Grundsätze noch nicht in allen Krankenhäusern anerkannt. Am Beispiel Dänemarks, in dem die MRSA in den 70er Jahren sehr häufig waren und heute sehr selten geworden sind, kann der Erfolg der genannten Maßnahmen belegt werden. (Diesem Bericht liegt ein Manuskript aus dem NRZ für Staphylokokken im RKI, Wernigerode, von W. Witte zugrunde.)

Berichte über meldepflichtige Infektionskrankheiten 32. Woche 1995

Land	Tuberkulose		Enteritis infectiosa		Virushepatitis		Meningitis/Enzephalitis		virale Mening./Enzeph. 32W. 1.-32W. 1.-32W. 1895 1896 1894	
	akute TB Atmungsorgane 32W. 1.-32W. 1.-32W. 1895 1896 1894	akute TB Formen 32W. 1.-32W. 1.-32W. 1895 1896 1894	Salmonellose 32W. 1.-32W. 1.-32W. 1895 1896 1894	übrige Formen 32W. 1.-32W. 1.-32W. 1895 1896 1894	Hepatitis A 32W. 1.-32W. 1.-32W. 1895 1896 1894	Hepatitis B 32W. 1.-32W. 1.-32W. 1895 1896 1894	übrige Formen 32W. 1.-32W. 1.-32W. 1895 1896 1894	Meningokokken Mening. 32W. 1.-32W. 1.-32W. 1895 1896 1894		bakt. Mening., übrige 32W. 1.-32W. 1.-32W. 1895 1896 1894
Baden-Württemberg	0	0	0	127	6	5	2	1	5	16
Stuttgart	0	0	162	1174	1	2	1	0	1	8
Freiburg	0	0	84	1280	0	3	0	0	2	4
Karlsruhe	0	0	104	1841	2	3	1	1	18	4
Tübingen	0	0	72	1143	3	0	0	10	1	17
Bayern	0	0	568	8382	10	24	12	1	3	4
Oberbayern	0	0	160	2542	4	13	5	28	88	52
Niederbayern	0	0	76	1006	2	4	6	0	3	7
Oberpfalz	0	0	51	648	0	1	0	3	10	3
Oberfranken	0	0	42	474	0	1	0	6	0	2
Mittelfranken	0	0	62	868	13	3	0	7	19	16
Unterfranken	0	0	62	815	1	0	0	0	12	0
Schwaben	0	0	115	2038	3	2	2	0	5	6
Berlin	0	374	57	1754	11	4	2	18	1	0
Brandenburg	0	172	198	2848	0	2	1	15	1	0
Bremen	2	57	22	381	0	0	0	6	0	0
Hamburg	6	58	66	1363	5	1	5	10	0	3
Hessen	5	228	262	4137	11	8	4	30	3	2
Darmstadt	3	158	144	2360	7	6	3	17	3	16
Gießen	0	26	56	781	2	3	1	0	0	9
Kassel	2	44	53	896	2	0	0	3	0	10
Mecklenbg.-Vorpommern	5	118	174	2378	3	0	0	4	0	2
Niedersachsen	11	398	221	4657	82	10	7	28	1	33
Braunschweig	4	97	83	1146	13	3	3	42	1	20
Hannover	123	147	671	1234	628	117	82	102	0	12
Lüneburg	0	65	44	781	1	2	0	8	0	1
Weser-Ems	7	114	84	1848	36	5	4	15	1	6
Nordrhein-Westfalen	52	1477	616	11140	323	47	34	82	3	2
Düsseldorf	22	566	153	3202	84	12	12	276	0	66
Köln	6	313	172	2636	53	8	8	104	0	20
Münster	5	197	89	1810	76	2	2	13	0	8
Detmold	1	128	69	1006	36	4	4	106	2	1
Arnsberg	18	283	123	2287	65	14	7	230	5	8
Rheinland-Pfalz	7	292	170	3463	55	9	1	135	2	38
Koblenz	2	86	44	1268	18	2	1	33	0	18
Trier	3	43	27	616	0	0	0	22	0	12
Rhein Hessen-Pfalz	2	151	98	1588	27	7	0	80	0	65
Saarland	0	73	47	770	1	1	0	64	0	1
Sachsen	1	142	283	3819	166	4	1	14	1	2
Chemnitz	0	76	100	1544	47	3	0	7	0	10
Dresden	0	8	102	1262	41	2	1	4	0	3
Leipzig	1	58	91	1013	78	0	0	4	0	16
Sachsen-Anhalt	6	243	209	3017	60	2	0	12	1	7
Schleswig-Holstein	6	148	116	1451	42	3	2	64	1	18
Thüringen	2	83	146	2152	57	1	0	13	1	8
Gesamt	103	3872	3566	58348	1328	122	71	2344	23	38

Übrige meldepflichtige Infektionskrankheiten 32. Woche 1995

	32. Wo. 1995	1.-32. Wo. 1995	1.-32. Wo. 1994	1.-52. Wo. 1994
Botulismus	0	4	8	13
Brucellose	1	18	13	27
Cholera	0	1	1	7
Diphtherie	0	3	5	6
Fleckfieber	0	2	1	1
Gasbrand	1	85	88	138
Gelbfieber	0	0	0	0
hämorrh. Fieber	0	0	0	1
Lepra	0	2	3	5
Leptospirose Weil	1	9	7	17
Leptospirose, sonstige	1	7	4	11
Malaria	22	593	471	814
Meningitis, übrige Formen	24	290	871	1525
Milzbrand	0	0	1	1
Ornithose	5	121	78	136
Paratyphus	2	54	41	114
Pest	0	0	0	0
Poliomyelitis	0	0	0	1
Q-Fieber	1	32	56	64
Rotz	0	0	0	0
Rückfallfieber	0	0	0	1
Shigellose	51	845	1040	2298
Tetanus	0	7	7	17
Tollwut	0	0	0	0
Trachom	0	9	2	4
Trichinose	0	2	0	0
Tularämie	0	0	4	5
Typhus	3	81	96	174
angeborene				
- Listeriose	2	21	15	22
- Lues	0	2	2	7
- Rötelnembryopathie	0	0	1	1
- Toxoplasmose	0	17	11	24
- Zytomegalie	0	12	8	17
Gonorrhoe	13	1084	886	
Syphilis	1	284	226	

Bemerkungen zu den Tabellen auf Seite 3 und 4

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.