

Epidemiologisches Bulletin



**Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten**

40/97

100. Jahrestag der ersten internationalen ›Lepra-Conference‹

Fortschritte bei der Leprabekämpfung lassen Elimination heute möglich erscheinen

Vor genau 100 Jahren, im Oktober 1897, fand in Berlin in den Räumen des damaligen Reichsgesundheitsamtes die erste internationale wissenschaftliche ›Lepra-Conference‹ statt. Rudolf Virchow, der bereits 1864 die Wissenschaftler der Welt zur Erforschung der Lepra aufgerufen hatte und der während dieser Konferenz seinen 76. Geburtstag feierte, hielt den Begrüßungsvortrag zur Stellung der Lepra unter den Infektionskrankheiten und den pathologisch-anatomischen Erfahrungen. Unter den 155 Teilnehmern waren alle bekannten Lepraforscher und Delegierte aus den hauptsächlich betroffenen Ländern. Auch aus heutiger Sicht ist diese Konferenz mit einem Bericht von 1.250 Seiten gut dokumentiert. – Zur damaligen Zeit trat die Lepra, nachdem sie in Deutschland über längere Zeiträume als eine ›ausgestorbene‹ Krankheit gegolten hatte, seit einigen Jahrzehnten auch in Mittel- und Nordeuropa wieder auf. Der Erreger wurde 1873 von dem Norweger Hansen (Hansens disease) entdeckt, damit war erstmalig ein Bakterium als Ursache einer Krankheit beim Menschen identifiziert worden. – Haupthindernis einer entscheidenden weltweiten Zurückdrängung der Krankheit blieb bis in die 80er Jahre dieses Jahrhunderts der Mangel an einfach zu handhabenden, wirksamen Behandlungsmöglichkeiten. Erst 1940 war mit Dapson ein spezifisches Anti-Lepramittel entwickelt worden. Es erforderte jedoch eine regelmäßige, langjährige, mitunter lebenslange Einnahme, und die Erreger entwickelten bald Resistenzen. So blieb die schon über Jahrtausende praktizierte Absonderung ›Aussätziger‹ aus der sozialen Gemeinschaft in eigens für sie eingerichteten Leprosorien bis in die Gegenwart das seuchenhygienische Mittel der Wahl. – Der 100. Jahrestag der ›Lepra-Conference‹ war uns Anlaß, die aktuelle Situation zu untersuchen:

Im Jahr 1981 empfahl eine Expertengruppe der WHO erstmalig den Einsatz einer Kombinationstherapie zur Behandlung der Lepra, d. h. die Behandlung mit einer Kombination von drei Medikamenten (*multidrug therapy*, MDT). In dieser kombinierten antileprösen Therapie ist Rifampicin das Therapeutikum der ersten Wahl. Die Kombination mit weiteren Chemotherapeutika (Dapson, Clofazimin) sowie die Intervalle der Anwendung, die Dosierung und die Medikationsdauer richten sich nach Art und Schwere des Krankheitsbildes und der Verbreitung der Erreger im befallenen Gewebe. Die MDT erwies sich in den Folgejahren als sicher, wirksam und auch ökonomisch. Sie führte auch mit verkürzten und vereinfachten Therapieschemen zu einer Heilung, ohne das Rückfälle auftraten oder sich Resistenzen entwickelten. Mit der Lepra-Kombinationstherapie, die auch unter den Bedingungen weniger entwickelter Gesundheitssysteme gezielt und kontrolliert eingesetzt werden kann, stand die entscheidende Voraussetzung für eine wirksame Leprabekämpfung zur Verfügung. Folgerichtig rückten nun Fragen der (möglichst frühzeitigen) Erkennung Erkrankter und deren effektive Behandlung in den Vordergrund.

Die mit der MDT nach ihrer Einführung in den Endemiegebieten erzielten Ergebnisse waren beeindruckend. Konnte man zu Beginn der 80er Jahre durchaus berechtigt von einer geschätzten Zahl von nahezu 15 Millionen Leprakranken in der Welt ausgehen, hatte sich deren Zahl schon bis 1985 unter dem Einsatz der MDT mehr als halbiert. Auch unter Berücksichtigung erheblicher Dunkelziffern bei nur schwach entwickelten und unvollkommen funktionierenden Melde- und Surveillance-Systemen ist diese Entwicklung überzeugend. So reduzierte sich

Diese Woche:

- Lepra:**
 - Fortschritte bei der Bekämpfung
 - Situation in der Welt

Poliomyelitis:
**Bestätigung
der Eradikation
in Deutschland
wird vorbereitet**

Fallbericht:
**Verdacht auf
Lassa-Fieber
nicht bestätigt**

HIV/AIDS:
**UNAIDS-Workshop
in Berlin**

**Symposium zur
Akkreditierung
mikrobiologischer
Laborbereiche**

2. Oktober 1997

ROBERT KOCH
RKI
INSTITUT

Lepra (Aussatz) ist eine durch *Mycobacterium leprae* verursachte chronische Infektionskrankheit mit einer besonderen Prädisposition des Erregers für das Nervengewebe und die Haut und einer Inkubationszeit von 9 Monaten bis zu 20 Jahren (im Mittel etwa 4 Jahre bei tuberkuloider Lepra und 8 Jahre bei lepromatöser Lepra). Das klinische Bild wird durch die Immunreaktionen gegen die Mykobakterien bestimmt. – Nach der Art der Gewebereaktion werden zwei stabile polare Typen unterschieden (Madrider Schema, 1953):

- die **tuberkuloide Lepra (TL)** mit starker Gewebereaktion, Nervenschädigungen durch hyperergische Reaktion, relativ guter Prognose und geringer Kontagiosität (Nervenlepra) und
- die **lepromatöse Lepra (LL)** mit fehlender Gewebereaktion (anergische Form), massiver Infiltration der Haut u. schlechter Prognose bei höherer Kontagiosität (Knotenlepra).

Daneben existieren zwei instabile Gruppen, die **indeterminierte Lepra (I)** und die interpolare oder **Borderline-Lepra (BL)** oder dimorphe Lepra.

Von therapeutischer und prognostischer Relevanz ist die **Klassifikation der Lepra nach Zeichen der klinischen Manifestation** (typische Hautläsionen und deren Anzahl, Sensibilitätsverluste, Nervenverdickungen) **und dem mikroskopischen Nachweis der Erreger** im Ausstrich der Skarifikation gewonnenen Gewebsflüssigkeit aus Hautläsionen. Danach werden unterschieden:

- **MB** – Lepra (Multibacillary leprosy) = klinische Zeichen, Erreger in einem Ausstrich,
- **PB** – Lepra (Paucibacillary leprosy) = klinische Zeichen, in keinem Ausstrich Erreger,
- **Single Skin Lesion PB** – Lepra = einzelne typische Hautläsion.

beispielsweise in Indien, in dem bis heute über 60 % der bekannten Leprakranken leben, der Bestand an Kranken von rund 2.916.000 Ende 1985 auf 554.000 bis Ende 1996 bei einer annähernd gleichbleibend hohen Zahl jährlich neu entdeckter Erkrankungsfälle (Abb. 1).

Die zunehmende praktische Erfahrung mit der Lepra-MDT einerseits sowie die erzielten Erfolge ließen es immer realistischer erscheinen, nunmehr die weltweite Elimination der Lepra, die ein wesentliches Gesundheitsproblem in vielen Ländern der Erde darstellt, anzustreben. 1991 nahm die Weltgesundheitsversammlung die Resolution zur **Elimination der Lepra** an. Als Erfolgskriterium wurde die Senkung der Lepraprävalenz auf unter 1 Erkrankung je 10.000 Einwohner einer betroffenen Bevölkerung definiert. 1992 wurde ein diesbezüglicher globaler Aktionsplan ausgearbeitet und implementiert, der auf das Erreichen des Zieles bis zum Jahr 2000 orientiert. Trotz aller bisherigen Erfolge ist diese Zielstellung sehr anspruchsvoll. Die Strategie der Elimination und der Aktionsplan der WHO basieren auf

- der frühzeitigen Entdeckung der Erkrankungsfälle,
- der MDT-Behandlung aller diagnostizierten Patienten gemäß Therapieschema,
- einem vereinfachten Fall-Management und
- einem adäquaten Informationssystem zur Kontrolle des Erfolges.

Eine auf die Wahl des therapeutischen Vorgehens ausgerichtete Klassifikation der Lepra (s. Kasten) vereinfacht und optimiert das Vorgehen und den Umgang mit den Erkrankungsfällen. Die bislang erzielten Erfolge bei der weltweiten Senkung der Prävalenz sind beeindruckend und halten auch einer kritischen Bewertung stand. Tabelle 1 weist den Anfang dieses Jahres erreichten Stand registrierter Leprafälle für die 16 Hauptendemiegebiete der Welt

	Land	Erkr. abs.	je 10.000 Einw.	Anteil in %
1	Indien	553.793	5,9	62
2	Brasilien	105.744	6,6	9
3	Indonesien	33.739	1,7	4
4	Bangladesch	13.385	1,1	2
5	Myanmar (Burma)	18.758	4,1	2
6	Nigeria	14.309	1,2	2
7	Nepal	12.828	5,8	1
8	Zaire (1995)	6.082	1,3	1
9	Mosambique	10.905	6,1	1
10	Äthiopien	8.272	1,4	1
11	Madagaskar	6.656	4,3	1
12	Sudan	3.471	1,3	0
13	Philippinen	8.663	1,3	1
14	Kambodscha	2.960	2,9	0
15	Tansania	3.077	1,0	0
16	Guinea	3.732	5,0	0
	Erkr. in Hauptendemiegebieten, insges.	806.374	4,3	91
	Erkr. in sonst. Regionen, insges.	81.966		9
				100
	Registrierte Erkr., insges.	888.340	1,54	77
	Geschätzte Erkr., insges.	1.150.000	2	100

Tab. 1 Registrierte Lepraerkrankungen in den 16 Hauptendemiegebieten (Reihenfolge nach der geschätzten Prävalenz), Stand per 01.01.1997

aus, in denen 91 % der weltweit registrierten Fälle auftreten und die erwartungsgemäß einen noch höheren Anteil an der Zahl der geschätzten Fälle haben (die Reihenfolge ergibt sich aus der Größe des nicht ausgewiesenen geschätzten Bestandes). Nahezu zwei Drittel der Lepraprävalenz konzentrieren sich auf den asiatischen Subkontinent Indien. Insofern bestimmt die Entwicklung in Indien auch in hohem Maße die Gesamtentwicklung, deren Erfolg oder Mißerfolg.

Das erscheint zunächst verwunderlich, denn man erwartet eigentlich bereits einen stärkeren senkenden Einfluß der enormen Reduktion der Prävalenz und damit der Zahl potentieller Übertragungsvorgänge auf die Zahl neuer Erkrankungsfälle. Eine Erklärung könnte sein, daß die gezielte Suche nach Kranken und deren frühzeitigere Entdeckung zunächst nicht nur neue, sondern auch mehr oder minder große, bislang unbekannte Prävalenzanteile zu Tage fördert. Die in der Regel sehr lange Inkubationszeit der Lepra

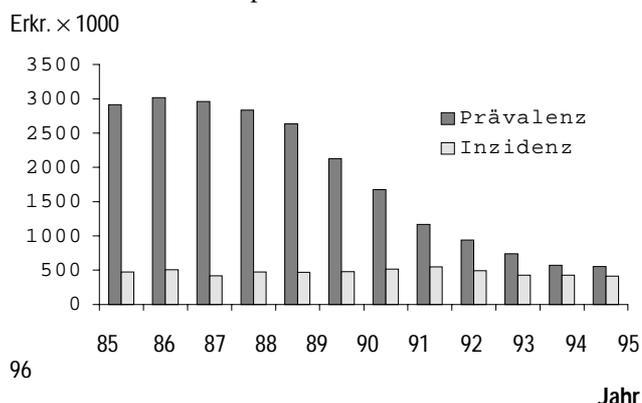


Abb. 1 Lepra in Indien 1985–1996

Lepra weltweit – Situation 1997

- insgesamt 1.150.000 geschätzte Erkrankungen
- in 55 Ländern tritt die Lepra endemisch auf
- rund 560.000 Erkrankungsfälle werden jährlich neu diagnostiziert
- 888.000 Erkrankungsfälle sind gegenwärtig unter Behandlung (rund 77% der geschätzten Erkrankungen)
- rund 8.400.000 Personen wurden bisher erfolgreich mit der Kombinationstherapie (MDT) behandelt
- bis zu 2 Millionen Personen leiden aber noch unter den Folgen einer Lepraerkrankung
- bisher kein bestätigter Bericht über Resistenz von *Mycobacterium leprae* gegenüber der Kombinationstherapie
- die Mißerfolgsrate der Kombinationstherapie liegt unter 1 ‰
- die Medikamentenkosten für die Behandlung eines PB-Patienten betragen weniger als 3 US-Dollar, die Medikamentenkosten für die Behandlung eines MB-Patienten weniger als 40 US-Dollar

und die nach wie vor stark limitierten Möglichkeiten präklinischer Diagnostik könnten in Verbindung mit den tradierten sozialen Konsequenzen und Rahmenbedingungen der Erkrankung eine weitaus größere Dunkelziffer an Erkrankten bewirkt haben, als bislang angenommen wurde. Dieses Reservoir könnte die Raten neuentdeckter Erkrankungen noch für über ein Jahrzehnt auf weitgehend unverändert hohem Niveau halten. Es scheint, daß vielfach ein echter Rückgang der Zahl ›Neuinfizierter‹ von der Zahl ›Neuentdeckter‹ überlagert wird; beide Gruppen können mit dem gegebenen diagnostischen Repertoire nicht ausreichend differenziert werden.

Die Bestätigung der Poliomyelitis-Eradikation in Deutschland wird vorbereitet

Notwendige Voraussetzung: Effiziente Surveillance

In den letzten 10 Jahren (seit 1988) wurden in Deutschland nur noch vier importierte Polio-Erkrankungen diagnostiziert, zwei im Jahr 1990 und zwei im Jahr 1992. In der Ausgabe 34/97 des *Epidemiologischen Bulletins* waren bereits die beiden wichtigen, sich aus dieser günstigen Situation ergebenden Aufgaben abgeleitet worden:

- das Aufrechterhalten der erreichten Unterbrechung der Wildvirus-Zirkulation und
- das Etablieren einer effektiven Surveillance, um die Kriterien der WHO für die Eradikation der Poliomyelitis zu erfüllen.

In dem genannten Beitrag wurde bereits auf die laufenden, die Bestätigung der Eradikation vorbereitenden Maßnahmen hingewiesen, die gegenwärtig durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Zusammenwirken

Die enorme Senkung des Bestandes an bekannten Lepraerkrankten ist vor allem ein Effekt der seit Beginn der 80er Jahre möglichen effektiven Behandlungs- und Heilungsmöglichkeiten und der damit erzielten erheblichen Reduktion der Erkrankungsdauer. Eine vorher jahrzehnte- bis lebenslange Krankheits- bzw. Behandlungsdauer hat sich über eine Medikationsdauer von 24 Monaten jetzt auf 12 Monate verkürzt, seit 1997 gilt das auch für MB-Fälle. Zur Beurteilung des Einflusses auf die Übertragungshäufigkeit wären noch weitere Untersuchungen erforderlich. Die überwiegend therapeutisch bedingte Bestandsreduktion kann allerdings zu Recht als wesentlicher Teilsieg verzeichnet werden. Die Lepra und die von ihr betroffenen Menschen wurden aus der sozialen Stigmatisierung und Isolation herausgelöst. Dies ist zugleich auch eine wesentliche Rahmenbedingung und Voraussetzung für eine höhere Akzeptanz und Effizienz frühzeitiger Erkennung und Therapie.

Gegenwärtig nähern sich Prävalenz und Inzidenz erstmalig einander an. Dies ist eine neue Situation, die auch besondere Anforderungen an die Surveillance und die Bewertungskriterien stellt. Das Erfassen und Bewerten der tatsächlichen Inzidenz wird nicht leicht zu realisieren sein, ist aber unumgänglich, um das angestrebte Erlöschen einer der großen Seuchen feststellen und verkünden zu können.

In Deutschland wurden seit 1988 jährlich zwischen 1 (1992) und 7 (1990) importierter Lepraerkrankungen gemeldet, 1996 waren es 3 Erkrankungen.

Quellen:

WHO Genf, WER, 23/1997: 165–172

WHO Genf, WER 24/1997: 173–180

WHO Genf, WER 28/1997: 205–208

WHO, Press Release WHO/22, 14.03.97 u. WHO/45, 03.06.97

Action Programme for the elimination of leprosy. Status Report 1997. WHO, Genf 1997 (WHO/LEP/97.4)

WHO Genf, Fact Sheet N101 ›Leprosy‹, revised June 1997

Herrn Dr. H.R. Winz sowie der Gesellschaft für Leprakunde danken wir für den Hinweis auf den 100. Jahrestag der ersten internationalen ›Lepra-Conference‹ und diesbezügliche Materialien.

mit der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung von Viruskrankheiten (DVV), dem Robert Koch-Institut sowie dem Nationalen Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren und der Ständigen Impfkommision am RKI (STIKO) getroffen werden. Dazu kann jetzt – wie angekündigt – weiter berichtet werden:

Die DVV wurde vom BMG mit der Wahrnehmung der Funktion der **Nationalen Kommission für die Zertifizierung der Poliomyelitis** betraut. In Deutschland ist zur Zeit die wichtigste Aufgabe, die Erfassung und Untersuchung aller nicht traumatisch bedingten Fälle von akuter schlaffer Lähmung (AFP) als Hauptindikator für die Unterbrechung der Polio-Wildviruszirkulation zu erreichen, weil eine nicht traumatisch bedingte akute schlaffe Lähmung bei Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren immer auch einen Poliomyelitis-Verdacht begründet. Die DVV hat inzwischen einen Vorschlag für den Aufbau einer **AFP-**

Surveillance in Deutschland erarbeitet. Eine AFP-Surveillance ist in Deutschland gegenwärtig nicht vorhanden. Die Etablierung bedarf großer Anstrengungen und einer optimalen Zusammenarbeit von Klinikern, Virologen und Epidemiologen. Die entscheidende Botschaft an die behandelnden Ärzte ist, daß der im Fall einer nicht traumatisch bedingten akuten schlaffen Lähmung bei Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren bestehende Polio-Verdacht unverzüglich durch virologische Untersuchungen bestätigt oder ausgeschlossen werden muß.

Die unmittelbare **labordiagnostische Abklärung aller Poliomyelitis-Verdachtsfälle** einschließlich aller Fälle von AFP bei Kindern und Jugendlichen ist der erste Teil der Surveillance. Die Virusdiagnostik wird direkt im Nationalen Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren im Robert Koch-Institut, dem für diese Aufgabe von der WHO zertifizierten Viruslabor, durchgeführt. Einzusenden sind zwei Stuhlproben im Abstand von 24 bis 48 Stunden innerhalb von 14 Tagen nach Beginn der Lähmung (die erste Probe möglichst innerhalb von 48 Stunden nach Auftreten der Paresen) sowie nach Absprache auch Liquor und Serum.

Der zweite Teil der Surveillance besteht darin, die **zentrale Erfassung aller AFP-Erkrankungsfälle** zu sichern. Es besteht bereits eine **Meldepflicht nach dem BSeuchG** für den Krankheitsverdacht auf Poliomyelitis. (Im Entwurf des Infektionsschutzgesetzes ist unter den Falldefinitionen eine Präzisierung des Poliomyelitis-Verdacht vorgesehen.) Die bestehende Meldepflicht (Anzeige innerhalb von 24 Stunden an das Gesundheitsamt) gewinnt gegenwärtig stark an Bedeutung. Es ist aber festzustellen, daß diese Meldeverpflichtung gemäß BSeuchG zur Zeit leider nicht garantiert, daß den zuständigen Gesundheitsämtern tatsächlich alle Polio-Verdachtsfälle gemeldet werden.

Um nun im Zusammenhang mit der angestrebten Zertifizierung der Eradikation der Poliomyelitis bereits ab 1998 über ausreichend genaue Daten zur Situation in Deutschland verfügen zu können, muß – zumindest für einen Übergangszeitraum – **zusätzlich ein aktives Erfassungssystem für alle akuten schlaffen Lähmungen** (einschließlich des Guillain-Barré-Syndroms, GBS) kurzfristig etabliert werden. Im Auftrag der DVV hat Herr Professor Windorfer im Niedersächsischen Landesgesundheitsamt in Hannover diese Aufgabe übernommen. Dabei handelt es sich primär nicht um eine Meldung nach dem BSeuchG, sondern um eine Erhebung,

die auf der Grundlage der freiwilligen Meldung aller in Frage kommenden Patienten durch die behandelnden Krankenhausärzte erfolgt. Es sollen laufend Informationen zu aufgetretenen Fällen mit akuter schlaffer Lähmung (inkl. GBS) aus allen stationären pädiatrischen und neurologischen Kliniken erfaßt werden, so daß im Abgleich mit den Labordaten des NRZ retrospektiv eine Aussage zur Situation in Deutschland erarbeitet werden kann. Die Zahl der in der Altersgruppe unter 15 Jahren jährlich zu erwartenden Fälle einer nicht traumatisch bedingten akuten schlaffen Lähmung (vor allem GBS) wird für Deutschland auf rund 120 geschätzt (das entspricht einer jährlichen Häufigkeit von einer Erkrankung auf je 100.000 Einwohner der Altersgruppe 0–14 Jahre).

Die **Bestätigung der Polio-Eradikation durch die WHO** ist an den Nachweis geknüpft, daß durch eine effektive AFP-Surveillance alle akuten schlaffen Lähmungen im Kindesalter erfaßt werden und bei den Erkrankten unter Anwendung optimaler virologischer Untersuchungen keine Poliowildviren gefunden wurden. Die erfolgreiche Etablierung des vorgesehenen Systems der Surveillance auf der Grundlage einer zeitgerechten Materialabnahme und einer virologischen Untersuchung durch ein von der WHO bereits zertifiziertes Labor sowie der Beweis, daß tatsächlich fast alle AFP-Fälle erfaßt wurden, sind die Voraussetzungen dafür, daß auch für Deutschland die Deklaration als ›frei von Poliomyelitis‹ bis zum Jahr 2000 Wirklichkeit werden kann.

Zusammengefaßt ergeben sich folgende Aktivitäten: Die in Deutschland in diesem Zusammenhang erhobenen Virusbefunde werden vom NRZ für Poliomyelitis und Enteroviren zusammengefaßt. Von den behandelnden Ärzten werden zu meldende Polio-Erkrankungen und Verdachtsmeldungen weiterhin an die Gesundheitsämter gemeldet und vom FG ›Meldepflichtige Krankheiten‹ des RKI im Rahmen der Meldestatistik erfaßt. – Neu ist, daß AFP-Erkrankungsfälle durch das Landesgesundheitsamt Hannover erfaßt werden und daß künftig alle Ergebnisse dieser Surveillance – d.h. die Daten über Virusbefunde, ärztliche Meldungen und die Erhebung des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes in Hannover – der Nationalen Kommission für die Zertifizierung der Poliomyelitis bei der DVV zugeleitet werden. Die Nationale Kommission wird die Ergebnisse der Surveillance ab 1998 gegenüber der Regionalen Zertifizierungskommission der WHO vertreten.

Verdacht auf Lassa-Fieber nicht bestätigt (vorläufiger Fallbericht)

Am 11.09.97 war ein 37-jähriger Afrikaner mit Fieber, Leberversagen, Rhabdomyolyse, Thrombozytopenie und einer Störung der Blutgerinnung in ein Mainzer Krankenhaus aufgenommen und kurze Zeit später auf die Intensivstation in eine Isoliereinheit verlegt worden. Während der nächsten acht Tage verschlechterte sich sein Zustand trotz maximaler Therapie, es kamen starke Blutungen, vor allem aus dem Nasenbereich, hinzu. Seit dem 13.09. wurde er beatmet. Er starb in der Nacht vom 19. zum

20.09. an akutem Lungen- und Nierenversagen. Nach dem vorläufigen Ergebnis der Obduktion am 23.09. am Institut für Pathologie der Eberhard-Karls-Universität Tübingen lauteten die Hauptdiagnosen ›Lungenversagen (ARDS), akutes Leberversagen (akute gelbe Leberdystrophie) und Nierenversagen (Schockniere) sowie Rhabdomyolyse (Zerstörung von Muskelgewebe)‹.

Zur Klärung der Krankheitsursache wurden Tests auf eine Vielzahl viraler und bakterieller Erreger durchgeführt, die alle negativ ausfielen. Wegen des foudroyanten Verlaufs, der starken Blutungsneigung und einer nach den zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Informationen möglicherweise kurz zuvor erfolgten Einreise aus Ghana wurde der Verdacht auf ein Virales Hämorrhagisches Fieber (VHF) ausgesprochen und am 18.09. eine entsprechende Virusdiagnostik am Bernhard-Nocht-Institut (BNI), Hamburg, eingeleitet. Tests auf Erreger von VHF ergaben negative Ergebnisse, außer einer fraglich positiven PCR und einem positiven IgM-Antikörpertest (1:1.000) für Lassa-Fieber. Das Labor bewertete dies als echten Lassa-Fieber-Verdachtsfall. Aufgrund dieser ersten klinischen und serologischen Befunde mußten die für diesen Fall erforderlichen – z. T. recht aufwendigen – seuchengesetzlichen und seuchenhygienischen Schutzmaßnahmen eingeleitet und bis zum Ausschluß des Verdachtes aufrechterhalten werden. Dabei wurden die lokalen Gesundheitsbehörden von der Projektgruppe ›Aufsuchende Epidemiologie‹ des RKI unterstützt.

Am 25.09. wurde das Ergebnis der Viruskultur als negativ bestätigt. Damit war eine Erkrankung an Lassa-Fieber oder einem anderen VHF ausgeschlossen. Paralleluntersuchungen auf Erreger von Viralem Hämorrhagischen Fieber

waren im Zentrum für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie der Universität Marburg vorgenommen worden und hatten gleichfalls ein negatives Ergebnis. Die durchgeführten epidemiologischen Ermittlungen schließen eine Reise des Erkrankten in außereuropäische Gebiete im relevanten Zeitraum vor der Erkrankung aus.

Bisher ist die Todesursache dieses Patienten ungeklärt. Eine genaue Untersuchung von Gewebeproben, die bei der Obduktion gewonnen wurden, soll dazu weitere Aufschlüsse geben. Nach Abschluß aller Untersuchungen und Ermittlungen wird ein ausführlicher Fallbericht veröffentlicht.

Es erhebt sich die Frage, ob weitere Erkrankungsfälle dieser ungewöhnlichen Art beobachtet wurden. Beobachtungen von ungeklärten Fällen von Rhabdomyolyse und Lebersversagen in den letzten 6 Monaten sollten nach Möglichkeit dem Robert Koch-Institut, Berlin, Frau Dr. A. Ammon (Tel.: 030/4547-3481) mitgeteilt werden.

Für Informationen und kollegiale Zusammenarbeit danken wir Herrn PD Dr. M. Jung, St. Hildegardis Krankenhaus, Mainz, Herrn Dr. H. Bußmann, Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit Rheinland-Pfalz sowie Herrn Dr. Stofft und Herrn Ulrich, Gesundheitsamt der Stadt Mainz.

In Berlin fand ein UNAIDS-Workshop statt

Schwerpunkt: Surveillance der HIV-Infektionen

Das AIDS-Programm der Vereinten Nationen (UNAIDS) veranstaltete vom 22.–24.09.97 in Berlin einen Workshop, der von der Agency for International Development der Vereinigten Staaten von Amerika (USAID), dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Robert Koch-Institut unterstützt wurde.

Hauptthema war die regional differenzierte Entwicklung und Vervollkommnung von Strategien der Verhütung und Bekämpfung von HIV-Infektionen und AIDS. Sowohl zur Beurteilung des Epidemieverlaufes als auch der Wirksamkeit der präventiven Maßnahmen sind belastbare epidemiologische Daten erforderlich, die mit Hilfe spezieller Erhebungsinstrumente gewonnen werden müssen. Neben den vielfach bereits vorliegenden Daten zur Entwicklung des epidemischen Prozesses sind zunehmend Daten zur Wirksamkeit der Interventionsprogramme und Präventionsstrategien und zu aktuellen Risikofaktoren gefragt. Ein besonderes Anliegen des Workshops war es, Empfehlungen für Maßnahmen der epidemiologischen Surveillance für einzelne Länder und Regionen – in denen die Situation recht unterschiedlich sein kann – zu erarbeiten. Im Kontext der auf dem Workshop vorgetragenen internationalen Erfahrungen wurde für Deutschland und vergleichbare Länder die systematische Sammlung folgender Daten empfohlen und zur Diskussion gestellt:

1. als Basiserhebung

- eine anonyme Einzelfallerfassung für HIV-Infektionen (in Ergänzung des bewährten AIDS-Fallregisters),
- die fortlaufende (jährliche) Bestimmung der HIV-Prävalenz jeweils in ausgewählten Bevölkerungsgruppen mit ›hohem‹ und ›niedrigem‹ Infektionsrisiko,
- Studien zur Prävalenz sexuell übertragbarer Infektionen in ausgewählten Bevölkerungsgruppen sowie
- Studien zu Verhaltensänderungen (in Verbindung mit den Prävalenz-Studien).

2. Ergänzende Untersuchungen sollten

- dem Inanspruchnahmeverhalten im Rahmen der Gesundheitsversorgung,
- der HIV/AIDS-Mortalität sowie
- der Bestimmung der HIV-Subtypen

gelten.

Die in den einzelnen Arbeitsgruppen erarbeiteten Materialien und dazu eingegangenen Vorschläge werden durch UNAIDS in Genf gesammelt; bis Anfang 1998 sollen daraus Empfehlungen erarbeitet werden.

Veranstaltungshinweis

Symposium ›Akkreditierung mikrobiologischer und infektionsserologischer Laborbereiche‹ auf der MEDICA 97

Düsseldorf, 19. November 1997

9.15–12.30 Uhr, CDC Süd, Raum 26

Themen:

- Akkreditierung medizinischer Laboratorien im Rahmen eines Total Quality Managements
- Praktische Grundlagen der Akkreditierung
- Akkreditierung in den Fachbereichen Bakteriologie, Virologie, Parasitologie, Nukleinsäureamplifikation

Veranstalter: Institut für Standardisierung und Dokumentation im Medizinischen Laboratorium (INSTAND) und Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie, Fachgruppe ›Diagnostische Verfahren in der Mikrobiologie‹

Anmeldung: Düsseldorfer Messegesellschaft, Postfach 10 10 06, 40001 Düsseldorf, Tel.: 0211 / 4560-984, Fax: -8544