

Epidemiologisches Bulletin



**Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten**

11/98

Sentinel zur Masern-Surveillance:

Arbeitsgemeinschaft Masern (AGM) vor der Gründung

Die Elimination der Masern durch gezielte Impfprogramme ist erklärtes Ziel der in der WHO-Region Europa zusammengefaßten Staaten, dem auch die Bundesrepublik Deutschland verpflichtet ist (s. a. *Epid. Bull.* 34/97: 233–234, 46/97: 323, 47/97: 333). Das Robert Koch-Institut hat vom Bundesministerium für Gesundheit den Auftrag erhalten, für dieses Ziel ein Arbeitsprogramm zu entwickeln. Innerhalb des geplanten nationalen ›Impfinterventionsprogrammes Masern‹ ist die Erfassung der Masernerkrankungen ein zentraler Baustein. Das geplante Infektionsschutzgesetz (IfSG) dokumentiert den großen Stellenwert einer gezielten Kontrolle der Morbidität – der Surveillance – im Rahmen der Prävention, Überwachung und Kontrolle von Infektionskrankheiten. Neben einer Neuordnung des Meldewesens werden Sentinelerhebungen (hier: aktives Erfassen definierter Krankheitsbilder in einem repräsentativen Netz von Beobachtungspraxen) ausdrücklich als Bestandteil der Surveillance hervorgehoben.

Eine Masern-Surveillance, die heutigen internationalen Standards entspricht, erfordert in der Phase der Masern-Elimination eine Vernetzung von Meldedaten und Sentinelndaten. Ein Blick auf Surveillance-Systeme, die im internationalen Vergleich als vorbildlich gelten, verdeutlicht, daß eine derartige Verflechtung einer passiven Surveillance-Komponente, das heißt z. B. eines obligatorischen Meldesystems, mit einer ergänzenden aktiven Komponente wie einem oder gar mehreren Sentinelnetzen notwendig ist. Eine wesentliche Voraussetzung ist die Verwendung einheitlicher Begriffsdefinitionen, Falldefinitionen, zusätzlich erhobener Indikatoren (wie z. B. zum Impfstatus) und regionaler Zuordnungen.

Ein auf Einzelfallerfassung basierendes Sentinelsystem mit der virusdiagnostischen Bestätigung von Indexfällen trägt zur Bewertung der Effizienz der Impfprävention bei, kann den Nutzen von Interventionsmaßnahmen evaluieren, schärft die Aufmerksamkeit der beteiligten Ärzte und dient zusätzlich der Überprüfung der Dunkelziffern bei den Meldedaten. Wesentlich ist, daß von den im Sentinel beobachteten Masernpatienten klinische und anamnestische Daten sowie Untersuchungsmaterial sowohl für die Bestätigung der Diagnose als auch für weitere Virusdiagnostik unter epidemiologischen Gesichtspunkten zur Verfügung stehen. Neben der kontinuierlichen Erfassung von Masernerkrankungen soll in einem zweiten Schritt bei Patienten der Sentinelärzte die Immunität gegen Masern periodisch oder punktuell überprüft werden. Zusammen mit den Ergebnissen von Schuleingangsuntersuchungen sind dies geeignete Indikatoren, um zu überprüfen, inwieweit eine Annäherung an das angestrebte Ziel, die Elimination der Masern, stattgefunden hat.

Diese Woche:

**Masern-Sentinel:
Arbeitsgemeinschaft
Masern (AGM)
wird gegründet**

**Wir stellen vor:
Deutsche Gesellschaft
für Tropenmedizin
und Internationale
Gesundheit (DTG)**

**Fallbericht:
Malaria –
in Deutschland
erworben**

**Fallbericht:
Klinische Diphtherie**

Veranstaltungshinweise:

- **III. Symposium Reise- und Impfmedizin**
- **DGHM-Kongress Berlin**
- **Fortbildungsseminare des Centrums für Reisemedizin**

20. März 1998

ROBERT KOCH
RKI
INSTITUT

Im RKI wurde ein Konzept zu einem entsprechenden Masern-Sentinel erarbeitet; analog zum Modell der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) ist dazu die Gründung einer Arbeitsgemeinschaft Masern (AGM) vorgesehen. Zur Vorbereitung der Realisierung und zur materiell-technischen Unterstützung wurden Gespräche mit den Impfstoffherstellern und dem Deutschen Grünen Kreuz (DGK) aufgenommen. Die Firmen Chiron Behring GmbH & Co., SmithKline Beecham Pharma GmbH und PMMSD haben sich inzwischen bereit erklärt, das Sentinelsystem zunächst über einen Zeitraum von 3 Jahren finanziell zu unterstützen. – Vor Gründung der AGM werden in einem Expertengremium die notwendigen

Bedingungen und organisatorischen Einzelheiten festgelegt. Arbeitsergebnisse der AGM, aber auch wichtige Informationen für die am Sentinel beteiligten Ärzte werden im *Epidemiologischen Bulletin* veröffentlicht. Das Referenzzentrum Masern-Mumps-Röteln am RKI übernimmt die für eine angemessene Surveillance notwendige Labordiagnostik. Bei Masernausbrüchen kann künftig im Einvernehmen mit den zuständigen Landesbehörden die Unterstützung der aufsuchenden Epidemiologen des RKI in Anspruch genommen werden.

Ein ausführlicher Beitrag von Prof. Dr. F. Tiemann, RKI, zum vorgesehenen Masern-Sentinel erscheint in Kürze in der Info 1/98.

Partner im infektionsepidemiologischen Netzwerk stellen sich vor:

Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit (DTG)

Die Mitgliederversammlung der bisherigen Deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft (DTG) beschloß im September 1997, sich künftig ›Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit‹ zu nennen, um den Aspekt der Globalisierung auf diesem Gebiet besser zum Ausdruck zu bringen. (Der Terminus ›Internationale Gesundheit‹, der im Englischen bereits besteht und auch vom europäischen Dachverband und seiner Zeitschrift verwendet wird, war allerdings innerhalb der Gesellschaft nicht unumstritten.) – Die Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit (DTG) ist die Fachgesellschaft der tropenmedizinisch interessierten Ärzte, Tierärzte und Naturwissenschaftler in Deutschland. Sie ist 1997 als eines der 114 Mitglieder in die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) aufgenommen worden. Zudem ist sie Gründungsmitglied der *Federation of European Societies for Tropical Medicine and International Health*, die seit 1995 die europäischen tropenmedizinischen Gesellschaften als Dachverband zusammenschließt und seit 1996 die wissenschaftliche Zeitschrift *Tropical Medicine & International Health* herausgibt, die durch die Fusion verschiedener nationaler Zeitschriften entstanden ist. – Die DTG versteht sich als ein »Zusammenschluß aller, die wissenschaftlich an human- und veterinärmedizinischen Fragen auf dem Gebiet der Tropenmedizin interessiert sind« (§ 1 der Satzung).

Sie wurde 1907 in Berlin von 68 Tropenmedizinern gegründet, also in dem Jahr der Nobelpreisverleihung an A.C.L. Laveran (1845–1922), den Entdecker der Malariaerreger. Die DTG überstand trotz der hämisch-pessimistischen Prognose des großen Laveran das Ende des deutschen Kolonialismus (Hansen 1996). Schon seit 1918 frei vom Ballast des Kolonialismus und nach der schmerzhaften Erfahrung der Zwangseingliederung in die Deutsche Gesellschaft für Hygiene zur Zeit des Nationalsozialismus, pflegt die DTG heute ohne ideologische Vorbelastung insbesondere die interkulturellen und -disziplinären Aufgaben ihres Faches. Sie hat heute über 700 Mitglieder, in den letzten Jahren haben insbesondere junge Kolleginnen und Kollegen ihren Aufnahmeantrag bei der DTG-Geschäftsstelle (s. unten) gestellt.

Die DTG wird als eingetragener Verein geführt. Die Organe der DTG sind der **Vorstand** (Prof. Dr. med. J. Knobloch, Tübingen, 1. Vorsitzender; Prof. Dr. med. P. Kern, Ulm, 2. Vorsitzender; PD Dr. med. G.D. Burchard, Hamburg, Schriftführer; Prof. Dr. med. U. Bienzle, Berlin; Prof. Dr. med. K. Fleischer, Würzburg), der **Beirat** (Dr. med. W. Bichmann, Frankfurt; Prof. Dr. med. H.J. Diesfeld, Heidelberg; Dr. med. M. Peters, Hamburg; Dr. med. S. Schubert, Leipzig; Prof. Dr. med. H.M. Seitz, Bonn; Prof.

Dr. med. F. von Sonnenburg, München; Dr. med. E. Stockmann, Erlangen) und die **Fachberater** (Dr. med. R. Bialek, Tübingen, Pädiatrie; Prof. Dr. med. V. Klauss, München, Ophthalmologie; Dr. med. P. Langenscheidt, Homburg, Chirurgie; Dr. med. R. Snethlage, Frankfurt, Arbeitsmedizin; Dr. med. A. Sommerfeld, Essen, Ethnologie; Dr. med. J. Wacker, Heidelberg, Gynäkologie).

Vorstand und Beirat sind repräsentativ für die Mitglieder, die sowohl die institutionalisierte tropenmedizinische Forschung, Lehre und Krankenversorgung als auch die vertragsärztliche Krankenversorgung sowie die humanitäre Hilfe in Entwicklungsländern vertreten. Als Repräsentanten weiterer Arbeitsgruppen werden zudem Beiräte und Fachberater berufen, um möglichst das gesamte Mitgliederspektrum berücksichtigen zu können. Neuere Aktivitäten betreffen dabei die Einbindung der in den Tropen vertretenen Industrieunternehmen und der Ethnologie sowie die engere Verflechtung mit europäischen und globalen Netzwerken wie der Weltgesundheitsorganisation. Die DTG versteht sich als integrierende Muttergesellschaft gesonderter tropenmedizinischer Arbeitsgruppen und Vereine und gewährt ihnen in Einzelfällen auch finanzielle Unterstützung.

Die DTG unterhält **Ausschüsse**, die u. a. Empfehlungen als Grundlage zur Diagnose, Prophylaxe, Therapie und Begutachtung von Tropenkrankheiten erarbeiten. Die entsprechenden Merkblätter für Ärzte können angefordert (DTG-Info Service, s. unten) oder von der DTG-Homepage (DTG im Internet, s. unten) abgerufen werden. Gegenwärtig sind folgende Ausschüsse unter der Leitung vom Vorstand Beauftragter etabliert: Reisemedizin (Nothdurft, München), Aus- und Weiterbildung (Kern, Ulm), HIV/AIDS (Fleischer, Würzburg), Forschungsvernetzung (Horstmann, Hamburg) und Leitlinien (Knobloch, Tübingen).

Für Fachfragen stehen neben den Ausschüssen insbesondere die Mitarbeiter der Tropeninstitute zur Verfügung (Tab. 1). Die DTG kann hier mit Hilfe ihrer Mitgliederliste unter Berücksichtigung der jeweiligen Spezialgebiete vermittelnd wirken (DTG-Geschäftsstelle, s. unten). Eine Liste der niedergelassenen Tropenärzte kann die DTG aus Datenschutzgründen nicht vorhalten. Bei Bedarf müssen hier die regionalen Ärztekammern bemüht werden.

Einrichtung	Anschrift	Tel.-Nr.
Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin	20359 Hamburg, Bernhard-Nocht-Str. 74	040/311820
Abteilung für Tropenmedizin und Infektionskrankheiten der Universität	18057 Rostock, Ernst-Heydemann-Str. 6	0381/4940
Institut für Tropenmedizin, Berliner Betrieb für Zentrale Gesundheitliche Aufgaben	14050 Berlin, Spandauer Damm 130	030/301166
Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin, Klinik für Innere Medizin IV der Universität	04107 Leipzig, Härtelstr. 16–18	0341/9724971
Institut für Tropenmedizin, Städtisches Klinikum	01067 Dresden, Friedrichstr. 41	0351/4963172
Tropenmedizinische Abteilung, Missionsärztliche Klinik	97074 Würzburg, Salvatorstr. 7	0931/791282
Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen	69120 Heidelberg, Im Neuenheimer Feld	06221/562905
Institut für Tropenmedizin, Universitätsklinikum	72074 Tübingen, Keplerstr. 15	07071/2982365
Tropenklinik Paul-Lechler-Krankenhaus	72076 Tübingen, Paul-Lechler-Str. 24	07071/2060
Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin der Universität	80802 München, Leopoldstr. 5	089/21803517
Abteilung für Präventiv- und Tropenophthalmologie, Augenklinik der Universität	80336 München, Mathildenstr. 8	089/51603824

Tab. 1 Tropenmedizinische Einrichtungen in Deutschland

In Forschung, Lehre, Krankenversorgung und humanitärer Hilfe spielen Infektionen gegenwärtig eine zentrale Rolle bei der Tätigkeit der DTG-Mitglieder. Mit einiger Verspätung wird in Deutschland erst jetzt die Infrastrukturerstellung der Infektiologie ernsthaft in Angriff genommen, woran sich Mitglieder der DTG in Kooperation mit der Bundesärztekammer, dem Robert Koch-Institut, Universitäts- und Forschungsförderungsstellen sowie verschiedenen Fachgesellschaften aktiv beteiligen. Die DTG hat aber zur Kenntnis genommen, daß die Infektiologie in den kommenden Jahrzehnten global an relativer Bedeutung abnehmen wird. Dabei ist es leicht vorauszusagen, daß insbesondere die Entwicklungsländer zunehmend sogenannte Zivilisationskrankheiten von den entwickelten Industrienationen erben werden, ohne die Inzidenz einer ganzen Reihe von Infektionskrankheiten entscheidend reduzieren zu können (WHO 1998). Bei diesem als *epidemiological transition* bezeichneten Vorgang wird hier wohl ein neuartiges Gemisch aus klassischen und neuen Seuchen sowie häufiger auftretender typischer Alterskrankheiten und umweltbedingter Gesundheitsstörungen entstehen. In jedem Fall wird eine flexible Strategie der Völkergemein-

schaft nötig sein, um gemeinsam erfolgreich wirken zu können. Die DTG hat sich traditionell mit solchen internationalen Herausforderungen beschäftigt und der neuen Entwicklung auch durch ihre Namensänderung Rechnung getragen.

Anschrift der DTG-Geschäftsstelle: Schriftführer: PD Dr. G.D. Burchard; Sekretariat: Frau Zuppa, Bernhard-Nocht-Institut, Bernhard-Nocht-Str. 74, 20359 Hamburg, Tel. 040/31182500

DTG im Internet: <http://www.tropmed.dtg.org/>

DTG-Info Service: Postfach 400466, Tel.: 089/21803830, Fax: 089/336030, E-Mail: dtg@lrz.uni-muenchen.de

Literaturhinweise:

Hansen F: Zur Geschichte der DTG bis 1950. Vom Kolonialrevisionismus zur Geomedizin. Monographie, Hamburg 1994
Mitglieder der Deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft e.V., Frankfurt am Main 1994

Satzung der Deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft e.V., Hamburg 1995

WHO: World Health Report 1997. World Health Organization, Genf 1998

Wir danken Herrn Prof. Dr. J. Knobloch, Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Tropenmedizin, der diesen Beitrag auf unsere Bitte hin erarbeitet hat.

Fallbericht: In Deutschland erworbene Malaria tropica

In Südhessen (Regierungsbezirk Darmstadt) wurde im Dezember 1997 eine 67jährige Frau wegen eines leichten apoplektischen Insultes in einem regionalen Krankenhaus eine Woche lang stationär behandelt. Bei der Entlassung hatte sich die Symptomatik vollständig zurückgebildet. Nach einer weiteren Woche trat zu Hause plötzlich Fieber (40 °C) auf. Die Patientin wurde nach zwei Tagen zur Abklärung der unklaren Fieberschübe in ein Krankenhaus der Maximalversorgung eingewiesen. Dort wurde zwar differentialdiagnostisch von Anfang an eine Malaria in Erwägung gezogen, die Diagnose aber wegen der fehlenden Reiseanamnese rasch wieder verworfen.

Der Zustand der Patientin verschlechterte sich zusehends. Wegen einer Thrombozytopenie, Verbrauchskoagulopathie und Hämolyse wurde sie ab dem dritten Tag intensivmedizinisch betreut. Ab dem fünften Tag wurde Doxycyclin verabreicht. Am achten Tag der stationären Behandlung wurde dann in einem Blutausschuss ein 10%iger

Befall der Erythrozyten mit *Plasmodium falciparum* festgestellt, und zwar vor der Gabe von Erythrozytenkonzentraten. Im Nachhinein wurde auch in einem mehrere Tagen zuvor entnommenen Knochenmarkpunktat der Befund verifiziert. Es war somit eindeutig von einer Malaria tropica auszugehen.

Unter der Therapie mit Thrombo- und Erythrozytenkonzentraten, Chinin und Lariam hat sich die Gerinnung stabilisiert, und eine weitere Woche später waren Plasmodien nicht mehr nachweisbar. Die Patientin mußte jedoch beatmet und dialysiert werden. Zum Zeitpunkt des Berichtes, d. h. in der 12. Krankheitswoche, leidet die Patientin unter einer Leber- und Niereninsuffizienz. Sie wird zweimal wöchentlich dialysiert und zeitweise maschinell beatmet. Eine abschließende Aussage über die zerebrale Funktion ist noch nicht möglich.

Dieser Erkrankungsfall zeigt, daß bei entsprechender Klinik auch ohne typische Reiseanamnese an eine Malaria

tropica gedacht und frühzeitig behandelt werden muß. Nicht in den Tropen erworbene Malaria-Erkrankungen sind seltene, aber wichtige Ereignisse. Die Klärung ist oft nicht einfach und erfordert meist einen größeren Aufwand. Die hier angestellten Überlegungen geben wertvolle Hinweise für die Ermittlungen in derartigen Fällen. Die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes versuchten, mit den behandelnden Ärzten und Experten auf den Gebieten der Infektiologie und Entomologie die Quelle dieser Malaria-Erkrankung zu ermitteln.

Bei leerer Reiseanamnese konnten auch Kontakte zu Rückkehrern aus Endemiegebieten oder Aufenthalte an Flughäfen ausgeschlossen werden. Eine Übertragung durch eine Bluttransfusion oder ähnliches scheidet ebenfalls aus.

Die weiteren Ermittlungen und Überlegungen konzentrierten sich auf die Möglichkeit einer Infektion durch importierte Mücken, z. B. eine sogenannte »Baggage-Malaria« (eine Erkrankung, die durch im Gepäck eingeschleppte infizierte Mücken ausgelöst wird). Unter dem Krankenhauspersonal und den Mitarbeitern einer dort tätigen Reinigungsfirma fanden sich keine Rückkehrer aus Endemiegebieten. Allerdings wurde zu der Zeit, als die Patientin wegen des apoplektischen Insultes stationär behandelt wurde, in demselben Krankenhaus auf der benachbarten Station ein Patient mit einer Malaria tropica aufgenommen. Dieser Patient, der kurz zuvor aus Kenia zurückgekehrt war, könnte infizierte Anophelesmücken im Reisegepäck mitgebracht haben. Eine diesbezügliche Befragung ergab allerdings keinen konkreten Anhaltspunkt. Angeblich sei kein auf der Reise verwendetes Bekleidungs- oder Gepäckstück ins Krankenhaus mitgenommen worden.

Eine Airport-Malaria im engeren Sinne scheidet aus, da die Entfernung zwischen dem Wohnort der Patientin und dem Rhein-Main-Flughafen Frankfurt ca. 30 km beträgt. Aufgrund der extrem kalten Witterung im fraglichen Übertragungszeitraum ist ein aktives Schwärmen malaria-infizierter tropischer oder subtropischer Anophelesmücken im Freien ohnehin nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich.

Der Wohnort der Patientin befindet sich in der Einflogschneise des Flughafens, in der die einfliegenden Flugzeuge in der Regel ihr Fahrwerk für die bevorstehende Landung in einer Höhe von 1.000–500 m öffnen. Es stellte sich die Frage, inwieweit lebensfähige vektorkompetente Anophelesmücken aus den Radkästen des Fahrgestelles freigesetzt worden sein könnten. Einer publizierten Studie zufolge überlebten Stechmücken in den Radkästen einer Boeing 747 B nachweislich einen neunstündigen Flug mit Außentemperaturen zwischen -42°C und 54°C .¹ Bezüglich der Überlebensfähigkeit während des Landeprozesses aus den Radkästen geschleudeter Stechmücken sind bislang keinerlei Erfahrungen bekannt. Grundsätzlich und bis zur wissenschaftlichen Abklärung dieses Verschleppungsmodus sollte diese Hypothese in eine epidemiologische Gesamtbewertung mit einbezogen werden. Im vorliegenden Fall ist allerdings eine Freisetzung von Vektoren über

Radkästen aufgrund der saisonal bedingten tiefen Temperaturen äußerst unwahrscheinlich, da tropische Arthropoden umgehend immobilisiert würden.

Nach Bewertung aller Transmissionsmöglichkeiten bleibt die Annahme einer Baggage-Malaria am wahrscheinlichsten. Hierbei werden lebende, infektiöse Anophelesmücken aus dem Ursprungsland durch Reisegepäckstücke aller Art verschleppt. Fälle von Baggage-Malaria wurden bereits in der Vergangenheit diskutiert, u. a. in Frankreich², Italien³ und Deutschland⁴.

Nachbemerkung: Das hier beschriebene Ereignis erinnert auch daran, daß es bezüglich der Insektenbekämpfung in Flugzeugen vor dem Start von Flugplätzen in bestimmten Infektionsgebieten gegenwärtig offene Fragen gibt, auf die hier nur hingewiesen werden kann. Nachdem durch Untersuchungen die seuchenmedizinische Bedeutung von Flugzeugen bei der Verschleppung von Krankheiten übertragenden Arthropoden bekannt wurde, die in das aktuelle Geschehen der *emerging and reemerging diseases* involviert sind, publizierte die WHO bereits 1961 eine technische Richtlinie zur Flugzeugdesinsektion⁵. Kenia ist in der novellierten Liste der WHO enthalten, in der die Länder aufgeführt sind, in denen Flugzeugdesinsektionsmaßnahmen durchgeführt werden sollten. Diese Maßnahmen werden aufgrund kontroverser Diskussionen bezüglich des Einsatzes von Schädlingsbekämpfungsmitteln in Flugzeugen von deutschen Fluggesellschaften zur Zeit nicht mehr regelmäßig durchgeführt.

Gleichzeitig stehen auf dem deutschen Markt keine im Rahmen des Seuchenschutzes geprüften und gelisteten Mittel für Flugzeugdesinsektionen gemäß § 10c Bundes-Seuchengesetz zur Verfügung. Es besteht daher aktuell eine Lücke an Regelungen und Maßnahmen, die gerade im Hinblick auf die weltweit sich verschärfende Lage der vektorassoziierten Seuchengeschehen, z. B. der momentanen Rift-Valley-Fieber-Epidemie in Ostafrika, Handlungsbedarf entstehen läßt. Auch wenn eine Einschleppung infektiöser Vektoren, wie z. B. im vorliegenden Fall der Baggage-Malaria, nie völlig ausgeschlossen werden kann, sollten Handlungsmöglichkeiten zur Verhinderung der Einschleppung bzw. Verbreitung von vektorassoziierten Erkrankungen zumindest vorhanden sein. Überdenkenswert sind daher die resultierenden Konsequenzen für Behörden, Fluggesellschaften und die epidemiologische Aufarbeitung importierter Erkrankungen.

1. Russel RC: *Travel Med International* 1989; 7: 21–31
2. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 1996; 29: 127–128
3. Signorelli C, Messineo A: *Lancet* 1990; 335: 164
4. Mantel C et al.: *Lancet* 1995; 346: 320
5. WHO Aircraft disinsection, WHO Techn. Report S 1961; series 206

Für die Erarbeitung dieses Beitrages danken wir Herrn Dr. M. Faulde, Zentrales Institut des Sanitätsdienstes der Bundeswehr, Koblenz, Frau Dr. Ch. König, Gesundheitsamt des Kreises Offenbach am Main, Herrn Dr. U. Koch und Herrn Dr. K. Mross, Wehrbereichskommando IV der Bundeswehr, Mainz, und Herrn Prof. Dr. W. Stille, Zentrum der Inneren Medizin/Infektiologie des Klinikums der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt/Main.

Fallbericht: Klinische Diphtherie

Ein 25-jähriger Mann aus Bangladesch, der sich seit 1996 ununterbrochen in Deutschland aufgehalten hatte, erkrankte am 03.01.98 akut mit Halsschmerzen, Schluckbeschwerden und hohem Fieber. Sein Allgemeinzustand verschlechterte sich rasch, zusätzlich trat Luftnot auf. Nach zwei Tagen suchte er die Rettungsstelle eines Berliner Krankenhauses auf. Ein HNO-Arzt stellte die Diagnose ›Verdacht auf Rachendiphtherie‹ und veranlaßte die sofortige Einweisung in eine Infektionsklinik. Dort wurde zum Aufnahmezeitpunkt ein hochakutes Krankheitsbild registriert, die Befunde sprachen aber nicht eindeutig für eine Diphtherie (u. a. nur uncharakteristische abwischbare Beläge nach Art zähen Schleimes). Ein periglanduläres Ödem bewirkte eine teigige Schwellung im Halsbereich (›Cäsarenhals‹). Außerdem bestanden ein für die Diphtherie nicht typisches stammbetontes makulöses Exanthem und eine beidseitige deutliche Konjunktivitis. Zunächst wurde nur eine antibiotische Therapie eingeleitet. An den Folgetagen kam es zu einer Zunahme des Lokalbefundes mit ausgeprägten gräulich-weißen Belägen im Rachen-Gaumen-Bereich, die beim Ablösen bluteten, so daß der klinische Verdacht auf eine Diphtherie bestätigt wurde. Der Patient konnte wegen der ausgeprägten Schleimhautveränderungen im Rachenbereich weder essen noch trinken. Bei Temperaturen über 40°C, Zunahme des Exanthems und einer weiteren Verschlechterung des Allgemeinzustandes wurde nun über 3 Tage eine Diphtherie-Antitoxin-Therapie durchgeführt, die zu einer deutlichen Besserung des Zustandes führte. Eine parenterale Ernährung war über 8 Tage notwendig. – Die Hautveränderungen entwickelten sich auch nach dem Abklingen der Erscheinungen im Rachen und einer allgemeinen Besserung zu einem bullösen hämorrhagischen Exanthem; sie wurden als Exanthema exsudativa multiforme gewertet und mit Prednison behandelt. Die stationäre Behandlung erstreckte sich über 5 Wochen.

Mit hoher Wahrscheinlichkeit war ein Keimträger unter Landsleuten aus Bangladesch, mit denen der Erkrankte Kontakt hatte, die Infektionsquelle. Den Mitarbeitern des zuständigen Gesundheitsamtes gelang es trotz verschiedener Gespräche nicht, Kontaktpersonen zu erfassen, so daß Schutzmaßnahmen in der Umgebung unterbleiben mußten.

Kommentar: Das gute Ansprechen der Antitoxintherapie bestätigt nachträglich die klinische Verdachtsdiagnose ›Diphtherie‹. In mehreren Nasopharyngeal- und Rachenabstrichen konnte – unter Anbehandlung mit Antibiotika – *Corynebacterium diphtheriae* nicht nachgewiesen werden. Der Verdacht auf das Vorliegen einer Diphtherie wurde frühzeitig ausgesprochen, eine charakteristische Symptomatik entwickelte sich allerdings erst nach einigen Tagen. Dieser Erkrankungsfall gibt erneut Gelegenheit, daran zu erinnern, daß in derartigen Fällen immer auch an die Diphtherie gedacht, vor der spezifischen Therapie eine mikrobiologische Diagnostik eingeleitet und bereits bei bestehendem klinischen Verdacht Antitoxin gegeben werden sollte.

Hinweise zum Vorgehen bei Diphtherieverdacht:

1. Empfehlungen des RKI und der STIKO zur Erkennung und Behandlung von an Diphtherie Erkrankten und deren Kontaktpersonen: Anhang zu den Impfempfehlungen v. 22.4.1994, Bundesgesundheitsbl. 1994; 8: 358–359
2. Thilo W: Differentialdiagnose ›Diphtherie‹ wieder aktuell? pädiat. prax. 1996; 51: 103–112 (oder in tägl. prax. 1996; 37: 769–778)
3. Diphtherie – Ansteckung nicht nur im Ausland möglich. Epid. Bull. (RKI) 1996; 3: 15–16
4. Diphtherie: Weiterhin gibt es Probleme im Umgang mit dieser Krankheit. Epid. Bull. (RKI) 1997; 37: 255–257

Für die Angaben zu diesem Erkrankungsfall danken wir Frau Prof. Dr. R. Baumgarten, II. Innere Abteilung/Infektion des Krankenhauses Berlin-Prenzlauer Berg, und ihren Mitarbeitern.

Korrektur: In der Ausgabe 10/98, S. 63, letzter Absatz, wurde im Beitrag zu den Meningokokkenerkrankungen in Deutschland ein Satz verkürzt und fehlerhaft wiedergegeben, es muß heißen: Über den Meldeweg wurden 1997 55 Sterbefälle (7% der gemeldeten Erkrankungen; 1996: 8%) erfaßt.

III. Symposium Reise- und Impfmedizin

Termin: 25. April 1989

Ort: Bonn, Auswärtiges Amt

Themen: Arbeitsmedizin in den Tropen; Reiseimpfungen und Malariaphylaxe; Hepatitiden A–G; medizinische Probleme in großer Höhe; hochinfektiöse und importierte Erkrankungen; Tollwut: Ein reisemedizinisches Problem?

Veranstaltungssekretariat:

Auswärtiges Amt – Gesundheitsdienst, Frau Fänders

53113 Bonn, Tempelstr. 17

Tel.: 0228/171444, Fax: 0228/174753

DGHM-Kongress Berlin

50. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie e.V. / 25. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie

Termin: 4.–9. Oktober 1998

Ort: Berlin, Haus am Köllnischen Park

Thema: Mikrobielle Evolution und Infektion

Information / Anmeldung:

P & R Kongresse GmbH, Frau Doris Ruttkowski

10623 Berlin, Bleibtreustr. 12A

Tel.: 030/885-1027, Fax: 030/885-1029

Internet: www.pr-kongresse.de/dghm, E-Mail: info@pr-kongresse.de

CRM-Fortbildung für Ärzte:

Fachseminare ›Reise- und Tropenmedizin‹

4tägige Fortbildung an 2 Wochenenden zur Vermittlung spezieller Fachkenntnisse auf dem Gebiet der ärztlichen Gesundheitsvorsorgeberatung bei Fern- und Tropenreisen (mit Abschlußtest und Zertifikat)

	Seminar A	Seminar B
Düsseldorf	05.09.–06.09.98	24.10.–25.10.98
Berlin	12.09.–13.09.98	31.10.–01.11.98
Mannheim	19.09.–20.09.98	07.11.–08.11.98
München	17.10.–18.10.98	14.11.–15.11.98

CRM-Fortbildung für ärztliches Assistenzpersonal:

Seminare ›Reisemedizin‹

Orte/Termine: Leipzig, 18. April 1998; Düsseldorf, 16. Mai 1998

Themen: Grundlagen in den Bereichen Infektionskrankheiten, Reiseimpfungen und Malaria, Einführung in reisemedizinische Informationssysteme, praktische Übungen

Information / Anmeldung:

Centrum für Reisemedizin Düsseldorf

Frau Birgit Pfeiffer (Ärzte) bzw. Frau Ingrid Bergmann

(Assistenzpersonal), Fax: 0211 / 90 42 999