

Epidemiologisches *Bulletin*



Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten und Public Health

37/99

Zur Vermeidbarkeit von Todesfällen durch Malaria

Aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg war schon 1994 über rechtsmedizinische Aspekte von Malaria-Todesfällen berichtet worden (Analyse von Fällen aus den rechtsmedizinischen Instituten von Hamburg, Frankfurt am Main, Berlin und München).¹ Die damaligen Empfehlungen haben leider noch nicht an Aktualität verloren.

Nicht immer erfolgt eine adäquate Prophylaxe, wird die Diagnose ›Malaria‹ rechtzeitig gestellt und die Therapie rasch und korrekt durchgeführt. So kam es weiterhin zu vermeidbaren Komplikationen und tödlichen Verläufen. In einer weiteren Publikation aus Hamburg wurden erneut Malaria-Erkrankungsfälle mit tödlichem Ausgang ausgewertet.² Die Ergebnisse einer ›Schwachstellenanalyse‹ beim Management der Malaria tropica, die dieser Arbeit entnommen wurden, verdienen Beachtung:

Fehler und Probleme auf ärztlicher Seite:

- nicht daran denken
- unzureichende Anamnese-Erhebung
- fehlende Kenntnis der Endemiegebiete
- nicht daran glauben
- nicht ›ernst nehmen‹
- Fehlbewertung / Überbewertung der Prophylaxe
- Überbewertung des bei Malaria tropica in der Regel fehlenden Symptoms des periodischen Fiebers
- Fehleinschätzung der Symptomatik (›Grippe‹, ›Gastroenteritis‹ u. a. Fehldiagnosen)
- zaudern bei der Diagnostik
- irrelevante Diagnostik (z. B. Antikörpersuche statt eines direkten Parasitennachweises im Dicken Tropfen)
- Unterschätzung der Lebensgefährlichkeit der Erkrankung
- zu späte Krankenhauseinweisung
- insuffiziente Therapie (betreffend Chemotherapie und supportive Therapie)

Fehler auf Seiten des Patienten:

- unzureichende Vorbereitung auf Tropenreisen
- fehlende Prophylaxe
- falsche Prophylaxe (z. B. homöopathisch)
- Abbruch der Prophylaxe
- zu später Arztbesuch
- keine Erwähnung der Tropenreise beim Arzt

Diese Woche:

Malaria:

- Vermeidbarkeit tödlicher Verläufe
- Zur Airport-Malaria

Paratyphus B:
Sachstand zu
Erkrankungen nach
Türkei-Aufenthalt

Norwalk-like-Infektion:
Ausbruch in einer
psychiatrischen Klinik

EHEC-Infektion:
Erkrankung nach Kontakt
mit Minipferden

Histoplasmose:
Übersicht/
Infektionsrisiko
in Höhlen

Mitteilung:
Erhöhtes nvCJK-Risiko
durch bestimmte
Blutspender?

Ankündigung:
2. Gesundheitspolitisches
Kolloquium
›Schutzimpfungen in
Deutschland‹

17. September 1999

ROBERT KOCH
RKI
INSTITUT

Voraussetzung für die Diagnose ist, an die Malaria zu denken. Der Arzt (auch der Notarzt) muss über das Wesen der Malaria Bescheid wissen und allgemein bekannte Standards der Prophylaxe, Diagnostik und Therapie beachten. Der Parasitennachweis ist im sog. Dicken Tropfen (Anreicherungsverfahren) am einfachsten durchzuführen (panoptische Schnellfärbung oder Giemsa-Färbung). Der direkte Erregernachweis ist auch mit Akridin-Orange möglich. Beide Methoden setzen eine entsprechende Erfahrung des Untersuchers voraus. Der zur Zeit angebotene Schnelltest ist durch falsch negative Befunde belastet.

Bei entsprechenden Verdachtsmomenten in der Vorgeschichte (Rückkehr von einer Tropenreise) erlaubt die Diagnostik keinen Aufschub (kein Abwarten, kein Postversand von Material), sondern erfordert die schnellstmögliche Übermittlung einer Blutprobe (EDTA- oder Zitrat-Blut) an ein Labor mit entsprechender Erfahrung und 24-Stunden-Dienst. Bei negativem Befund und fortbestehendem Verdacht sollten regelmäßige Wiederholungsuntersuchungen im Abstand von sechs Stunden erfolgen.

Zur Airport-Malaria und Baggage-Malaria

In den letzten Jahren wurden etwa 80 Malaria-Erkrankungsfälle bei Personen, die zuvor nicht in den Tropen waren, bekannt, die offensichtlich im Umkreis internationaler Flughäfen von Mitteleuropa, Nordamerika und Australien erworben wurden (siehe z. B. Bericht über die tödliche Erkrankung eines Briefträgers in der Nähe des Flughafens Genf, *Epid. Bull.* 1/97: 3).

Kürzlich erkrankten innerhalb von zwei Monaten in **Luxemburg** drei Personen, die nicht in den Tropen gewesen waren, an einer Malaria. Es handelt sich um ein Ehepaar, das im Juni dieses Jahres lediglich eine Flugreise nach Schottland unternommen hatte, sowie um eine Frau, die in letzter Zeit nicht gereist war und keinerlei Kontakte zu dem Ehepaar hatte. Alle drei leben innerhalb eines Umkreises von 2–4 km in der Nähe des Luxemburger Flughafens. In allen drei Fällen wurde *Plasmodium falciparum* im Blut nachgewiesen. Die Patienten wurden stationär in Luxemburg bzw. Trier behandelt und geheilt.^{1,2}

Bereits 1997 hatten sich in Luxemburg zwei ähnliche Malariafälle ereignet. *Plasmodium falciparum* ließ sich bei einer Mutter und ihrem Kind nachweisen, die im Anschluss an eine Flugreise nach Island erkrankten, zuvor nie in einem endemischen Malariagebiet waren, aber in einem Dorf 1–2 km östlich des Flughafens lebten. Es wurde leider nicht bekannt, ob die Flugzeuge, die von vier der Patienten für innereuropäische Reisen benutzt wurden, zuvor auf einer Tropenroute eingesetzt waren.

Aktueller Fallbericht aus Deutschland: Ein 28-jähriger Mann aus Sachsen hatte vom 26.7.–16.8.1999 eine Urlaubsreise durch die USA unternommen. Die bereisten Regionen waren keine Malaria-Endemiegebiete, eine Malaria-Prophylaxe war daher nicht erfolgt. Schon auf der Rückreise erkrankte er am 14.8. mit ersten Symptomen einer Malaria, die jedoch zunächst nicht als solche gedeutet wurden.

Die Behandlung der Malaria tropica sollte unmittelbar nach Diagnosestellung eingeleitet und unter klinischen Bedingungen mit konsequenter Verlaufsbeobachtung durchgeführt werden. Tropenmedizinische Erfahrung wird für erforderlich gehalten. Schwere Verlaufsformen bedürfen intensivmedizinischer Überwachung. – Bei verspäteter Diagnose kann selbst eine optimale Therapie unter Umständen erfolglos bleiben.

Die sog. Airport-Malaria bzw. die sog. Baggage-Malaria stellen Sonderfälle dar, die besondere Aufmerksamkeit und Kombinationsfähigkeit erfordern (s. Beitrag in dieser Ausgabe).

1. Lockemann U, Püschel K, Hildebrand E, et al.: Rechtsmedizinische Aspekte von Malaria-Todesfällen. *Munch med Wschr* 1994; 136: 80–84
2. Püschel K, Lockemann U, Dietrich M: Malaria – Immer wieder Todesfälle infolge verspäteter Diagnose. *Dtsch Arztebl* 1998; 95: 2697–2700

Hinweis auf eine Übersicht zur Therapie der Malaria: Fleischer K, Köhler B, Stich A: Therapie der Malaria. *Dt Arztebl* 1995; 92: C-129-136

Herrn Dr. K.-J. Volkmer, CRM Düsseldorf, danken wir für fachlichen Rat.

Erst am 22.8., sechs Tage nach der Rückkehr, erfolgte wegen einer unklaren Erkrankung mit Fieber und Schüttelfrost die Einweisung in die Innere Abteilung des Kreiskrankenhauses. Dort wurde *Pl. falciparum* nachgewiesen (Parasitendichte 5‰) und die Diagnose »Malaria tropica« gestellt. Unter spezifischer Therapie heilte die mittelschwere Erkrankung komplikationslos aus. Die wahrscheinlichste Erklärung des Entstehens dieser Erkrankung ist eine Infektion in einem Flugzeug oder auf einem Flughafen, unter Umständen auch eine sog. Baggage-Malaria durch Mücken aus dem Gepäck von Mitreisenden.

Die Schwierigkeit für den behandelnden Arzt besteht darin, bei Personen mit verdächtiger Symptomatik, die nach der Reise-Anamnese gar keine Malaria haben dürften, trotzdem an eine solche zu denken, ohne dabei unbegründete Ängste zu verbreiten. Wenn es sich auch um vergleichsweise seltene Einzelfälle handelt, gab es immerhin auch bei der sog. Airport-Malaria einige Todesfälle, die aber bei rechtzeitiger Therapie ebenso vermeidbar sind wie Malaria-Erkrankungen nach Rückkehr aus den Tropen.

1. Airport Malaria in Luxemburg. *Eurosurveillance Weekly* 34/99 (19.8.99)
2. CRM: Reisemedizin aktuell 17/99: 18 (Anhang), 1.9.1999

Wir danken den Mitarbeitern des Gesundheitsamtes Löbau/Zittau sowie den Ärzten des Kreiskrankenhauses Zittau und Herrn Dr. B. Zieger, Institut für Tropen- und Reisemedizin des Städtischen Klinikums Dresden, für die Angaben zu dem Erkrankungsfall aus Sachsen.

Sachstand: Paratyphus B nach Reisen in den Südosten der Türkei

Durch die Gesundheitsbehörden Deutschlands wurden bis zum 16.9.1999 insgesamt 30 Paratyphus-B-Infektionen (28 Erkrankungen, zwei Ausscheider) im Zusammenhang mit Türkei-Reisen erfasst (s. *Epid. Bull.* 35/99: 262, 36/99: 269). In acht europäischen Ländern wurden bisher 266 Fälle bekannt. Infektionen waren vermutlich nur bis Mitte August möglich.

Gastroenteritis-Ausbruch durch Norwalk-like-Viren in einer psychiatrischen Einrichtung

Nachfolgend wird über einen Gastroenteritis-Ausbruch durch Norwalk-like-Viren in Klinik mit insgesamt 34 Erkrankten, davon neun Mitarbeitern, berichtet, der im Januar 1999 im Land Brandenburg auftrat (Berichte zu weiteren Norwalk-Virus-bedingten Ausbrüchen finden sich im Epidemiologischen Bulletin: 6/98: 31ff; 29/99: 213ff).

Am 25.1.1999, einem Montag, erhielt das Gesundheitsamt die Meldung, dass sich auf der gerontopsychiatrischen Aufnahmestation einer größeren psychiatrischen Klinik über das Wochenende, beginnend am Freitag, gehäuft Erkrankungsfälle von Patienten und Mitarbeitern mit Durchfällen, Erbrechen, Übelkeit und zeitweise mit Fieber ereignet hatten. Die sofort durchgeführte Vor-Ort-Begehung durch Mitarbeiter des Gesundheitsamtes ergab, dass die Erkrankungen nur auf dieser Station und sonst in keinem anderen Klinikbereich aufgetreten waren. Die Verpflegung sowohl der Mitarbeiter als auch der Patienten erfolgte über die Zentralküche der Klinik. Die retrospektive Untersuchung zeigte, dass bereits am 21.1. bei einer Mitarbeiterin und am 22.1. bei zwei Patienten wässrige Stühle und Erbrechen aufgetreten waren. An den beiden folgenden Tagen stieg die Zahl der Erkrankten deutlich an, so dass zum Zeitpunkt der Ermittlung von 30 Patienten 22 erkrankt waren und von 17 Mitarbeitern acht über die geschilderten Beschwerden klagten. An drei weiteren Tagen kamen noch Einzelfälle dazu, so dass von dem Ausbruch innerhalb von sieben Tagen insgesamt 25 Patienten und neun Mitarbeiter betroffen waren. Häufigste Symptome waren Durchfall bzw. Durchfall mit Erbrechen; Fieber trat nur in zwei Fällen auf. Erfasst wurden nur diejenigen Patienten und Mitarbeiter, die entsprechend einer gegebenen Falldefinition an Erbrechen und/oder Durchfall erkrankt waren, wobei mindestens zwei durchfällige Stühle innerhalb von 24 Stunden aufgetreten sein mussten. Insgesamt sind die Erkrankungen bei diesen hochbetagten Patienten (von 24 betroffenen Patienten waren 21 älter als 65 Jahre, der älteste 94 Jahre alt), die meist mehrere Grundleiden aufwiesen, ohne erhebliche Interventionen nach 3–4 Tagen abgeklungen.

In Zusammenarbeit des Gesundheitsamtes mit dem Betriebsärztlichen Dienst, der ärztlichen Leitung und der Fachschwester für Hygiene wurden umfangreiche Hygienemaßnahmen eingeleitet:

- sofortige Schließung der Station für Neuaufnahmen, keine Entlassungen,
- keine Verlegung von Patienten auf andere Stationen,
- Besuchsverbot,
- Tragen von Schutzkleidung,
- Handschuhpflicht bei der Versorgung und Pflege der Patienten,
- Händedesinfektion nach jedem Patientenkontakt,
- Deklaration der Wäsche als Infektionswäsche und gesonderter Transport in die Wäscherei,
- jeder erkrankte Mitarbeiter wurde aufgefordert, umgehend seinen Hausarzt aufzusuchen,
- laufende Desinfektion (gemäß Liste der vom RKI geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel),
- Desinfektion der Toiletten bzw. Nachtstühle, Urinflaschen, Steckbetten nach jeder Benutzung.

Diese Maßnahmen wurden zwei Tage nach Auftreten der letzten Erkrankung aufgehoben.

Bei allen Erkrankten wurden Stuhluntersuchungen angeordnet, die aber nicht in jedem Fall realisiert werden konnten (bettlägerige Patienten mit Pampers), so dass am 25.1. Stuhl von zwölf Patienten auf TPE, Rota-, Astro- und Adenoviren im Institut für Laboratoriumsdiagnostik des Städtischen Klinikums untersucht wurde. Nach Kenntnis der negativen Untersuchungsergebnisse der bakteriologischen Diagnostik wurden zehn Stuhlproben von Patienten im Robert Koch-Institut, Projektgruppe Molekulare Virologie, mittels PCR untersucht. In sieben dieser Proben wurden Norwalk-like-Viren nachgewiesen.

Nach Auswertung der Daten konnte eine gemeinsame Ansteckungsquelle (z. B. kontaminierte Lebensmittel) ausgeschlossen werden. Die Übertragung muss durch direkte Kontakte von Mensch zu Mensch erfolgt sein. Ausgangspunkt waren offensichtlich die ersten Erkrankungen am 21. bzw. 22.1. Die eingeleiteten Maßnahmen haben sich grundsätzlich als wirksam erwiesen. Dieser Ausbruch zeigt erneut, dass den Norwalk-like-Virusinfektionen aufgrund ihrer hohen Kontagiosität eine große Bedeutung zukommt, vor allem in Gemeinschaftseinrichtungen für ältere Menschen und Kinder.

Für ihren Bericht zu diesem Erkrankungsgeschehen danken wir Frau Dr. Bamberg, Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmitteluntersuchungsamt Brandenburg an der Havel.

Übersicht zu Infektionen durch Norwalk-Viren/Norwalk-like-Viren

Familie: Caliciviridae

Inkubationszeit:	12–48 Stunden
Kontagiosität:	sehr hoch (Infektionsdosis: 10–100 Viruspartikel)
Übertragungsweg:	<ul style="list-style-type: none"> • kontaminierte Speisen und Getränke • Kontaktinfektionen von Mensch zu Mensch • aerogen durch virushaltige Aerosole
Symptomatik:	plötzlich einsetzende Krankheitserscheinungen mit Übelkeit, Erbrechen, Leibschmerzen, Durchfällen, selten Fieber
Dauer:	über 12–72 Stunden; leichter bis mittelschwerer Verlauf (»epidemische virale Gastroenteritis«, »epidemisches Erbrechen«)
Mechanismus:	Zerstörung der resorbierenden Zellen der Mikrovilli im Dünndarm
Labordiagnostik:	<ul style="list-style-type: none"> • klassisches Verfahren: Elektronenmikroskopie, einsetzbar bei hoher Virusdichte im Stuhl • PCR: große Sensitivität, rasches Ergebnis (24–48 Stunden) • Viren in Zellkulturen nicht züchtbar
Hygienemaßnahmen:	<ul style="list-style-type: none"> • Einschränkung der Patienten- bzw. Personalbewegungen • Arbeitsbefreiung von Mitarbeitern, auch bei geringen gastrointestinalen Beschwerden • konsequente Einhaltung der krankenhaushygienischen Forderungen • persönliche Hygiene • Toilettenhygiene
Meldepflicht:	BSeuchG § 3 Abs. 1 Nr. 3b (Meldung erfolgt unter »Enteritis infectiosa, übrige Formen«)

Fallbericht: Inkomplettes HUS bei EHEC-Enteritis, übertragen durch Minipferde

Bei einem 15 Monate alten Jungen aus Bayern traten am 4.6.1999 aus völliger Gesundheit heraus Durchfall (3–4-mal täglich, breiig und gelblich) und Erbrechen auf. Unter einer ambulanten, symptomatischen Therapie kam es vorübergehend zu einer Besserung der Beschwerden. In der Folgezeit wurden bis zu zwölf Stühle pro Tag abgesetzt, einmal wurden Blutbeimengungen bemerkt. Da sich der Allgemeinzustand des Jungen zusehends verschlechterte, erfolgte am 16.6. auf Initiative der Mutter die stationäre Aufnahme in eine benachbarte Kinderklinik. Im Verlauf des dortigen Aufenthaltes waren neben der weiteren Verschlechterung des Allgemeinzustandes des Jungen unter anderem laborchemisch Zeichen einer hämolytischen Anämie, einer Thrombozytopenie und ein Anstieg der Retentionswerte festzustellen (Abfall des Hämoglobin von 11,6 g/dl auf 6,6 g/dl innerhalb von zwei Tagen; Abfall der Thrombozyten von 177/nl auf 26/nl; Anstieg des Kreatinin von 0,67 mg/dl auf 1,3 mg/dl). In der gewonnenen Stuhlprobe konnten enterohämorrhagische *Escherichia coli* (EHEC) nachgewiesen werden. Am 18.6. wurde der Junge zur weiteren Therapie auf die Intensivstation einer großen Kinderklinik in München verlegt. Da sich das Zustandsbild des Jungen und die Laborparameter unter intensivmedizinischer Therapie in den folgenden Tagen besserten, wurde er am 21.6. auf die Normalstation verlegt. Am 6.7. erfolgte in gutem Allgemeinzustand die Entlassung aus dem Krankenhaus nach Hause.

Am 18.6. wurde dem zuständigen Gesundheitsamt die Verdachtsdiagnose einer EHEC-Infektion vorab telefonisch gemeldet. Die Diagnose wurde mit Meldung vom 21.6. bestätigt (Toxinnachweis: SLT I und SLT II mittels ELISA aus Kultur). Am 23.6. wurden die Ergebnisse der Sero- und Biotypisierung (Serotyp: O157 H⁻; positive Ergebnisse im Verozellen-Zytotoxizitätstest, in der Enterohämolysebildung und der Sorbitolfermentierung) und der PCR-Gensonde (Shigatoxin-I-Gensonde negativ) mitgeteilt.

In der Anamnese war aufgefallen, dass in der näheren Umgebung des Jungen viele Tiere gehalten wurden, mit denen der Junge regelmäßig in Kontakt kam. Am 23.6.

wurden in Zusammenarbeit mit dem Veterinäramt eine Ortsbesichtigung und eine Umgebungsuntersuchung durchgeführt. Dabei wurden insgesamt sechs Kotproben (unter anderem Sammelkotproben von Minipferden und Vögeln, je eine Kotprobe vom Hund und Ziegenbock) und eine Wasserprobe aus einer Trinkstelle in einer Vogelvoliere genommen. Im Gespräch mit den Familienangehörigen des Jungen vor Ort ergaben sich keine Hinweise auf andere Infektionsquellen. Die im Rahmen der Umgebungsuntersuchung empfohlenen Stuhlproben der Familienangehörigen wurden auf deren Wunsch durch den Hausarzt entnommen.

Laut Befund vom 8.7.1999 wurden in der Sammelkotprobe der Minipferde verotoxinbildende *E. coli*, die als humanpathogen eingestuft wurden, nachgewiesen (Genotyp nach PCR-basierter DNA-Typisierung: SLT-II-Gen, *hly*-Gen und *eae*-Gen positiv; SLT-I-Gen negativ). Diese Stämme weisen in wesentlichen Merkmalen eine Übereinstimmung mit dem bei dem Kind isolierten Stamm auf. In den restlichen Kotproben der Tiere und in der Wasserprobe aus der Vogelvoliere waren die entsprechenden humanpathogenen Bakterien nicht nachweisbar. Bei den Familienangehörigen des Jungen waren ebenfalls keine humanpathogenen *E. coli* in den Stuhlproben vorhanden.

Kommentar: Die Aufklärung dieses Erkrankungsfalles ist ein Beispiel erfolgreicher Zusammenarbeit von Kliniken, verschiedenen Laboratorien und Gesundheitsbehörden. Die schwere Erkrankung ist durch den direkten Kontakt zu infizierten Tieren zustande gekommen. Es erscheint ratsam, direkten Kontakt von kleinen Kindern zu Tieren, etwa in Streichelzoos oder auf Bauernhöfen, zu beaufsichtigen und für eine adäquate Händehygiene Sorge zu tragen.

Für diesen Bericht danken wir Herrn Dr. H. Stich, Gesundheitsamt Dingolfing-Landau. Für ihre Beiträge zur Untersuchung des Erkrankungsfalles danken wir ferner Herrn Dr. med. vet. Maurer, Landratsamt Dingolfing-Landau, Abt. Veterinärwesen, Herrn Dr. med. vet. Ebert, Landesuntersuchungsamt für das Gesundheitswesen Südbayern, Oberschleißheim, Herrn Prof. Dr. rer. nat. Karch, Institut für Hygiene und Mikrobiologie der Universität Würzburg, Herrn Dr. med. Huber, Laborabt. des Klinikums Deggendorf, und den behandelnden Ärzten des Kinderkrankenhauses München-Schwabing.

Histoplasmose – eine außereuropäische Systemmykose Infektionsrisiko in amerikanischen Fledermaushöhlen

Mit zunehmendem Tourismus in Länder außerhalb Europas wächst auch die Zahl importierter Infektionskrankheiten. Zu diesen zählen auch Infektionen durch Pilze, die in unseren Breitengraden nicht vorkommen. Histoplasmosen sind weltweit die häufigsten Infektionen innerer Organe durch sog. dimorphe Pilze.

Das kürzlich beobachtete Auftreten von sechs pulmonalen Histoplasmose-Erkrankungen bei einer Gruppe von acht Forschern aus Deutschland nach einer Expedition in Fledermaushöhlen auf Kuba gibt Anlass, auf das Gefährdungspotential von Fledermausbehausungen in entsprechenden Endemiegebieten hinzuweisen (Publikation durch K. Erkens und E.C. Reisinger, Universität Rostock, in

Vorbereitung). Fledermäuse können nicht nur Träger von Viren, sondern auch von Erregern außereuropäischer Systemmykosen sein, die mit dem Kot ausgeschieden werden oder über Tierkadaver in die Umgebung gelangen. Der Gehalt der Luft an infektiösen Pilzzellen in diesen geschlossenen und vom Tageslicht weitgehend unbeeinflussten Höhlen ist ungleich höher als unter freiem Himmel. Einheimische kennen in der Regel das Risiko einer Infektion der Lunge nach Aufenthalt in Fledermaushöhlen und meiden solche Orte.

Die Verbreitung umfasst vorrangig die **USA, Zentral- und Südamerika und Afrika**. Wie epidemiologische Untersuchungen in den USA zeigten, infizieren sich in bestimmten

Endemiegebieten mehr als 80 % der Bevölkerung im Lauf ihres Lebens mit *Histoplasma capsulatum*. Der Erreger findet sich u.a. im Erdreich, insbesondere in der Umgebung von Geflügelniststätten und in Fledermaushöhlen.

Eine Infektion erfolgt durch Inhalation der Pilzsporen (Konidien) und setzt keine Abwehrschwäche voraus. Der Infektionsverlauf wird maßgeblich beeinflusst durch die Menge der eingeatmeten Pilze und den Immunstatus. Eine Infektion mit *Histoplasma capsulatum* verläuft häufig inapparent. Das Manifestationsspektrum kann von einer akut fieberhaften pulmonalen Infektion, einer chronisch pulmonalen Erkrankung bis zur disseminierten Infektion reichen. Leichte Krankheitsverläufe bedürfen keiner spezifischen Therapie. In Abhängigkeit vom Schweregrad der Infektion und der individuellen Abwehrlage des Patienten kann eine antimykotische Behandlung jedoch lebensnotwendig werden.

Ein genereller Schutz vor einer Infektion durch *Histoplasma capsulatum*, z.B. durch eine Impfung, ist nicht möglich. Der Einsatz von Atemschutzmasken kann bei absehbarer Exposition eine Infektionsprophylaxe darstellen (zwei der erwähnten Fledermausforscher auf Kuba, die Schutzmasken getragen hatten, waren nicht erkrankt). Eine exakte Auslandsanamnese, eine serologische Untersuchung zum Antikörpernachweis und der direkte Erregernachweis können wegweisend sein bei der Erkennung einer solchen Infektion.

Ansprechpartner für außereuropäische Systemmykosen im RKI ist Frau Dr. K. Tintelnot, Konsiliarlaboratorium für Cryptococcus neoformans, Pseudallescheria boydii/Scedosporium sp. und Erreger außereuropäischer Systemmykosen (Nordufer 20, 13353 Berlin; Tel.: 030/4547-2208, Fax: -2614). – Weitere Informationen zu Histoplasma capsulatum können der Broschüre »Steckbriefe seltener und »importierter« Infektionserreger«, herausgegeben vom Robert Koch-Institut, Berlin, entnommen werden.

Zur Frage des Ausschlusses von Blutspendern mit längerem Aufenthalt in Großbritannien im Kontext der Prävention der neuen Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (nvCJK)

Bekanntlich hat die *Food and Drug Administration* (FDA) in den USA vor einiger Zeit empfohlen, Spender mit einem kumulativ mindestens 6-monatigen Aufenthalt in Großbritannien vom Blutspenden auszuschließen, um das hypothetische Risiko der Übertragung des infektiösen Agens der neuen Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit zu reduzieren. In Kanada wurde diese Regelung übernommen.

Diese FDA-Richtlinie, die u.a. auf der Basis einer Befragung von knapp 20.000 Personen zu deren Reiseverhalten erfolgte, wird in Deutschland gegenwärtig kontrovers diskutiert. Der am RKI tätige Arbeitskreis Blut des BMG nahm sich dieser Frage auf seiner Sitzung am 31.8.1999 an. Die Mitglieder des Arbeitskreises stellten fest, dass eine wissenschaftliche Grundlage für den seitens der FDA erwarteten präventiven Effekt bisher fehlt. Auch in Großbritannien liegt bisher keinerlei Hinweis auf eine Übertragung der nvCJK (oder der klassischen Form von CJK) durch Blutprodukte vor. Von einigen Fachleuten wird aber jede Maßnahme zur Reduzierung eines eventuellen Risikos für sinnvoll gehalten, sofern sie nicht mit unvermeidbaren Nachteilen verbunden ist. Nachteilig könnte z.B. ein nennenswerter Verlust von Spendern sein, der unmittelbare Auswirkungen auf die Qualität der medizinischen Versorgung hätte.

In Deutschland muss – im Gegensatz zu den USA – importiertes Fleisch von Rindern aus BSE-belasteten Herden zu einem Zeitpunkt in die Nahrungskette gelangt sein, als noch keine Kenntnisse über eine entsprechende Gefährdung vorlagen. Die Auswirkungen einer eventuellen Exposition aus dieser Zeit – sofern sie existieren – wären auch in Deutschland kaum mehr zu beeinflussen. – Über Dauer und Häufigkeit von Aufenthalten Deutscher in Großbritannien liegen keine belastbaren Daten vor, diese müssten erst erhoben werden.

Gemäß einem Stufenplan-Verfahren dürfen bereits jetzt entsprechende Materialien englischen Ursprungs (Blutprodukte, Organe, Gewebe) in Deutschland nicht verwendet werden. Bei der neuen CJK-Variante kann eine Übertragung durch Blutprodukte nicht mit vergleichbarer Sicherheit wie bei der klassischen Form ausgeschlossen werden. Der Arbeitskreis Blut hat daher in einer früheren Stellungnahme empfohlen, dass sämtliche Blutprodukte zurückgerufen werden, wenn bekannt wird, dass in das Ausgangsmaterial eine Blut- oder Plasmaspende von einem Spender einging, der zu einem späteren Zeitpunkt – nach der Spende – an nvCJK erkrankte.

Der Arbeitskreis Blut vertritt zusammenfassend die Meinung, dass neue wissenschaftliche Daten zur Risikoabschätzung, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine Neubewertung der Problematik einer Übertragung von nvCJK durch Blutprodukte erfordern würden, nicht vorliegen. Die FDA-Maßnahmen können aufgrund unterschiedlicher Voraussetzungen und Grundannahmen nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragen werden.

2. Gesundheitspolitisches Kolloquium des Robert Koch-Institutes:
»Schutzimpfungen in Deutschland – Hindernisse überwinden«

Termin: 30. Oktober 1999

Ort: Berlin

Veranstalter: RKI unter der Schirmherrschaft des BMG

Themen: Schutzimpfungen als Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen; Lösungsansätze aus verschiedenen Institutionen und Verbänden zur Verbesserung der Impfsituation

Teilnehmerkreis: Vertreter wichtiger Institutionen und Verbände, die Beiträge zur Verbesserung der Situation in Deutschland leisten können; Verantwortungsträger und weitere Interessierte auf dem Gebiet des Impfens

Anmeldung (bis 25.9.1999 möglich): Porstmann Kongresse GmbH, Friedrichstraße 130a, 10117 Berlin; Tel.: 030/28 44 99 10, Fax: 030/28 44 99 11