



Epidemiologisches Bulletin

31. Mai 2000 / Nr. 22

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Welt-Nichtrauchertag 2000/World No Tobacco Day 2000:

›Rauchen tötet – lass Dich nicht für dumm verkaufen!‹

Jedes Jahr am 31. Mai wird – initiiert von der Weltgesundheitsorganisation – der Welt-Nichtrauchertag begangen. In diesem Jahr richtet sich die Botschaft der WHO ganz besonders an die Jugendlichen, die Gefahr laufen, den von der Tabakindustrie gesteuerten Lockungen der Werbung Glauben zu schenken. In einer im Vorfeld des Welt-Nichtrauchertages gestarteten Kampagne wird in der gebotenen Härte auf den Widerstreit zwischen den Interessen der Tabakindustrie und dem individuellen und gesellschaftlichen Interesse, in Gesundheit zu leben, hingewiesen (›Tobacco kills – don't be duped‹). WHO: ››Die Tabakindustrie hat der öffentlichen Gesundheit den Krieg erklärt, denn eine Zigarette ist das einzige Konsumgut, das tötet, wenn es bestimmungsgemäß verwendet wird... Rauchen macht abhängig! Die Tabakindustrie hat Wissenschaft, öffentliche Gesundheit und Politik unterwandert, um ihre Produkte, die Konsumenten abhängig machen, ohne nennenswerte Einschränkungen überall anbieten zu können.« Bekanntlich dürfen auch in Deutschland Zigaretten ohne jede Altersbeschränkung auch an Kinder und Jugendliche abgegeben werden. Bundesweit locken 826.000 Zigarettenautomaten (davon die Hälfte im Außenbereich) Kundschaft an, darunter viele Jüngere. Das ›Einstiegsalter‹ liegt bei 12,5 Jahren, 13 % der 13-Jährigen und über ein Viertel der 15-Jährigen rauchen regelmäßig (WHO-Health-Behavior-Studie, Universität Bielefeld 1998). Jugendliche werden erfahrungsgemäß leicht zu Opfern der Verführungsstrategien, sie sind sehr empfänglich für die Botschaften der Werbung. Die Behauptung der Tabakindustrie, dass Kinder und Jugendliche nicht zu ihrer Zielgruppe gehören würden, lässt sich leicht, schon durch die Art der Werbung, widerlegen. Haben Jugendliche einmal mit dem Rauchen begonnen, ist der Ausstieg sehr schwer. 86 % befragter rauchender Männer und 80 % rauchender Frauen gaben an, vor dem 20. Lebensjahr mit dem Rauchen begonnen zu haben (Bundes-Gesundheitssurvey 1998).

Andere irreführende Behauptungen der Tabakindustrie sind, dass zwischen Rauchen und erhöhten Gesundheitsrisiken kein Zusammenhang bestehe, dass Rauchen eine individuelle und andere nicht gefährdende Verhaltensentscheidung sei und dass Rauchen nicht süchtig mache... In einer Urteilsbegründung zur Etikettierungspflicht von Tabakwaren stellte das Bundesverfassungsgericht am 22.1.1997 fest: ››Rauchen tötet in Deutschland mehr Menschen als Verkehrsunfälle, AIDS, Alkohol, illegale Drogen, Morde und Selbstmorde zusammen.« Das Rauchen gehört auch in Deutschland zu den bedeutsamsten vermeidbaren Ursachen für Krankheit, Invalidität und vorzeitigen Tod; jedes Jahr sind in Deutschland mehr als 100.000 Todesfälle dem Tabakkonsum anzulasten. Seit 1998 wird Passivrauchen auch in Deutschland aufgrund seines Beitrages zum Krebsrisiko in die gleiche Gefährdungskategorie wie das Einatmen von Asbestfasern und Benzoldämpfen eingeordnet (Senatskommission zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe). Dies ist vielen bewusst: 70 % befürworten ein Rauchverbot am Arbeitsplatz, 84 % in öffentlichen Gebäuden, 86 % sind für Nichtraucherzonen in Gaststätten (Repräsentativerhebung Drogen des BMG, 1997). In Deutschland ist gegenwärtig mit etwa 14 Millionen abhängigen Raucher zu rechnen.

Diese Woche

22/2000

Zum Welt-Nichtrauchertag 2000

Bundes-Gesundheitssurvey 1998:
Rauchverhalten in Deutschland

Pränatal zu beachtende

Infektionskrankheiten:

Beratung und Diagnostik
vor und in der Schwangerschaft



Bundes-Gesundheitssurvey 1998 – Einzelergebnisse kurz präsentiert: Das Rauchverhalten in Deutschland

Als Beitrag zum Welt-Nichtrauchertag werden wichtige Ergebnisse der Erhebung des Robert Koch-Institutes im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys zum Rauchverhalten der deutschen Bevölkerung vorgestellt. Eine ausführliche Darstellung dieser Untersuchung wurde kürzlich publiziert; bezüglich methodischer Einzelheiten, detaillierter Ergebnisse und Literaturangaben wird auf diese Arbeit verwiesen.¹

Angesichts der schweren Gesundheitsschäden durch das Rauchen und deren Auswirkungen in der Gesellschaft ist es von besonderer Bedeutung, über das Rauchverhalten der Bevölkerung informiert zu sein. Die letzten Erhebungen waren der Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes 1995, die Aktionsgrundlagen 1995 und die Drogenaffinitätsstudie 1997 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie die Bundesstudie 1997 des Bundesministeriums für Gesundheit und des Instituts für Therapieforschung. Hier schließt der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 an, in dessen Rahmen 7.124 Personen einer repräsentativen Stichprobe der 18- bis 79-jährigen deutschen Wohnbevölkerung zu ihren Rauchgewohnheiten befragt wurden und zu dem nachfolgend berichtet wird. Beim Vergleich der Zahlen mit denen aus anderen Untersuchungen ist besonders zu beachten, dass nur identische Altersgruppen verglichen werden dürfen.

Anteil der »Nieraucher«: 35% der Männer und 57% der Frauen haben nie geraucht. In den alten Bundesländern sind es 35% der Männer und 56% der Frauen, in den neuen Bundesländern entsprechend 31 und 60%. Bei den Männern sind die Anteile in den einzelnen Altersgruppen weitgehend ähnlich. Allerdings finden sich bei den unter 30-jährigen bei Männern wie Frauen höhere »Nieraucher«-Anteile als bei den über 30-jährigen.

Bei den Frauen haben rund 80% der 70- bis 79-jährigen nie geraucht gegenüber rund 40% der 30- bis 39-jährigen. Es handelt sich um ein Kohortenphänomen, das heißt, als die 70- bis 79-jährigen jung waren (1940), galten rauchende Frauen fast noch als »unmoralisch«, als die 30- bis 39-jährigen im Einstiegsalter waren (1980), war der Zigarettenkonsum in Deutschland auf dem höchsten Stand.

Um den **Anteil der Nichtraucher** zu ermitteln, müssen zu den Nieraucher-Anteilen die Anteile der Exraucher addiert werden. Das ergibt für Männer 63% und für Frauen 72% Nichtraucher, bezogen auf die untersuchte Altersgruppe 18 bis 79 Jahre.

Anteil der Exraucher: Im Mittel haben 28% der Männer das Rauchen aufgegeben, wobei die Raten mit steigendem Alter von unter 10% auf 60% anwachsen. Die Altersverteilung in Ost und West ist nahezu identisch. Von den Frauen haben durchschnittlich 15% mit dem Rauchen aufgehört, wobei die höchsten Raten von über 20% im Altersbereich zwischen 30 und 49 Jahren liegen. Die Altersverteilung unterscheidet sich zwischen Ost und West kaum, allerdings von der der Männer erheblich, was nicht nur auf die unterschiedlichen Raucheranteile, sondern auch auf die unter-

schiedlichen Trends bei der Entwicklung der Raucheranteile in der Vergangenheit zurückzuführen ist.

Bezieht man die Exraucher-Anteile auf die Summe der Raucher plus der Exraucher – also auf die »Jemals-Raucher«, so erhält man die sogenannte **Aussteigerquote**, die im Mittel bei 36 bis 43% liegt. Naturgemäß steigen die Anteile der »Aussteiger« mit dem Alter an, da mit zunehmendem Alter der Wunsch und die Notwendigkeit aufzuhören, die Unzufriedenheit mit der eigenen Abhängigkeit immer deutlicher werden. Es gibt jedoch sowohl zwischen alten und neuen Bundesländern als auch zwischen Männern und Frauen Unterschiede in den Aussteigerquoten. Während bis zum Alter von rund 50 Jahren die Werte bei Männern und Frauen noch sehr ähnlich sind und hier bei rund 40% liegen, bleiben sie bei den älteren Frauen in dieser Größenordnung. Bei den Männern hingegen steigen sie mit höherem Alter auf über 70% an. Zwischen den Anteilen in Ost und West bestehen bei den Männern praktisch keine Unterschiede, bei den Frauen sind die Aussteigerquoten im Westen durchschnittlich um 8 Prozentpunkte höher als im Osten.

Anteil der Raucher: Im Jahr 1998 rauchte rund ein Drittel der Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren, genauer, 37% der Männer und 28% der Frauen in dieser Altersgruppe. In den neuen Bundesländern liegt der Raucheranteil der Männer um 5 Prozentpunkte, der der Frauen um einen Prozentpunkt höher als in den alten Bundesländern. Mit dem Alter sinkt der Raucheranteil in beiden Geschlechtern und Regionen von rund 50% bei den Jüngeren auf unter 20% bei den Älteren.

Erweitert man die niedrigste Altersgruppe 18–19 Jahre auf 18–24 Jahre, ergeben sich alarmierend hohe Raucheranteile von 49% für die männliche und von 44% für die weibliche Bevölkerung. Die Werte im Osten liegen für Männer mit 62% um 17 Prozentpunkte, für Frauen mit 50% um 8 Prozentpunkte über den Werten im Westen (45 bzw. 42%).

83% der männlichen und 79% der weiblichen Raucher rauchen täglich, 17% bzw. 21% gelegentlich. Bei den Männern bestehen zwischen Ost und West keine Unterschiede, bei den Frauen sind im Westen 81% tägliche, 19% gelegentliche Raucher, im Osten 69% tägliche, 31% gelegentliche Raucher. Zwischen den einzelnen Altersgruppen bestehen keine relevanten Differenzen.

Ganz überwiegend wird Tabak heute in Form von Zigaretten geraucht. Von den männlichen Tabakkonsumenten rauchen jeweils ca. 4% Zigarren/Zigarillos bzw. Pfeife, von den weiblichen sind es lediglich 0,4 bzw. 0,2%.

Zigarettenkonsum je Raucher: Zur Beurteilung der gesundheitlichen Belastung der Bevölkerung durch das Rauchen ist neben dem Raucheranteil die Konsummenge je Raucher als zweite Messgröße notwendig. Männer rauchen durchschnittlich 20, Frauen 16 Zigaretten am Tag. Bis zum Alter von 69 Jahren sind die Werte recht einheitlich, darüber ist der Konsum niedriger.

Allerdings bestehen Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern: Im Westen rauchen sowohl Männer als auch Frauen täglich im Durchschnitt drei Zigaretten mehr als im Osten. Da auf der anderen Seite die Raucheranteile im Westen etwas niedriger als im Osten liegen, dürfte damit die gesundheitliche Belastung der Bevölkerung durch das Rauchen in beiden Regionen ähnlich hoch sein.

Rauchbeginn: 86 % der männlichen und 80 % der weiblichen Raucher haben mit dem Rauchen begonnen, als sie jünger als 20 Jahre waren. Bei den 20- bis 29-Jährigen sind es sogar etwa 95 %, die beim Rauchbeginn jünger als 20 waren, bei den 30- bis 39-Jährigen immerhin noch fast 90 %. Erst die Jahrgänge, die der Kriegs- und Nachkriegsgeneration angehören, hatten zu größeren Teilen – besonders bei den Frauen – ein späteres Einstiegsalter; dennoch haben auch bei diesen 50 Jahre und älteren Männern 70 bis 80 %, bei den gleich alten Frauen rund 50 % schon vor dem 20. Lebensjahr mit dem Rauchen begonnen.

Aufhörversuche: Nicht alle Raucher rauchen gern. Die Vorstufen zum Ausstieg, also die meist mehrfachen Aufhörversuche, finden sich in den folgenden Zahlen: 1998 haben 35 % der rauchenden Männer (West 37 %, Ost 31 %) und 33 % der rauchenden Frauen (Ost und West identisch) während der letzten 12 Monate mindestens einmal versucht aufzuhören. Die rauchfreie Zeit betrug einen Tag oder mehr.

Veränderungen seit 1990/92: Um eine Aussage über die Veränderung der gesundheitlichen Belastung der Bevölkerung durch das Rauchen zu erhalten, wurden die Angaben zum Raucheranteil und zur mittleren Zigarettenzahl je (Zigaretten-)Raucher aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 mit entsprechenden Angaben eines früheren Surveys von 1990/92 verglichen. Die Zahlen beziehen sich auf die Altersgruppe 25–69 Jahre. Der Raucheranteil ist bei den Männern im Westen um knapp 3 Prozentpunkte gesunken, im Osten hat er sich innerhalb von sieben Jahren nicht verändert. Bei den Frauen im Westen ging der Raucheranteil seit 1990/92 lediglich um knapp 1 % in die Höhe. Bei den Frauen im Osten erhöhte sich der Raucheranteil um 8 Prozentpunkte – das ist ein Anstieg um 42 % in nur sieben Jahren!

Betrachtet man die Entwicklung der mittleren Zigarettenzahl je Zigarettenraucher zwischen 1990/92 und 1998, so blieb der Tageskonsum bei Männern praktisch unverändert bei 18 Zigaretten, bei Frauen ging er um eine Zigarette

zurück. Im Westen ging der tägliche Durchschnittskonsum zurück: bei Männern um eine halbe, bei Frauen um eine Zigarette pro Tag. Im Osten stieg der mittlere Konsum je Raucher bei Männern um eine, bei Frauen um eine halbe Zigarette.

Damit hat sich die gesundheitliche Belastung durch das Rauchen bei den Männern im Westen reduziert, weil sowohl die Zahl der Raucher als auch die von diesen konsumierte Zigarettenmenge abnahm. Bei den Frauen im Westen hat sich zwar der Raucheranteil etwas erhöht, dafür ging allerdings der Tageskonsum um eine Zigarette zurück.

Im Osten stieg die Belastung: Zwar blieb der Raucheranteil bei Männern unverändert blieb, doch wuchs die Konsummenge um eine Zigarette. Bei Frauen stiegen sowohl der Raucheranteil als auch der mittlere tägliche Konsum.

Besonders zu beachten: Ein gravierendes Ergebnis der vorliegenden Auswertung ist der enorme Anstieg des Raucheranteils bei Frauen in den neuen Bundesländern. Dies bestätigt u. a. die Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudie 1997 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; für die Altersgruppe der 12- bis 24-Jährigen wurde dort eine ähnlich drastische Erhöhung des Raucheranteils im Osten seit 1993 gefunden.

Auch in der vorliegenden Untersuchung wird wieder deutlich, dass sich die Raucheranteile von Männern und Frauen immer weiter annähern, je jünger die Befragten sind. Während in den alten Bundesländern für die Altersgruppe 18–79 Jahre die Anteile sich mit 36 % für Männer und 28 % für Frauen noch relativ deutlich unterscheiden, ist diese Differenz bei den 18- bis 29-Jährigen auf 2 bis 4 % zusammengeschmolzen (48/46 %, 46/42 %). Der zeitliche Trend spricht dafür, dass sich diese Entwicklung fortsetzt: Bei Männern gehen die Raucheranteile eher zurück, bei Frauen steigen sie eher. Die Auswirkungen auf die gesundheitlichen Folgen sind am Beispiel der Lungenkrebssterbeziffern bereits deutlich. Diese sind für die Altersgruppen zwischen 45 und 74 Jahren in den letzten zehn Jahren bei Männern um 4 bis 14 % gesunken, bei Frauen um 21 bis 87 % gestiegen!

1. Junge B, Nagel M: Das Rauchverhalten in Deutschland. Gesundheitswesen 1999; 61. Sonderheft 2: 121–125

Als **Ansprechpartner** zum Thema »Rauchen und Gesundheit« steht im Robert Koch-Institut Herr Burckhard Junge, Fachgebiet 26, General-Pape-Str. 62–66, 12101 Berlin, oder Postfach 65 02 80, 13302 Berlin, zur Verfügung.

Spezielle Informations- und Beratungsangebote

Information im Internet: <http://www.weltnichtrauchertag.de> (dort weitere Hinweise) und <http://www.who.int/toh/>.

Hilfe beim Ausstieg: Für Raucher gibt wesentlich mehr gute Gründe, die Abhängigkeit zu überwinden, als weiter mit ihr zu leben. Auf dem Weg zu einem rauchfreien neuen Lebensabschnitt gibt es allerdings viele Hindernisse. Mit der Abhängigkeit ist auch die Angst zu besiegen, es nicht zu schaffen. Praxiserfahrungen zeigen, dass das oft leidvolle und langwierige Verfahren durch professionelle Hilfe entscheidend abgekürzt werden kann und es daher äußerst sinnvoll ist, möglichst frühzeitig Kontakt zu Fachleuten aufzunehmen, die raten und helfen können.

Drei bewährte **Angebote:** Bundesweit offeriert das **Rauchertelefon des Deutschen Krebsforschungszentrums** Auskünfte zur Raucherentwöhnung (Methoden, weitere Ansprechpartner) unter der Tel.-Nr. **0 62 21 . 42 42 00**. In Berlin erhält man am »**Berliner Rauchertelefon**« (Nichtraucherbund Berlin und Wissenschaftliche Arbeitsgemeinschaft Raucherentwöhnung und Gewichtsreduktion e.V. – WAREG) unter **030.70594 96** neben der individuellen Beratung über den am besten geeigneten Weg zum Aufhören auch spezielle Unterstützung dabei, wie man sein Gewicht in den Griff bekommt. Die **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln** bietet zum Thema »Rauchfrei!« eine persönliche Telefonberatung unter der Tel.-Nr. **02 21 . 89 20 31** an.

Virusdiagnostik und Toxoplasmose-Diagnostik vor und in der Schwangerschaft

(Abdruck eines Originalbeitrages von K. Hertwig und J.W. Dudenhausen, MMW Fortschritte der Medizin 1–2/2000: 38–40)

Eine vor oder in der Schwangerschaft gezielt durchgeführte Virusdiagnostik kann helfen, die Häufigkeit prä- oder perinatal erworbener Infektionen zu reduzieren und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Verhütung kindlicher Infektionen.

Röteln

- ▶ Eine von der Mutter durchgemachte Infektion hinterlässt meist lebenslange Immunität.
- ▶ Immunität bei 88 bis 95 % der Schwangeren
- ▶ Impfschutz oft nur von kürzerer Dauer
- ▶ **Rötelnstatus** sollte bei jeder Frau im gebärfähigen Alter bekannt sein:
 - Immunität bei Titer von 1:32 oder höher (HAH)
 - Unsichere Immunität bei Titer von 1:16, Bestätigung durch ELISA oder Hämolyse im Gel-Test notwendig
 - Keine Immunität bei Titer von 1:8 oder geringer, Impfung außerhalb der Schwangerschaft notwendig
- ▶ Infektion nur im 1. Trimenon gefährlich. Folgen: Abort, Hör- und Sehstörungen, geistige Retardierung und Diabetes

Prävention: Titerkontrolle, ggf. Impfung

Zytomegalie

- ▶ Häufigste intrauterine Infektion (1 % aller Neugeborenen)
- ▶ Meist latente Infektion (Virus persistiert meist lebenslang im Körper bei 40 bis 50 % aller Frauen)
- ▶ Falls klinisch apparent, mononukleoseähnliche Symptomatik
- ▶ Reaktivierung führt zur Virusausscheidung (Speichel, Urin), bei Immunkompetenten keine Symptomatik. Kindliche Infektionen treten nach Reaktivierung der Infektion bei der Mutter (10 % aller seropositiven Mütter) bei 1 % auf (nur 1 % der infizierten Kinder sind symptomatisch, meist nur leicht).
- ▶ Bei einer Erstinfektion in der Schwangerschaft (meist asymptomatisch):
 - Ca. 50 % der Übertragungen intrauterin
 - 10 bis 20 % symptomatische Neugeborene (Hydrozephalus, zerebrale Verkalkungen, Chorioretinitis, Mikrozephalie, viszerale Symptomatik mit Ikterus, Hepatosplenomegalie, Anämie und Thrombozytopenie)
 - 20 bis 30 % kindliche Spätschäden (Hörschäden, Intelligenzdefekte, geringe neurologische Störungen)

Prozedere:

- ▶ Infektionsdiagnostik vor der geplanten Schwangerschaft sinnvoll
- ▶ Expositionsprophylaxe (Meiden von engem Kontakt mit Kleinkindern) und mehrfache Titerkontrollen in der Schwangerschaft bei seronegativen Müttern

Herpes-simplex-Virus

- ▶ Inzidenz: 2.000 bis 5.000 Neugeborene
- ▶ Serologische Untersuchungen sind nicht sinnvoll.
- ▶ Perinatale Übertragung, meist Typ II bei mütterlicher Genitalinfektion (Virusnachweis aus den Bläschen)
- ▶ Symptome: generalisierte Bläschen, neurologische Symptome, Hepatosplenomegalie, Ikterus, Enzephalitis, häufig tödlich

Prozedere:

- ▶ Schnittentbindung vor dem Blasensprung bei florider Herpes-genitalis-Infektion der Mutter
- ▶ Falls Verdacht der kindlichen Infektion, sofortige Therapie des Neugeborenen mit Aciclovir.

Parvovirus B19 (Erreger der Ringelröteln)

- ▶ Mütterliche Durchseuchungsrate 30 bis 40 %, Übertragung meist durch Kleinkinder
- ▶ Übertragung durch Tröpfcheninfektion aus dem Respirationstrakt
- ▶ 30%ige Übertragungswahrscheinlichkeit bei Erstinfektion in der Schwangerschaft
- ▶ Hydrops fetalis, intrauteriner Fruchttod oder Spontanabort in einem Drittel der Fälle.

Prozedere:

- ▶ Serologische Diagnostik bei geplanter Schwangerschaft von Frauen aus Risikokollektiven sinnvoll
- ▶ Bei seronegativen Müttern ist die Vermeidung von intensiven Kontakten zu Kleinkindern so weit wie möglich zu empfehlen und regelmäßige Titerkontrollen während der Schwangerschaft sind durchzuführen.
- ▶ Austauschtransfusion zur Rettung des Kindes bei Hydrops möglich

Hepatitis B

- ▶ Ausschließlich parenterale Übertragung, 70 % der Erwachsenen haben dabei keine Gelbsucht.
- ▶ Infektion des Kindes während der Geburt, bei HBeAg-positiver Mutter 90 %.
- ▶ 90 % der kindlichen Infektionen haben einen chronischen Verlauf (lange Zeit asymptomatisch).
- ▶ Bei Simultanprophylaxe des Neugeborenen einer HBsAg-positiven Mutter ist die Infektionsrate < 5 %.

Prozedere:

- ▶ Generelles HBsAg-Screening gegen Ende der Schwangerschaft ist vorgeschrieben.
- ▶ Frauen aus Risikogruppen (medizinisches Personal, Kontakt zu chronischen Virusträgern, Drogenabhängige) sollten generell geimpft werden.
- ▶ Postnatale Impfung von Kindern HBsAg-positiver Mütter oder Mütter aus Risikogruppen

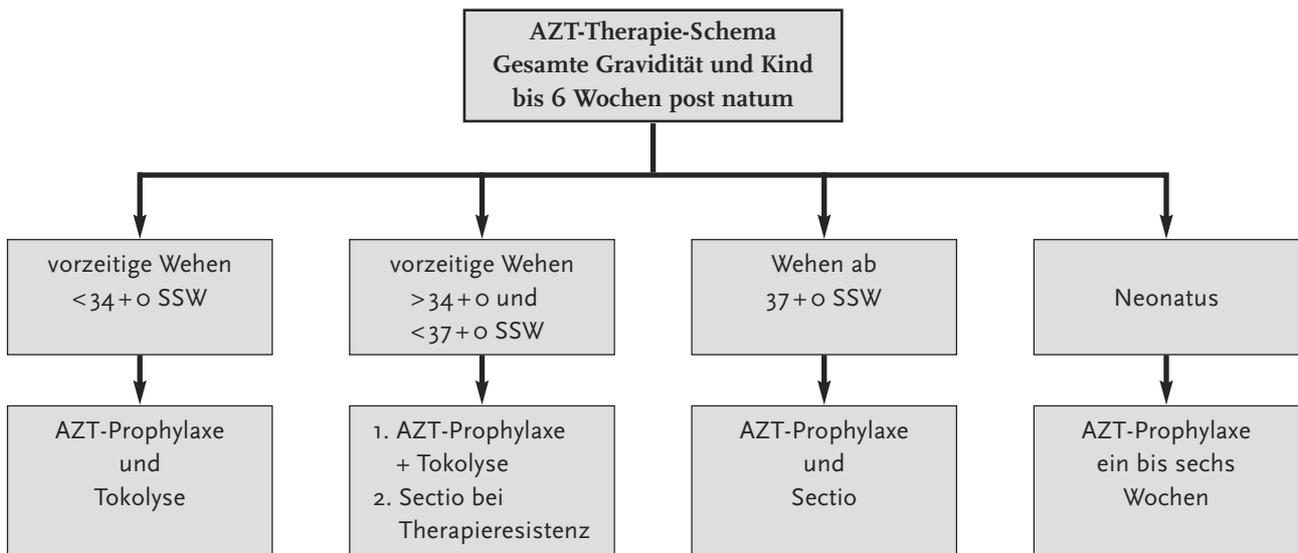


Abb. 1 AZT-Prphylaxe und primäre/sekundäre Sectio bei mütterlicher HIV-Infektion in Beziehung zu Wehen

HIV

- ▶ 60% der Frauen mit Erstdiagnose in der Schwangerschaft haben anamnestisch kein eindeutiges Risiko.
- ▶ Allgemeines Angebot eines HIV-Testes in der Schwangerschaft ist daher sehr sinnvoll.
- ▶ Erhöhte Rate an vaginalen Kandidosen, Condylomata acuminata, Herpes genitalis, Varizella zoster und zervikalen Dysplasien bei HIV-positiven Müttern
- ▶ Maternofetale Transmission wahrscheinlich perinatal
- ▶ Infektion pränatal durch eine Störung der maternofetalen Grenzschicht möglich, z. B. bei vorzeitiger Wehentätigkeit.

Prozedere:

- ▶ Intensive Information der Schwangeren über den Verlauf der Schwangerschaft, Entbindung und notwendige Prophylaxe und Verhaltensmaßnahmen
- ▶ Das Transmissionsrisiko kann somit minimiert, aber nicht vollständig aufgehoben werden.
- ▶ Wiederholung eines negativen Tests in der Schwangerschaft bei Risikogruppen
- ▶ Wiederholte Zervixzytologien und Kolposkopien in der Schwangerschaft sinnvoll
- ▶ Tokolytische Behandlung und AZT-Gabe bei vorzeitigem Wehen vor 34+0 SSW. (Abb. 1)
- ▶ Generelles Stillverbot
- ▶ Eine Infektion des Neugeborenen kann erst sechs Monate post natum diagnostiziert werden (PCR).

Toxoplasmose

- ▶ Kein Toxoplasmose-spezifisches Krankheitsbild (50% asymptomatisch)
- ▶ Toxoplasmose-Infektion bis zu zwei Wochen vor Eintritt der Schwangerschaft bewirkt eine sichere Immunität.
- ▶ Risiko: Fehl-, Früh- oder Totgeburt, scheinbare Fehlbildungen durch Defektheilung, Chorioretinitis, Hydrozephalus, zerebrale Verkalkungsherde, oligosymptomatische, neuronale und okuläre Spätschäden (keine Symptome bei Geburt).

Fetales Infektionsrisiko und dessen Folgen:

- 1. Trimenon 17%, Folge meistens Abort oder seltener schwere Schäden des Neugeborenen
- 2. Trimenon 24%, Folge meist mittlere bis schwere Schäden des Neugeborenen
- 3. Trimenon 64%, Folge meist nur leichte Schäden oder Spätschäden des Neugeborenen

Prozedere:

- ▶ Screening aller Schwangeren (Testwiederholung alle acht bis zehn Wochen, falls negativ)
- ▶ Sinnvoll erscheint die serologische Untersuchung schon bei Planung einer Schwangerschaft. (Unklare Befunde sind leichter zu differenzieren als in der Schwangerschaft.)
- ▶ Bei unklarem Infektionsverdacht PCR aus dem Fruchtwasser oder IgM-Nachweis per Chordozentese möglich
- ▶ Das Screening muss nur bei negativen Müttern in folgenden Schwangerschaften wiederholt werden (Ausnahme bei Immunsuppression).
- ▶ Therapie bei Serokonversion (Senkung des fetalen Risikos um 75%)

Ausgewählte FdM-Tabellen für die Praxis sind in dem Loseblattwerk >FdM-Tabellen für die Praxis< enthalten, das quartalsweise ergänzt wird. Faxbestellung unter 089. 43 72–13 99.

Korrespondenzadresse: Dr. med. Kai Hertwig, Klinik für Geburtsmedizin, Universitätsklinikum Charité, Campus Virchow-Klinikum, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin; Fax: 030. 450–6 49 01, E-Mail: hertwig@charite.de

Wir danken der Redaktion des MMW für die Genehmigung des Nachdrucks (Titel wurde geändert).

Hinweis

Aktuelle Veröffentlichung zu intrauterinen Infektionen: Goldenberg RL, Hauth JC, Andrews WW: Intrauterine infection and preterm delivery. N Engl J Med 2000; 342: 1500–1507