

Epidemiologisches Bulletin

Wöchentlicher Informationsdienst für Ärzte
Bericht des Fachbereichs Infektionsepidemiologie des RKI

Notausgabe

| Inhalt | Seite |
|---|-------|
| Diphtherie-Erkrankungen im Zusammenhang mit Rußland | 1 |
| Meldepflichtige Infektionskrankheiten im Jahr 1994 (2 Tabellen) | 2 |
| Die Situation bei der Tuberkulose | 4 |

Diphtherie in Deutschland

Baden-Württemberg bzw. Nordrhein-Westfalen meldeten je eine Erkrankung an Diphtherie, die in epidemiologischem Zusammenhang mit der Epidemie in den Nachfolgestaaten der UdSSR stehen.

In Karlsruhe/**Baden-Württemberg** wurde am 26.6. eine 44jährige Frau wegen einer hochfieberhaften Angina hospitalisiert. Unter der Verdachtsdiagnose Tonsillarabszeß wurde eine hochdosierte Penicillin-Therapie eingeleitet und am folgenden Tag die Tonsillektomie durchgeführt. Dabei ergab sich der klinische Verdacht auf eine Diphtherie, der durch die histologische Untersuchung der Tonsillen weiter erhärtet wurde.

Daraufhin erhielt die Patientin (eine Grundimmunsierung ist nicht nachweisbar) am 30.6. Diphtherie-Antitoxin und wurde von diesem Zeitpunkt an auch isoliert. Am folgenden Tag war sie fieberfrei und ihr Allgemeinzustand hatte sich deutlich gebessert.

Aus den erst mehrere Tage nach begonnener Penicillin-Therapie entnommenen Rachen- bzw. Nasopharyngeal-Abstrichen gelang keine Anzucht eines Stammes von *Coryneb. diphtheriae*. Ein am 8.7. bereits nach Entlassung durchgeführter Kontrollabstrich bei der Patientin war ebenfalls negativ.

Anzuchtversuche bei 2 prophylaktisch behandelten Mitpatientinnen, die mehrere Tage im gleichen Zimmer gelegen hatten, sowie dem Ehemann der Patientin verliefen gleichfalls negativ.

Als wahrscheinliche Ursache gelten Kontakte zu russischen Saisonarbeitern im Zusammenhang mit der Tätigkeit der Frau am Kiosk eines Freibades. Die Erfassung von Keimausscheidern unter diesem Personenkreis war jedoch nicht möglich.

Obwohl die Anzucht von *Coryneb. diphtheriae* bei diesem Erkrankungsfall nicht gelang, was auf Grund der Vorbehandlung verständlich ist, möchten wir ihn auf Grund des klinisch/histologischen Befundes sowie der epidemiologischen Gegebenheiten als bestätigte Diphtherie werten.

Bei dem Fall aus dem Reg.-Bezirk Arnberg in **Nordrhein-Westfalen** ist die Infektion mit hoher Wahrscheinlichkeit in Moskau erfolgt.

Der erkrankte 48jährige Lehrer hatte sich dort bis zum 12.7. gemeinsam mit seiner Frau aufgehalten. Vor der Reise hatte er eine einmalige Impfstoff-Injektion (d) erhalten; für weitere Injektionen reichte die Zeit nicht mehr aus. Eine Grundimmunsierung ist jedoch nicht nachweisbar.

Der Mann erkrankte am 16.7. mit Halsschmerzen und wurde am 18.7. zunächst auf einer HNO-Station hospitalisiert. Nach Stellung der VD Diphtherie wurde er noch am gleichen Tag auf einer Infektionsstation isoliert und antitoxisch sowie antimikrobiell (Erythromycin) behandelt. Aus einem Abstrich vor Therapiebeginn gelang später die Anzucht eines toxinbildenden *Corynebacterium diphtheriae* vom Typ gravis.

Die Kontrollen bei seiner Frau und weiteren 12 Kontaktpersonen verliefen negativ.

Mit diesen beiden Erkrankungen stieg die Zahl der Importfälle aus den GUS-Staaten in diesem Jahr auf vier (Stand insgesamt: 5 E). Dies unterstreicht nachdrücklich die Infektionsgefahr für nicht bzw. nicht ausreichend geimpfte Reisende in diese Gebiete.

Der Fall in Baden-Württemberg ist jedoch außerdem ein Hinweis auf auch in Deutschland bestehende Risiken für Kontaktpersonen zu Bürgern aus diesen Ländern, da sich unter ihnen nicht entdeckte Keimträger befinden können.

Übrige meldepflichtige Infektionskrankheiten 32. Woche 1994

| | 32. Wo. 1994 | 1.-32. Wo. 1994 | 1.-32. Wo. 1993 | 1.-52. Wo. 1993 |
|---------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Botulismus | 0 | 8 | 12 | 18 |
| Brucellose | 1 | 13 | 11 | 20 |
| Cholera | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Diphtherie | 0 | 5 | 5 | 9 |
| Fleckfieber | 0 | 1 | 1 | 1 |
| Gasbrand | 1 | 90 | 68 | 136 |
| Gelbfieber | 0 | 0 | 0 | 0 |
| hämorrh. Fieber | 0 | 0 | 7 | 9 |
| Lepra | 0 | 3 | 4 | 5 |
| Leptospirose Weil | 1 | 7 | 4 | 14 |
| Leptospirose, sonstige | 0 | 4 | 5 | 25 |
| Malaria | 22 | 471 | 479 | 704 |
| Meningitis, übrige Formen | 78 | 849 | 314 | 558 |
| Milzbrand | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Ornithose | 2 | 78 | 106 | 201 |
| Paratyphus | 2 | 41 | 37 | 94 |
| Pest | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Poliomyelitis | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Q-Fieber | 3 | 57 | 61 | 180 |
| Rotz | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Rückfallfieber | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Shigellose | 73 | 1038 | 944 | 1922 |
| Tetanus | 0 | 7 | 13 | 17 |
| Tollwut | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Trachom | 0 | 2 | 6 | 7 |
| Trichinose | 0 | 0 | 1 | 3 |
| Tularämie | 0 | 4 | 1 | 2 |
| Typhus | 3 | 97 | 87 | 195 |
| angeborene | | | | |
| - Listeriose | 0 | 14 | 19 | 29 |
| - Lues | 1 | 2 | 5 | 12 |
| - Rötelnembryopathie | 0 | 0 | 1 | 1 |
| - Toxoplasmose | 0 | 11 | 14 | 20 |
| - Zytomegalie | 0 | 8 | 9 | 14 |
| Gonorrhoe | 23 | 881 | 1150 | 1829 |
| Syphilis | 2 | 224 | 227 | 394 |

Bemerkungen zu den Tabellen auf Seite 2 und 3

Die Berichte über meldepflichtige Infektionskrankheiten tragen dem Bedürfnis nach aktueller Information Rechnung. Bei dem gegenwärtig unterschiedlichen Stand des Berichtswesens in den einzelnen Bundesländern sind jedoch fehlende (z.B. Tuberkulose) bzw. differierende Daten (z.B. Abweichungen der kumulierten Daten des Vorjahres von den veröffentlichten Daten des Statistischen Bundesamtes) nicht vermeidbar.

Ein Sternchen in den Spalten für die laufende Woche zeigt an, daß für das jeweilige Land bzw. für den Regierungsbezirk noch keine aktuelle Wochenmeldung eingegangen ist.

Dies führt zu einer unvollständigen und mit dem Vorjahr nur bedingt vergleichbaren Kumulativzahl sowie zu einer Beeinträchtigung der Daten auf der(n) übergeordneten Berichtsebene(n).

Von allen Ländern vollständig und rechtzeitig übermittelte Berichte stellen die Voraussetzung für eine Verbesserung des aktuellen Informationssystems dar.

Besonders problematisch ist zur Zeit die aktuelle Datenlage bei der Tuberkulose und den Geschlechtskrankheiten Gonorrhoe und Syphilis. Bei diesen Krankheiten sind die ausgewiesenen Kumulativwerte für das Vorjahr völlig unvergleichbar mit den später an die Statistischen Landesämter für den gleichen Zeitraum gemeldeten Erkrankungszahlen. Wir weisen deshalb in der Tabelle auf Seite 3 (letzte Spalte) keine Vorjahressummen für Gonorrhoe und Syphilis aus.

Die Situation bei der Tuberkulose

Die Tuberkulose gehört zu den wichtigsten infektiösen Ursachen der Mortalität.

Wegen der sich in vielen Regionen der Welt verschlechternden sozialen Lage, aber auch wegen des Risikos, daß bei HIV-Infizierten mit gleichzeitiger chronischer Tb-Infektion auf Grund der Immunschwäche die Tuberkulose exazerbiert, wird weltweit mit einer Zunahme der Tuberkulose gerechnet. In den USA setzt sich bereits seit 1986 der eigentlich erwartete, laufende Rückgang der Tb-Fälle nicht weiter fort. Es ist im Gegenteil zu einem Wiederanstieg dieser Erkrankung gekommen, wobei insbesondere der Anteil der HIV-Positiven zugenommen hat.

Die Zahl der Tuberkulose-Erkrankungen ging in der WHO-Region Europa insgesamt bis 1990 laufend zurück. 1990 lag die Erkrankungshäufigkeit in Europa zwischen 3,7 Erkrankungen pro 100 000 Einwohnern in Monaco und 65,7 E pro 100 000 EW in Kasachstan.

In einigen europäischen Ländern (z.B. Dänemark, Großbritannien, Irland, Niederlande, Norwegen, Österreich, Schweden, Schweiz) setzt sich der langjährig fallende Trend bereits seit Mitte bzw. Ende der 80er Jahre nicht weiter fort. In anderen (z.B. Finnland, Frankreich und auch Deutschland) zeigt sich diese Entwicklung erst nach 1990.

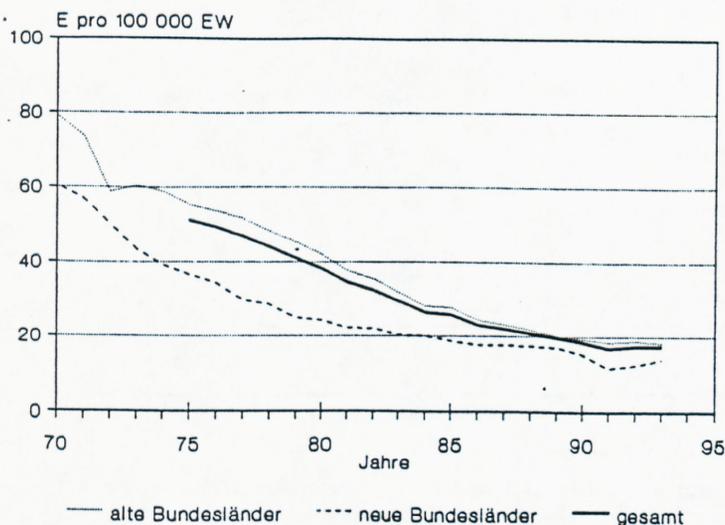


Abb.1: Tuberkulose in Deutschland

Ab 1990 steigt in einigen Ländern der ehemaligen UdSSR die Tuberkulose-Morbidität erheblich an; so z.B. in Armenien von 17,6 auf 21,5, in Aserbaidschan von 35,2 auf 53,7, in Litauen von 39,4 auf 41,5 im Jahr 1991.

Auch in bestimmten "osteuropäischen" Ländern nahm die Morbidität zu; so z.B. in Bulgarien von 25,1 auf 28,6, in Tschechien von 18,7 auf 20,1 und in Ungarn von 34,7 auf 37,7 im Jahr 1991. Soweit die Daten bereits vorliegen, setzte sich in diesen Ländern der Morbiditätsanstieg z.T. auch 1992 weiter fort. In Rumänien stieg die Morbidität z.B. von 66,5 im Jahr 1991 auf 77,6 im Jahr 1992.

Gründe für den Morbiditätsanstieg in Teilen "Osteuropas" und der ehemaligen UdSSR sind die Verschlechterung der sozialen Lebensbedingungen für Teile der Bevölkerung sowie durch Unruhen ausgelöste ungeordnete Bevölkerungsbewegungen.

Auch in einigen "westeuropäischen" Ländern gab es zwar nach 1990 Anstiege der Morbidität; so z.B. in Dänemark, den Niederlanden, Norwegen, Spanien und Schweden, von einem weitverbreitet steigenden Trend kann dort aber bisher nicht die Rede sein.

In Deutschland ging die Morbidität seit Ende des Krieges im Osten wie im Westen laufend zurück. Von ursprünglichen Erkrankungsraten von mehreren 100 Fällen pro 100 000 Einwohner (im früheren Bundesgebiet 1949: 316 E %000 EW; in der DDR 1950: 505 E %000 EW) wurde das gegenwärtige, niedrige Niveau von unter 20 Fällen pro 100 000 EW (1993: 17,4) erreicht.

Seit 1991 hat sich die Morbidität insgesamt nicht mehr signifikant verändert; 1992 stieg die Zahl der Erkrankungen um 2% und 1993 um 0,3% gegenüber dem jeweiligen Vorjahr an. Der fallende Trend setzte sich damit zwar nicht weiter fort, es ist aber bisher auch keine eindeutig steigende Tendenz erkennbar (Abb.1). Auch aus den für 1994 bisher vorliegenden lückenhaften Daten läßt sich kein Anstieg der Morbidität ablesen.

Die Zahl der bei Ausländern erfaßten Fälle stieg dagegen von 1991 bis 1993 um 41,5% an (von 2981 auf 4219). Der Anteil der Ausländer an allen Tb-Fällen erhöhte sich dabei von 19,7% (1989) auf 29,8% im Jahr 1993. Bei den unter 30jährigen machen die Ausländer sogar mehr als 50% der Fälle aus (Abb.2).

Unter Berücksichtigung der steigenden Erkrankungszahl bei Ausländern ergibt sich für die deutsche Bevölkerung von 1991 bis 1993 sogar ein weiterer Rückgang der gemeldeten Fälle um 8,4%.

Auch wenn sich das in einzelnen Bundesländern nicht so darstellen mag, so ist diese Entwicklung für Deutschland insgesamt doch sehr deutlich.

Außer dem Saarland gibt es ohnehin kein Bundesland, in dem die Morbidität seit 1991 laufend angestiegen ist. In mehreren Bundesländern zeigt sich sogar weiterhin eine eher fallende Tendenz (Bayern, Hamburg, Berlin), selbst wenn die Morbidität 1993 z.T. auch dort leicht zugenommen hat.

Betrachtet man die altersspezifischen Inzidenzraten der letzten 3 Jahre, so zeigen sich geringe Anstiege ebenfalls nur in den Altersgruppen mit hohem Ausländeranteil an den gemeldeten Erkrankungen; insbesondere den 15-34jährigen.

Die rechtzeitige Erfassung und optimale Behandlung von Erkrankten unter den neu nach Deutschland eingereisten Personen aus Ländern mit einer hohen Tuberkulose-Morbidität (insbesondere Asylbewerber und Kriegsflüchtlinge) muß deshalb ein Schwerpunkt bei der Bekämpfung der Tuberkulose werden. Die Lösung dieses Problems ist die wichtigste Voraussetzung für die Verhinderung der Weiterverbreitung innerhalb dieser Gruppen sowie auf die mit ihnen primär in Berührung kommenden deutschen Kontaktpersonen (direktes Betreuungspersonal, aber auch Mitarbeiter der Arbeits- und Sozialämter sowie der Ausländer-Behörden).

Die Übertragung der Tb wird bei bestimmten Gruppen von Ausländern noch dadurch begünstigt, daß diese unter z.T. ungünstigen Wohnbedingungen an bestimmten Orten konzentriert sind.

Eine weitere Risikogruppe sind Drogensüchtige und Obdachlose. Einerseits weil ihre medizinische Betreuung oft nicht optimal ist, wodurch Erkrankungen bei ihnen zu spät oder gar nicht diagnostiziert werden, andererseits weil ihre Lebensumstände bzw. Wohnverhältnisse das Risiko der Weiterverbreitung zusätzlich noch erhöhen.

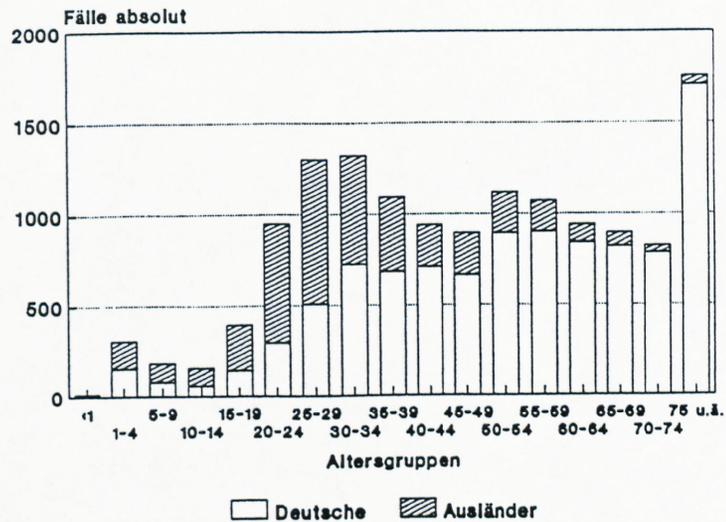


Abb.2: Tuberkulose Altersverteilung

Unter diesen Bedingungen stößt auch eine ambulante Therapie sowie die Chemoprophylaxe von Kontaktpersonen auf erhebliche Probleme bei der Compliance.

Abgebrochene bzw. nicht in ausreichender Dosierung durchgeführte Behandlungen z.B. bei bestimmten Gruppen von Ausländern sowie Drogensüchtigen und Obdachlosen bergen aber die Gefahr der Entwicklung multiresistenter Mycobakterienstämme.

Die mangelhafte Compliance hat z.B. in den USA ganz wesentlich zur Ausbreitung multiresistenter Stämme in diesen Populationen beigetragen. Auch für Europa sind Befürchtungen in dieser Richtung nicht unbegründet.

Bei älteren Personen mit Lungenerkrankungen wird häufig vom behandelnden Arzt nicht rechtzeitig an die Exazerbation einer Tuberkulose gedacht, so daß viele Sterbefälle an Tuberkulose erst bei der Sektion diagnostiziert werden. Damit ist das Risiko der Weiterverbreitung, insbesondere auf Familienmitglieder, ebenfalls erhöht. Da gerade ältere Personen selten seziert werden, ergibt sich für das höhere Lebensalter außerdem eine erhebliche Untererfassung der Tuberkulose.

Grundsätzlich kann man für Deutschland feststellen, daß sich die Situation zwar nicht im gewünschten Maße weiter verbessert, daß sich aber trotz gewisser Probleme das Risiko für die Allgemeinbevölkerung bisher scheinbar nicht wesentlich erhöht hat. Die intensive Überwachung bestimmter Risikogruppen und deren bessere soziale und medizinische Betreuung sind jedoch eine wichtige zukünftige Aufgabe.