

# Epidemiologisches Bulletin



**Aktuelle Daten und Informationen  
zu Infektionskrankheiten**

**44/97**

## **Hotelaufenthalt in Gambia: fünf Malariaerkrankungen**

Leichtfertiger Verzicht auf Chemoprophylaxe gegen ärztlichen Rat

Ende Oktober 1997 wurden aus Mecklenburg-Vorpommern, Kreis Ludwigslust, drei Erkrankungsfälle an Malaria tropica gemeldet. Diese betrafen drei Männer im Alter von 38 Jahren aus dem gleichen Ort, die sich vom 16.09.–01.10.97 zu einem Hotelurlaub mit Halbpension in Gambia aufgehalten hatten. Sie hatten vor Reiseantritt einen Arzt aufgesucht und waren nach den vorliegenden Informationen ausreichend über das hohe Malariarisiko aufgeklärt worden. Als Chemoprophylaktikum wurde ihnen, den aktuellen WHO-Empfehlungen für die Zone C entsprechend, Mefloquin verordnet. Keiner der drei führte jedoch die empfohlene medikamentöse Prophylaxe durch. Zu dieser persönlichen Entscheidung trug offenbar bei, daß aus den Unterlagen des Reiseveranstalters die Dringlichkeit der Malariaphylaxe nicht klar hervorging. – Nach der Rückkehr kam es zwischen dem 07. und dem 12.10. bei allen drei Männern zu einer Symptomatik mit hohem Fieber und Schweißausbrüchen. Nach ärztlicher Konsultation erfolgte sofort die Einweisung in das Tropenkrankenhaus Hamburg, wo *Plasmodium falciparum* nachgewiesen und die Therapie mit Mefloquin eingeleitet wurde. Einer der Patienten starb am 18.10. trotz intensiver Behandlung nach foudroyantem Verlauf an Multiorganversagen.

Die Meldedaten ergaben, daß weitere zwei Personen, die das gleiche Hotelarrangement zur gleichen Zeit in Gambia gebucht hatten, an Malaria tropica erkrankt sind. Ein 64jähriger Mann aus einem anderen Ort Mecklenburg-Vorpommerns war am 10.10. mit hohem Fieber erkrankt und am 12.10. in die Universitätsklinik Rostock eingewiesen worden. Der Mann hatte vom 09.09.–30.09. eine medikamentöse Malariaphylaxe, allerdings mit dem hier ungeeigneten Chloroquin, durchgeführt. Ein 34jähriger Mann aus Sachsen erkrankte nach der Rückkehr bereits am 01.10.; er hatte ebenfalls keine Chemoprophylaxe durchgeführt. Die stationäre Behandlung des schwerkranken Mannes dauert noch an.

Diese Häufung von 5 Malariaerkrankungen verdeutlicht das bekannte hohe Malariarisiko auch in diesem Gebiet Westafrikas. Vor Beginn der beliebten Fernreisen in der Wintersaison wird deshalb nochmals auf die Wichtigkeit einer adäquaten Beratung zu den präventiven Maßnahmen – Expositionsprophylaxe und zu differenzierende Chemoprophylaxe – hingewiesen. (Bei notwendiger Mefloquin-Verordnung Anwendung 1 Woche vor der Reise bis 4 Wochen nach Verlassen des Gebietes beachten!) – Neben den betreuenden Ärzten tragen die Reiseveranstalter Verantwortung für eine sachgerechte Information und Beratung der Reisenden.

*Für diese aktuellen Informationen danken wir Frau Dr. med. Martina Littmann, Landeshygieneinstitut Mecklenburg-Vorpommern, Sitz Rostock, Frau Dipl.-Med. Rosemarie Zenke, Gesundheitsamt Ludwigslust, sowie den Mitarbeitern des Gesundheitsamtes Meißen.*

## **Diese Woche:**

**Malaria nach  
Gambia-Aufenthalt**

**Hepatitis-A-Häufung  
bei Homosexuellen  
bekräftigt Impfindikation**

**Hepatitis-B-Ausbruch  
in einer Gemeinschaft  
Behinderter**

**Leitfaden  
›Impfreaktionen‹  
neu erschienen**

**Ankündigung:  
4. Weltkongress  
Lebensmittelinfektionen  
und -intoxikationen**

**Quartalsstatistik  
ausgewählter  
meldepflichtiger  
Krankheiten III/97**

**7. November 1997**

ROBERT KOCH  
**RKI**  
INSTITUT

## Virushepatitis A und B – Fallberichte bekräftigen spezielle Impfindikationen

### Hepatitis-A-Häufung bei homosexuellen Männern

In einer Berliner Infektionsklinik wurden von Januar bis August 1997 ungewöhnlich häufige Hepatitis-A-Erkrankungen bei homosexuellen Männern beobachtet. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum 71 erwachsene Patienten mit einer Hepatitis A behandelt (65 stationär und 6 ambulant), 64 der Patienten waren Männer. Bei 41 der 64 Männer konnten homosexuelle Kontakte ermittelt werden. In mehreren Fällen wurden gleichzeitig oder später Partnererkrankungen beobachtet. Nur bei 8 der 41 homosexuellen Männer wäre anamnestischen Angaben zufolge eine Infektion während einer Auslandsreise möglich gewesen. Bei 3 Männern bestand außerdem eine HIV-Infektion, die in zwei Fällen schon länger bekannt war.

In der Literatur wird seit Anfang der 80er Jahre über die sexuelle Transmission des Hepatitis-A-Virus (HAV) berichtet. Erkrankungshäufungen bei Homosexuellen sind z. B. in den USA mehrfach beobachtet und publiziert worden.<sup>1-4</sup> In einer 1997 veröffentlichten Studie<sup>5</sup> war die Durchseuchung mit HAV bereits bei 17- bis 22jährigen Homosexuellen (San Francisco) mit 28 % erheblich größer als bei Armeerekruten (8,6 %). Jenseits des 30. Lebensjahres erreicht die HAV-Antikörperprävalenz bei amerikanischen Homosexuellen aus Ballungsräumen 40 %.<sup>6</sup> Safer-Sex-Praktiken minimieren das Risiko einer HIV- bzw. HBV-Infektion. Der mittelbare oder direkte oral-anale Kontakt, der in dieser Hinsicht als »safer« angesehen wird, begünstigt jedoch optimal eine Übertragung von HAV.

Die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) empfiehlt die Hepatitis-A-Impfung für homosexuell aktive Männer.<sup>7</sup> Diesen ist die Gefährdung durch die Hepatitis A – das Risiko eines schweren Verlaufes steigt mit dem Alter an – erfahrungsgemäß nicht so bewußt wie die Gefahr der HBV-Infektion. So war auch die beschriebene Erkrankungshäufung in Berlin Anlaß dafür, homosexuelle Patienten und die bekannten Selbsthilforganisationen speziell über die Gefährdung durch die Hepatitis A, die Übertragungswege und die Möglichkeiten der Prävention zu informieren.

Es ist festzustellen, daß bei homosexuellen Männern weiterhin ein hoher Aufklärungsbedarf hinsichtlich des notwendigen Schutzes – speziell des Impfschutzes – vor Hepatitis A und B besteht. Über eine abgelaufene Hepatitis-B-Erkrankung berichteten nach einer aktuellen Umfrage immerhin noch 16 % der schwulen Männer aus Hamburg, München und Köln, 15 % aus Berlin-West und 12 % aus Berlin-Ost, insgesamt 13 % (50/382).<sup>8</sup> Gegenwärtig kann kostengünstig der verfügbare Kombinationsimpfstoff gegen Hepatitis A und B verwendet werden.

1. Corey L, Holmes KK: Sexual transmission of hepatitis A in homosexual men. *N Engl J Med* 1980; 302: 435–438
2. Henning KJ, Bell E, Braun J, Barker ND: A community-wide outbreak of hepatitis A: risk factors for infection among homosexual and bisexual men. *Am J Med* 1995; 99: 132–136
3. Kosatsky T, Midaugh JP: Linked outbreaks of hepatitis A in homosexual men and in food service patrons and employees. *West J Med* 1986; 144: 307–310
4. Szmuness W, Dienstag JL, Purcell RH, Harley EJ, Stevens CE, Wong DC: Distribution of antibody to hepatitis A antigen in urban adult populations. *N Engl J Med* 1976; 295: 755–759

5. Katz MH, Hsu L, Wong E, Liska S, Anderson L, Janssen RS: Seroprevalence of and risk factors for hepatitis A infection among young homosexual and bisexual men. *J Infect Dis* 1997; 175: 1225–1229
6. Centers for Disease Control: Hepatitis A among homosexual men – United States, Canada, and Australia. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1992; 155: 161–164
7. Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO). *RKI, Epid. Bull.* 15/97: 103
8. Bochow M: Schwule Männer und AIDS – eine Befragung im Auftrag der BZgA 1996. INTERSOFIA, Berlin 1997

Für diesen Bericht danken wir Herrn PD Dr. J.-D. Fengler, II. Innere Abteilung/Infektion, Krankenhaus Prenzlauer Berg, Berlin.

### Hepatitis-B-Ausbruch in einem Werkstättenbetrieb mit Wohnheim für Behinderte

In einem Werkstättenbetrieb mit Wohnheim für behinderte Menschen im Kreis Steinburg (Schleswig-Holstein) sind in den Jahren 1995/96 gehäuft Hepatitis-B-Erkrankungen aufgetreten. Über Beobachtungen, Erfahrungen und Schlußfolgerungen soll hier berichtet werden:

In der betreffenden Werkstatt arbeiten 260 geistig und z.T. mehrfach behinderte Menschen, von denen 100 im dazugehörigen Wohnheim leben. Im Februar 1995 erhielt das Gesundheitsamt Meldungen zu zwei akuten Hepatitis-B-Erkrankungen, die im Wohnheim lebende Personen betrafen. Ein junger Mann, der als Betreuer im Wohnheim arbeitete, befand sich mit einer schweren akuten Hepatitis B im Krankenhaus; einige Tage später wurde eine junge behinderte Frau ebenfalls mit einer akuten Hepatitis B aus dem Wohnheim in das Krankenhaus eingewiesen. Die junge Frau war nicht von dem erkrankten Betreuer versorgt worden. Im Rahmen einer Umgebungsuntersuchung wurden das gesamte Personal der Werkstätte und alle Bewohner des Wohnheimes auf eine Infektion mit dem Hepatitis-B-Virus (HBV) untersucht. Dabei wurden vier weitere gesunde Heimbewohner als Träger des HBV ermittelt.

Das Gesundheitsamt sah in der Impfung gegen Hepatitis B die wirksamste Maßnahme, um eine weitere Ausbreitung der Infektion zu verhindern. So wurde die Impfung für das gesamte Personal und für alle behinderten Menschen im Wohnheim und in der Werkstatt dringend empfohlen. Erst nach längeren Verhandlungen konnte erreicht werden, daß die Leitung der Werkstatt sich bereit erklärte, die Kosten für die Impfung des Personals zu tragen, und die Krankenkassen übernahmen schließlich die Kosten für die Impfung der behinderten Menschen im Wohnheim. Den Empfehlungen des Gesundheitsamtes entsprechend, wurde der größte Teil Behinderten im Wohnheim geimpft. Kontrollen des Impferfolges wurden nur zum Teil durchgeführt. Diejenigen Behinderten, die zu Hause leben und in der Werkstatt lediglich arbeiten, wurden nur in Ausnahmefällen geimpft.

Im Sommer 1996 setzte sich das Hepatitis-B-Geschehen in der Einrichtung fort. Eine junge behinderte Frau, die entsprechend der Empfehlung 3mal gegen Hepatitis B geimpft, bei der aber der Impferfolg nicht serologisch kontrolliert worden war, erkrankte akut. Bei den näheren Kontaktpersonen der jungen Frau, einer Arbeitsgruppe von 12 Mitarbeitern in der Werkstatt, wurde eine Umgebungsuntersuchung durchgeführt. Dabei fanden sich

Zeichen einer Hepatitis-B-Infektion – sowohl Hinweise auf eine abgelaufene Infektion als auch Infektiosität – bei sechs weiteren in der Werkstatt Tätigen.

Die dringliche Forderung des Gesundheitsamtes, auch bei den ambulant in der Werkstatt arbeitenden behinderten Menschen Impfungen gegen Hepatitis B durchzuführen, konnte nur unter Schwierigkeiten realisiert werden; erst nach über drei Monaten konnte mit der Impfung begonnen werden. Die zuständige Krankenkasse erklärte, daß die behinderten Menschen in der Werkstatt Arbeitnehmer im juristischen Sinne seien und daher der Träger der Werkstatt für die Kostenübernahme zuständig sei. Ein Schreiben an das Sozialministerium brachte keine klärende Antwort. Schließlich übernahm der Leiter der Werkstätten die Kosten der Impfungen, die dann vom Betriebsarzt durchgeführt wurden.

Die Infektionswege konnten nicht endgültig geklärt werden. Eine Übertragung durch sexuelle Kontakte scheint nicht völlig ausgeschlossen zu sein. Nach einer Besichtigung der Wohngruppen und Gesprächen mit der Heimleitung wird aber vermutet, daß eine Weiterverbreitung des HBV im Wohnheim über die gemeinsame Benutzung von Hygieneutensilien wie Rasierapparaten, Zahnbürsten und Nagelpfleegeräten erfolgte. Der erkrankte Betreuer, in dessen Gruppe sich drei HBV-Infizierte fanden, gab an, gelegentlich auch bei der Körperpflege (Rasieren und Frisieren) und bei der Versorgung kleiner Wunden behilflich gewesen zu sein. Er berichtete allerdings, daß er dabei immer Handschuhe getragen habe. Er führte auch an, von Heimbewohnern schon gekratzt worden zu sein. – Bei den behinderten Menschen im Werkstattbereich ist die Infektion möglicherweise durch Kratzen, Beißen und Verschmieren von Blut aus Kratzwunden weitergetragen worden.

Diese Beobachtungen unterstreichen, daß HBV-Infektionen in einer Gemeinschaftseinrichtung für geistig und mehrfach behinderte Menschen eine erhebliche Infektionsgefährdung für die Gemeinschaft bedingen. Das HBV ist durch minimale Mengen infektiöser Körperflüssigkeiten (z. B. 0,00001 ml Blut) übertragbar, so daß ggf. auch hohe Verdünnungen infektiös sind. Die Impfempfehlungen der STIKO tragen dieser Gefährdung Rechnung (grundsätzliche Impfindikation für ›Patienten in psychiatrischen Anstalten oder vergleichbaren Fürsorgeeinrichtungen für Zerebralgeschädigte oder Verhaltensgestörte‹ sowie als antiepidemische Maßnahme bei ›Kontakt mit HBsAG-Trägern in Familien und Gemeinschaften‹).

Der Ausbruch führt zu folgenden Schlußfolgerungen:

- Geistig behinderte Menschen und deren Betreuungspersonal in Werkstattbetrieben und Wohnheimen sollten über einen Impfschutz gegen Hepatitis B verfügen. Es scheint sinnvoll, daß die Impfungen bereits in den Schulen für geistig Behinderte durchgeführt werden. Dem Personal in derartigen Einrichtungen ist wegen des hier

erkennbaren berufsbedingt erhöhten Infektionsrisikos die Impfung vom Arbeitgeber anzubieten (UVV VBG 103 bzw. GUV 8.1). – Es ist aus fachlicher Sicht äußerst unbefriedigend, wenn sich die Klärung der Frage der Übernahme der Impfkosten für die

behinderten Menschen über derart lange Zeiträume hinzieht und notwendige Maßnahmen dadurch gefährdet oder verzögert werden. Die Folgen von Erkrankungen sind auch aus finanzieller Sicht wesentlich belastender als eine rechtzeitige Impfung.

- Eine Intensivierung der arbeitsmedizinischen Betreuung in Werkstätten für behinderte Menschen ist wünschenswert, damit Fragen der Hygiene im Werkstättenbereich ausreichend berücksichtigt und die notwendigen Präventionsmaßnahmen optimal geplant werden können.
- Um dafür zu sorgen, daß die Hygieneregeln eingehalten werden und um die Qualität der Betreuung zu sichern, wird in Wohnheimen für geistig und mehrfach behinderte Menschen eine intensive Schulung und Aufklärung des Personals in Fragen des vorbeugenden Infektionsschutzes – speziell der wichtigsten Übertragungsrisiken – für erforderlich gehalten. Dort tätiges medizinisches Personal kann dieses Anliegen wirksam unterstützen.
- Bei jeder Neuaufnahme in eine Werkstätte oder ein Wohnheim für Behinderte sowie bei einer Neueinstellung von Personal sollte auf den heute üblichen Impfschutz und damit auch auf die notwendige Impfung gegen Hepatitis B hingewiesen werden.

*Für die Angaben zu diesem Erkrankungsgeschehen danken wir Frau Dr. Thormählen, Gesundheitsamt des Kreises Steinburg in Itzehoe, und den behandelnden Ärzten in der Einrichtung.*

#### **Leitfaden ›Impfreaktionen‹ in neuer Auflage erschienen**

Das Buch ›Impfreaktionen – Bewertung und Differentialdiagnose‹ von U. Quast, W. Thilo und R. Fescharek (unter Mitarbeit von G. Maass und J. Richter) liegt jetzt in einer überarbeiteten 2. Auflage vor. Es enthält Basiswissen zu Impfstoffen und zur Impfpraxis, behandelt die einzelnen Infektionskrankheiten, gegen die sich die Impfungen richten, und die möglichen Impfreaktionen bzw. Impfkomplicationen. Im Anhang finden sich die aktuellen Impfempfehlungen der STIKO, Rechtsgrundlagen und die von der WHO im Expanded Programme on Immunization (EPI) verwendeten Kontraindikationen für Schutzimpfungen. – Bezug über den Buchhandel (Hippokrates Verlag Stuttgart, 1997; ISBN 3-7773-1255-X, DM 48,-).

#### **Ankündigung: 4. Weltkongress Lebensmittelinfektionen und -intoxikationen**

**Berlin, 7.–12. Juni 1998**

Auskunft: Kongressbüro 4. Weltkongress  
Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin  
Diedersdorfer Weg 1, D-12277 Berlin  
Tel.: +49/30/8412-2158, Fax: +49/30/8412-2957

#### **In eigener Sache:**

##### **Quartalsberichterstattung ›Infektionskrankheiten‹**

Nachdem in der vorigen Ausgabe des Epidemiologischen Bulletins bereits statistische Daten zur Häufigkeit spezieller Infektionskrankheiten in ausgewählten Bundesländern im III. Quartal 1997 publiziert wurden, folgt in dieser Ausgabe die Quartalsstatistik ausgewählter meldepflichtiger Krankheiten. Ein Kommentar zu wichtigen Entwicklungen hierzu sowie Eckdaten zu HIV/AIDS folgen.