

Epidemiologisches *Bulletin*



Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten und Public Health

32/98

G8-Wirtschaftsgipfel 1998 zum Problem der Infektionskrankheiten

Die Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten schließt Aufgaben und Probleme mit einer globalen Dimension ein. Die Staats- und Regierungschefs der führenden Industrienationen haben sich, als sie sich vom 15.–17. Mai 1998 in Birmingham zum Wirtschaftsgipfel trafen, wie in den vergangenen Jahren mit dem Thema Infektionskrankheiten beschäftigt. Dabei ging es vor allem um eine Präzisierung der auf dem Gipfel 1997 in Denver gefaßten Beschlüsse (siehe *Epid. Bull.* 35/97: 241–242). Obwohl die diesbezüglichen Passagen im Abschlußkommuniqué angesichts der umfangreichen anderen Probleme verständlicherweise nur einen kleinen Raum einnehmen, spiegeln sich doch Wertungen wider und gibt es vielfältige Einflüsse auf nationale Aktivitäten.

Im **Kommuniqué der G8**, 1998, wird unter der Überschrift ›Förderung nachhaltigen Wachstums in der Weltwirtschaft‹ u. a. ausgeführt:

››7. Um einen Beitrag zur Verwirklichung dieser Ziele zu leisten, beabsichtigen wir, die in Lyon und Denver entwickelte Version in vollem Umfang umzusetzen. Wir verpflichten uns daher zu gemeinsamen internationalen Anstrengungen, um ... () ...

- die gegenseitige Zusammenarbeit bei der Bekämpfung ansteckender und parasitärer Krankheiten zu verstärken und die Bemühungen der Weltgesundheitsorganisation in diesen Bereichen zu unterstützen. Wir unterstützen die neue Initiative ›Kampf der Malaria‹, um das Leiden von Hunderten von Millionen Menschen zu lindern und die Zahl der Todesfälle durch Malaria bis zum Jahr 2010 beträchtlich zu senken. Wir werden auch Bemühungen um eine Bekämpfung der globalen Geißel AIDS durch die Entwicklung von Impfstoffen, durch Präventionsprogramme, eine geeignete Therapie sowie durch fortgesetzte Unterstützung von UNAIDS fortführen. Wir begrüßen den französischen Vorschlag für eine ›therapeutische Solidaritätsinitiative‹ sowie andere Vorschläge betreffend AIDS-Vorbeugung und -Behandlung und ersuchen unsere Experten, rasch zu prüfen, ob sie in der Praxis umsetzbar sind.‹

Die Bekämpfung von Infektionskrankheiten wird auch aus der Sicht der Bundesrepublik Deutschland als wichtiges globales Gesundheitsthema und wichtiger Bereich der Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitssektor angesehen. Deutschland leistet neben dem Pflichtbeitrag an die WHO noch signifikante Finanzbeiträge zur Unterstützung von WHO-Sonderprogrammen, wie z. B. dem Sonderprogramm für Forschung und Training im Bereich Tropenkrankheiten, dem globalen Tuberkulose-Bekämpfungsprogramm, dem Programm zur Bekämpfung von Durchfall- und Atemwegserkrankungen.

Diese Woche:

Gesundheitspolitik:
G8-Wirtschaftsgipfel
zum Problem der
Infektionskrankheiten

HIV/AIDS:
Zwischenergebnisse der
HIV-Serokonverter-Studie
des RKI

Q-Fieber:
Ausbruch
in Freiburg

Dengue:
Fallbericht
nosokomiale
Infektion

HCV-Infektion:
Ungewöhnlicher
Ausbruch in Spanien

CJK: Hinweis
auf Empfehlungen zur
Krankenversorgung und
Instrumentensterilisation

14. August 1998

ROBERT KOCH
RKI
INSTITUT

Die Prüfung des Vorschlages für einen internationalen AIDS-Therapiefonds ist aufgenommen. Auch die EU-Kommission ist gebeten worden, die Modalitäten eines solchen Fonds zu prüfen.

Zur Vorbereitung des G8-Wirtschaftsgipfels hatten sich bereits die G8-Außenminister sowie die G8-Entwicklungs- und -Gesundheitsexperten (Expertengruppe ›Infektionskrankheiten‹) ebenfalls mit den globalen Aspekten der Bekämpfung der Infektionskrankheiten befaßt und dazu Positionen erarbeitet, die hier ebenfalls kurz vorgestellt werden sollen:

Beim Treffen der **G8-Entwicklungsexperten** wurde am 10. März 1998 die Bedeutung der Bekämpfung von Infektionskrankheiten, insbesondere der Malaria und anderer durch Parasiten übertragbarer Krankheiten, betont. Die Entwicklungsexperten unterstützen die Bemühungen der WHO, 1998 eine neue Initiative zur Reduzierung der Malaria-Erkrankungen mit dem Ziel einer Halbierung bis 2010 und erneut zwischen 2010 und 2015 zu initiieren. Die WHO wird ermutigt, eine Koalition von Staaten, multilateralen Institutionen, Weltbank, Entwicklungsbanken, Institutionen des Privatsektors und der Forschung anzuführen, um die verfügbaren Ressourcen möglichst effizient für die Bekämpfung der Malaria und anderer Infektionskrankheiten zu nutzen.

Die **G8-Außenminister** kamen bei ihrem Treffen am 8. und 9. Mai 1998 in London unter der Überschrift ›Ansteckende Krankheiten‹ zu folgenden Schlußfolgerungen:

››29. Die Auswirkungen ansteckender und parasitärer Krankheiten geben weiterhin Anlaß zu Besorgnis. Die G8 verpflichten sich, den Staaten zu helfen, dieser Herausforderung zu begegnen, indem beispielsweise die nationalen Gesundheitsdienste gestärkt, die Überwachungskapazität verbessert, die Strategien zur Verringerung der Gefahr einer Resistenzbildung von Bakterien gegen Medikamente durch geeignete Art und Weise des Medikamenteneinsatzes erarbeitet, alternative Interventionsmaßnahmen entwickelt und die Abwehrkräfte der Kinder gegen Krankheiten durch eine angemessene Anreicherung von Lebensmitteln mit Mikronährstoffen erhöht werden. Fachleute aus den G8-Staaten und der WHO werden in diesem Monat zusammenkommen, um über die derzeit weltweit bestehenden Überwachungssysteme Bilanz zu ziehen und Möglichkeiten zu prüfen, wie die WHO bei der Entwicklung globaler Überwachungsnetze unterstützt werden kann.«

››30. Erneut nehmen wir mit Sorge die Schätzungen von UNAIDS zur Kenntnis, derzufolge gegenwärtig mehr als 30 Millionen Menschen mit HIV/AIDS infiziert sind. Präventionsmaßnahmen kommt weiterhin prioritäre Bedeutung zu. Wir werden unsere Zusammenarbeit mit den Ländern fortsetzen, die die größte Last in bezug auf diese Krankheit tragen, damit kostengünstige Mechanismen entwickelt und verbreitet werden, mit denen die Rate der HIV-Infektionen und das dadurch verursachte Leid verringert werden können. Letztendlich ist und bleibt das Ziel ein Impfstoff, und die G8 wird die wissenschaftliche Zusammenarbeit bei der Entwicklung eines wirksamen und erschwinglichen Impfstoffs fortführen.«

Bezüglich der Anreicherung von Lebensmitteln mit zusätzlichen Nährstoffen gilt für die deutsche Bevölkerung, daß die Stärkung der Abwehrkräfte von Kindern gegen Krankheiten durch undifferenzierte Anreicherung von Lebensmitteln mit Mikronährstoffen wenig sinnvoll erscheint. Eine ausreichende und vor allem ausgewogene Ernährung wird als wichtigste Grundvoraussetzung für ein funktionierendes Abwehrsystem angesehen. Zusätzlich werden speziell für Säuglinge und Kleinkinder bestimmte Lebensmittel (diätetische Lebensmittel) angeboten, die die besonderen Ernährungsanforderungen dieser Verbrauchergruppe umfassend berücksichtigen und hinsichtlich ihrer Zusammensetzung eine Versorgung mit allen notwendigen Nährstoffen – auch Mikronährstoffen – gewährleisten. Um bestimmten Mangelzuständen entgegenzuwirken, bieten sich darüber hinaus bestimmte Nahrungsergänzungsmittel an, die im Einzelfall und kontrolliert neben der üblichen Nahrung verabreicht werden können.

Die **G8-Expertengruppe ›Infektionskrankheiten‹** tagte erstmals am 11.5.1998 in Genf. Die Experten stellten übereinstimmend fest, daß die Überwachung von Infektionskrankheiten deutlich verbessert wurde. Als Beispiel wurde das Vorgehen bei der asiatischen ›Vogelgrippe‹ (Influenzavirusstämme A/H5N1) genannt. Diese Erfolge sollten weiter ausgebaut werden. Auf dieser Tagung wurde u. a. von Kanada der Prototyp eines globalen Informations- und Frühwarnsystems vorgestellt, welches demnächst in die Erprobung geht.

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (Referat 325). – Der vollständige Text ist veröffentlicht vom Presse- und Informationsamt der Bundesregierung im Bulletin Nr. 38, S. 473, in der Ausgabe vom 04.06.1998.

Langzeitbeobachtung von Probanden mit bekanntem Zeitpunkt der HIV-Serokonversion Zwischenbericht zur HIV-Serokonverter-Studie des RKI

Im Frühjahr 1997 war im Robert Koch-Institut im Rahmen eines durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderten Forschungsprogrammes eine Studie gestartet worden, in der Daten zum Krankheitsverlauf von Personen, bei denen der Zeitpunkt der Serokonversion bekannt ist – sog. ›HIV-Serokonverter‹ – gesammelt und analysiert werden sollten (s. a. *Epid. Bull.* 23/97: 157). Nachdem die Studie nun ein

Jahr durchgeführt wurde, soll erneut auf das Vorhaben aufmerksam gemacht, zur weiteren aktiven Beteiligung aufgefordert und über erste Ergebnisse berichtet werden.

Anliegen der Studie: Der genaue Infektionszeitpunkt ist für die überwiegende Zahl der HIV-Infizierten nicht bekannt, die Inkubations- bzw. Überlebenszeit ist deshalb nur grob abschätzbar. Durch die Erfassung derjenigen HIV-Infizierten,

bei denen der Zeitpunkt der Serokonversion bekannt ist oder auf einen bestimmten Zeitraum eingegrenzt werden kann, ergibt sich die Möglichkeit, Langzeitbeobachtungen hinsichtlich des Verlaufs der Inkubationszeit für ein deutsches Studienkollektiv durchzuführen. Als »Serokonverter« werden im Rahmen dieser Studie die Patienten bezeichnet, bei denen der letzte negative HIV-Test nicht länger als drei Jahre vor dem ersten positiven Test durchgeführt wurde oder bei denen auf Grund definierter Laborparameter eine akute HIV-Infektion festgestellt wurde.

Die HIV-Infektion ist gekennzeichnet durch einen chronischen Infektionsverlauf mit individuell sehr unterschiedlicher Dauer vom Zeitpunkt der Infektion bis zum Auftreten AIDS-definierender Krankheitssymptome und bis zum Tod. Für das Verständnis des natürlichen Krankheitsverlaufes, die Beurteilung der zukünftigen Entwicklung der HIV/AIDS-Epidemie und die Evaluation von neuen Therapien ist es von großer Bedeutung, die entsprechenden Einflußfaktoren und das Ausmaß von Änderungen durch bestimmte Faktoren zu erkennen. So sind z. B. die Einführung neuer Therapien in den letzten Jahren, eventuell aber auch das Auftreten neuer Virusvarianten Einflußgrößen, die eine Veränderung der Verteilung der Inkubations- bzw. Überlebenszeiten bedingen könnten und deren Untersuchung daher wesentlich ist.

Organisatorisches: Die Dokumentation der Patientendaten erfolgt auf einem kurzen Erhebungsbogen. Neben demographischen Angaben werden insbesondere Angaben zur HIV-Subtypisierung, zum Infektionsweg, zum letzten negativen sowie ersten positiven HIV-Test, zur CD4-Zellzahl, zur Viruslast, zu AIDS-definierenden Erkrankungen (ggf. zum tödlichen Ausgang) sowie Angaben zu Therapie und Prophylaxe erfaßt. Die Informationen über den Verlauf der HIV-Krankheit sollen mindestens in jährlichem Abstand aktualisiert werden, dazu stehen Follow-up-Erhebungsbögen zur Verfügung.

Parallel zur Datenerhebung wird bei allen Studienteilnehmern mindestens in jährlichem Abstand eine Blutprobe für spätere Untersuchungen in einer zentralen Serumbank asserviert. Zur Zeit werden Seren von Studienteilnehmern mit einem Serokonversionszeitpunkt nach dem 1.1.96 dem Nationalen Referenzzentrum für Retroviren an der Universität Erlangen-Nürnberg in Erlangen zur phänotypischen Bestimmung auf Resistenzen gegen Reverse Transkriptase und Proteasehemmer zur Verfügung gestellt. Die Verbreitung von Resistenzen insbesondere in Abhängigkeit vom HIV-Subtyp gewinnt im Zusammenhang mit der Therapie immer mehr an Interesse.

Zur Zeit stellen die in den größeren Behandlungszentren bereits dokumentierten Krankheitsverläufe die Hauptdatenbasis der Studie dar. Daten von HIV-Infizierten aus allen Behandlungseinrichtungen können fortlaufend in die Studie aufgenommen werden.

Zu bisherigen Ergebnissen: Von Juli 1997 bis Juli 1998 konnten 463 HIV-Infizierte aus 32 Klinikabteilungen bzw. von niedergelassenen Ärzten in die Studie aufgenommen werden. Das Studienkollektiv setzt sich aus 409

Männern (88 %) und 54 Frauen (12 %) zusammen. Die Verteilung der Angaben zu den wahrscheinlichen Infektionswegen enthält Tabelle 1. Wie im AIDS-Fallregister und bei den nach der Laborberichtsverordnung erhobenen Daten überwiegt auch in diesem Studienkollektiv bei den erkennbaren Infektionswegen der Anteil derer, die sich über homosexuelle Kontakte infizierten (71 %), deutlich.

Risiko	Anzahl	Prozent
homosexuelle Kontakte	327	71
IVDA	62	13
heterosexuelle Kontakte	61	13
Herkunft aus Hochprävalenzgebiet	13	3

Tab. 1 Verteilung der wahrscheinlichen Infektionswege, N = 463

Die Infektionszeitpunkte der Teilnehmer waren annähernd gleichmäßig über die letzten 12 Jahre verteilt (Abb. 1). Von einem Teil der gemeldeten Fälle konnten bereits retrospektiv Daten zu Diagnosen, Laborwerten und Medikation aufgenommen werden. Es ergab sich ein Gesamtbeobachtungszeitraum von 1.779 Personenjahren (Summe aller Einzelbeobachtungszeiten). Die mittlere Beobachtungszeit (Median) betrug 3,0 Jahre, die maximale Beobachtungszeit lag bei 12,9 Jahren. Insgesamt wurden die Teilnehmer zu 2.365 Untersuchungszeitpunkten (Laboruntersuchungen) vorgestellt. Im Mittel wurde jeder Teilnehmer 5,1mal gesehen (Minimum einmal, Maximum 24mal).

Bis Juli 1998 sind 101 Studienteilnehmer mit einer AIDS-definierenden Erkrankung und 23 Teilnehmer als verstorben gemeldet worden. Bei den ersten vorläufigen Analysen betrug die Zeit bis zur AIDS-Manifestation im Mittel 8,6 Jahre; 95%-Konfidenzintervall: 6,6–10,6 Jahre (Abb. 2).

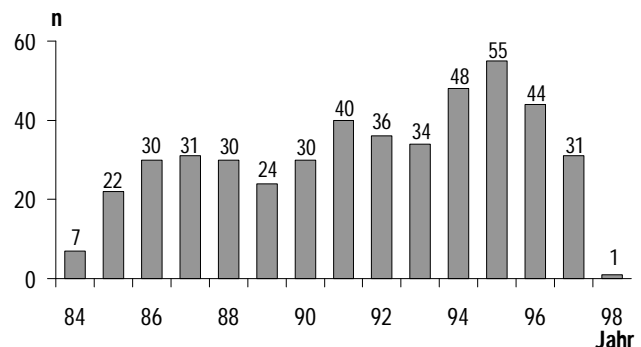


Abb. 1 Verteilung der Teilnehmer nach dem Jahr der Infektion, N = 463

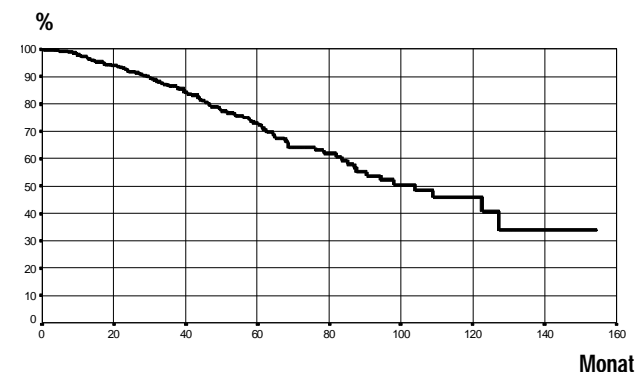


Abb. 2 Zeitdauer von der Serokonversion bis zur AIDS-Manifestation

Eine entscheidende Frage ist, inwieweit sich an Hand der Daten dieser Studie bestätigen läßt, daß veränderte Therapieschemata zu längeren Lebenszeiten bei HIV-Infizierten und AIDS-Kranken führen. Es wird einer der Schwerpunkte der Studie in der kommenden Zeit sein, Beiträge zur Beantwortung dieser Frage zu liefern. Wegen der noch kurzen Studiendauer und der kleinen Fallzahlen ist zum jetzigen Zeitpunkt ein Trend im Zeitverlauf bezüglich der Dauer bis zur AIDS-Manifestation oder bis zum Tod für verschiedene Infektionszeitpunkte noch nicht zu beurteilen. Analysen einer vergleichbaren englischen Studie fanden keine signifikanten Unterschiede im Zeitraum 1983–1994 (UK Register of HIV Seroconverters Steering Committee: The AIDS incubation period in the UK estimated from a national register of HIV seroconverters. *AIDS* 1998, 12: 659–667).

Analysen zum Krankheitsverlauf bei Patienten mit unterschiedlichen **HIV-Subtypen** stellen zukünftig ebenfalls einen wesentlichen Bestandteil der Studie dar. Bis heute liegen Seren von 206 Teilnehmern zur HIV-Subtypisierung in der Serumbank vor, von denen zunächst die Seren von 50 Teilnehmern untersucht wurden. Bei jeweils einem Teilnehmer wurden die Subtypen A und E sequenziert, bei dem Rest Subtyp B. Die vorläufigen Ergebnisse bestätigen die retrospektive multizentrische Studie »Biologische Eigenschaften und Verbreitung von HIV-1-Subtypen in der Bundesrepublik Deutschland« (Veröffentlichung in Vor-

bereitung). Hier wurden 1.624 Seren von HIV-positiven Probanden aus den Jahren 1985, 1990, 1995 subtypisiert und ein eindeutiges Überwiegen des Subtyps B wurde festgestellt. – Blutproben von Teilnehmern, die vor Therapiebeginn gewonnen wurden, werden zusätzlich geno- und phänotypisch auf Resistenzen untersucht. Die Ergebnisse hierzu stehen noch aus.

Studien mit HIV-Serokonvertern sind bereits in mehreren europäischen Ländern etabliert. Die Daten der einzelnen nationalen Studien fließen in eine europäische Studie (Concerted action on seroconversion to AIDS and death in Europe, CASCADE) ein. Durch eine höhere Zahl von Studienteilnehmern kann die Qualität der Daten und die Aussagekraft entscheidend verbessert werden. Auch aus diesem Grund wird die Bitte um Mitarbeit, speziell das Bereitstellen ausgewählter (anonymisierter) Daten, an alle Ärzte gerichtet, die Patienten mit einer »frischen« HIV-Infektion diagnostizieren oder auch Patienten mit einem bekannten Infektionszeitpunkt betreuen. Besonders angesprochen werden Schwerpunktpraxen, klinische Behandlungszentren und Laboratorien sowie die mit uns bereits im Rahmen der HIV-Meßstellenstudie kooperierenden Ärzte.

Weitere Informationen und Erhebungsbögen sind erhältlich bei: Frau Dr. med. Monika Brunn, Robert Koch-Institut, Fachgebiet Infektions-epidemiologie, Stresemannstraße 90–102, 10963 Berlin; Tel.: 030/4547-3427, Fax: 030/4547-3511, E-Mail: brunnm@rki.de

Q-Fieber-Ausbruch in Freiburg

Nach sporadischen Erkrankungen an Q-Fieber im Februar 1998 ist es in der Zeit zwischen dem 10. April und Mitte Juli im Stadtkreis Freiburg zu einer Häufung von Erkrankungen an Q-Fieber gekommen. Dem Gesundheitsamt Freiburg wurden bis zum 6.8.98 insgesamt 72 Erkrankungsfälle sowie weitere bislang nicht serologisch bestätigte Verdachtsfälle gemeldet. Die überwiegende Mehrzahl der Erkrankungen betraf Personen, die in der Nähe eines Flugplatzgeländes, auf dem eine Schafherde weidete, wohnen, arbeiten oder dort Freizeitaktivitäten nachgehen. Der Gipfel der Epidemiekurve fällt in Übereinstimmung mit der Inkubationszeit in einen Zeitraum zwischen 2 und 3 Wochen nach der Schafschur, die in der Zeit zwischen dem 8. und 20. Mai 1998 auf dem Flugplatzgelände erfolgte.

Die zur Zeit der Schafschur vorherrschende nordöstliche Windrichtung ist für diese Gegend untypisch. Sie weist auf die Möglichkeit einer Verschleppung der an Wollresten oder an kontaminiertem Staub haftenden Erreger

(*Coxiella burnetii*) in das betroffene Wohngebiet im Südwesten des Standorts der Schafherde hin. Unmittelbar nach Bekanntwerden der ersten acht serologisch bestätigten Q-Fieber-Erkrankungen wurde ein auf dem Gelände in Vorbereitung befindlicher Flohmarkt abgesagt. Das Gesundheitsamt Freiburg führt zusammen mit dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg und dem Robert Koch-Institut eine Fall-Kontroll-Studie sowie weitere Untersuchungen unter Beteiligung der niedergelassenen Ärzte durch. Eingeschlossen ist das Angebot einer kostenfreien serologischen Abklärung bislang unklarer Infektionen bei Einwohnern des Stadtteils. Über das Ergebnis der Studie und der Untersuchungen wird nach deren Abschluß berichtet.

Wir danken Herrn Dr. H. Steinitz und Frau Dr. S. Maaßen, Landratsamt Breisgau-Hochschwarzwald, sowie Herrn Dr. G. Pfaff, Frau Dr. I. Zöllner und Herrn Prof. Dr. Dr. P. Kimmig, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, für diesen ersten Bericht zu dem aktuellen Geschehen.

Fallbericht: Nosokomiale Dengue-Infektion nach Nadelstichverletzung

Eine 26jährige Patientin wurde nach einer Reise an die Elfenbeinküste in einem französischen Krankenhaus wegen einer unklaren fieberhaften Erkrankung behandelt. Es handelte sich um eine mit atypischen Symptomen einhergehende Dengue-Infektion, die zu diesem Zeitpunkt noch nicht als solche erkannt war. Als eine Krankenschwester der Patientin Blut abnahm, verletzte sie sich mit der blutigen Nadel. Aus experimentellen Untersuchungen ist be-

kannt, daß die Virämie etwa mit der Dauer des Fiebers korreliert. Die Verletzung erfolgte am 6. Krankheitstag, die infizierende Patientin, bei der es sich um eine Erstinfektion handelte, war noch febril. Nach 8 Tagen entwickelten sich bei der Schwester Krankheitserscheinungen: Schüttelfrost, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, Fieber und Appetitlosigkeit; nach 16 Tagen trat ein juckender Hautausschlag an Händen und Füßen auf. –

Eine Dengue-Infektion (Dengue-Virus Typ 2), die inzwischen auch bei der Ausgangspatientin bestätigt worden war, konnte serologisch nachgewiesen werden (Centre de Référence des fièvres hémorragiques virales, Paris). Sowohl die Patientin als auch die Krankenschwester erholten sich innerhalb von 20 Tagen von der Erkrankung, ohne daß es zu hämorrhagischen Komplikationen kam.

Dengue-Viren werden durch Stechmücken der Spezies *Aedes aegypti* und nicht direkt von Mensch zu Mensch übertragen. Da jedoch die Krankenschwester Europa nie verlassen hat und Dengue-Fieber in Europa nicht vorkommt, handelt es sich um den seltenen und bisher offenbar noch nicht beschriebenen Fall einer nosokomialen Dengue-Infektion.

Dengue-Fieber tritt in den Tropen und Subtropen z. T. im Rahmen ausgedehnter Epidemien in Erscheinung, z. B. in Südostasien und Südamerika. Die WHO schätzt, daß weltweit in mehr als 100 Ländern jährlich über 3 Millionen Erkrankungen an Dengue und Dengue-hämorrhagischem Fieber auftreten, von denen mehr als 100.000 tödlich enden. Nach einer Einschätzung von Untersuchern, die in Deutschland eine Diagnostik des Dengue-Fiebers durchführen, dürften gegenwärtig pro Jahr etwa 1.000 Infektionen nach Deutschland eingeschleppt werden.¹ Die Zahl der diagnostischen Anforderungen steigt.

¹ Prof. Dr. H. Schmitz, Bernhard-Nocht-Institut Hamburg, persönl. Mitteilung

Quellen: De Wazières B, Helder G, Vuitton DA, Dupond J-L: Nosocomial transmission of dengue from a needlestick injury. *Lancet* 1998; 351: 498; DVV: Infektion & Prävention 1998; 3: 3-4

Fallbericht: Ungewöhnlicher Hepatitis-C-Ausbruch in Spanien aufgeklärt

Kürzlich erregte die Bekanntgabe von Einzelheiten zu einem in Spanien aufgeklärten Hepatitis-C-Ausbruch Aufsehen. Am 28. April 1998 erklärten Vertreter der Gesundheitsbehörde in Valencia, daß bisher 217 Personen, die während des vergangenen Jahres in einem von zwei Krankenhäusern in Valencia operiert worden waren, ausgehend von einer einheitlichen Quelle mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) infiziert worden sind. Als diese Quelle wird ein Anästhesist angesehen, der über einen Zeitraum von 5 Jahren an den beiden Krankenhäusern, einem staatlich geleiteten und einem privaten Krankenhaus, gearbeitet hatte. Der Anästhesist ist selbst HCV-infiziert und weist das gleiche HCV-Genom wie die infizierten Patienten auf.

Es wurde bekannt, daß dieser Anästhesist seit einigen Jahren morphiumabhängig ist. Nach den Ergebnissen der Ermittlung hat er sich selbst einen Teil eines vor der Operation zu injizierenden opiumhaltigen Schmerzmittels gespritzt, bevor er es mit derselben Spritze und Kanüle den Patienten gab. Einer Reihe von Mitarbeitern in beiden Krankenhäusern war die Morphiumsucht des Kollegen bekannt. Nachträglich wurde festgestellt, daß er

zuvor seine Tätigkeit an einem anderen Krankenhaus der Stadt beenden mußte, als er Unterschriften gefälscht hatte, um Opiumpräparate von der Arzneimittelvergabe-stelle zu erhalten.

Der Leiter der Gesundheitsbehörde teilte mit, daß die ungefähr 2.000 Patienten, die von dem Anästhesisten in den vergangenen drei Jahren behandelt worden sind, innerhalb der nächsten Wochen auf HCV untersucht werden. An einem endgültigen Bericht über diesen Ausbruch wird noch gearbeitet, er wird dann dem zuständigen Gericht übergeben. Bisher sind durch die Gesundheitsbehörde zunächst berufsrechtliche Maßnahmen gegen sieben Kollegen des Anästhesisten eingeleitet worden, weil diese das praktizierte Verfahren offensichtlich still geduldet und wider besseren Wissens nicht auf die Vorkommnisse aufmerksam gemacht hatten. Die Gründe für das Schweigen sind noch ungeklärt. So konnten auch die Untersuchungen der Gesundheitsbehörden nicht vor dem 20. März begonnen werden, obwohl es seit Anfang Februar konkrete Hinweise auf diesen Ausbruch gab.

Quelle: Bosch X: Hepatitis C outbreak astounds Spain. *Lancet* 1998; 351: 1415

Empfehlungen zur Krankenversorgung und Instrumentensterilisation bei CJK-Patienten und CJK-Verdachtsfällen

Bedingt durch das Auftreten einer neuen Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (nvCJK), die nach dem jetzigen Kenntnisstand vermutlich durch orale Aufnahme des Erregers der Bovinen Spongiformen Enzephalopathie (BSE) übertragen wird, werden verstärkt Fragen der Übertragbarkeit der klassischen Form der CJK diskutiert. In einer Reihe von Stellungnahmen haben sich Expertengremien zur Frage der Übertragbarkeit durch Blut und Blutprodukte,¹ zur Desinfektion und Sterilisation von Instrumenten, die bei Operationen am Gehirn von Patienten mit Verdacht auf CJK verwendet wurden,² und zur Sektion und dem Umgang mit Gehirnmateriale von CJK-Verdachtsfällen in der Pathologie³ geäußert.

In einer im Dezember 1997 vom Robert Koch-Institut organisierten Expertenrunde wurden Fragen der Sterilisation und Desinfektion von Instrumenten und notwendige Schutzmaßnahmen bei der Krankenversorgung beraten. Die Ergebnisse, die den erreichten Stand der Erkenntnisse repräsentieren, wurden in der kürzlich erschienenen Juli-Ausgabe des Bundesgesundheitsblattes publiziert und sind geeignet, in diesem Zusammenhang häufig gestellte Fragen zu beantworten und Unsicherheiten zu beseitigen.⁴

1. Arbeitskreis Blut, Untergruppe »Bewertung Blut-assoziiierter Krankheitserreger: Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung (CJK) bzw. humane übertragbare (transmissible) spongiforme Enzephalopathien (TSE). Bundesgesundhbl 2/98; 41: 78-78
2. Desinfektion und Sterilisation von chirurgischen Instrumenten bei Verdacht auf Creutzfeldt-Jakob-Erkrankungen. Bundesgesundhbl 8/96; 39: 282-283
3. Budka H, Aguzzi A, Brown P et al.: Consensus report: Tissue handling in suspected Creutzfeldt-Jakob disease (CJD) and other human spongiform encephalopathies (prion diseases). *Brain Pathol* 1995; 5: 319-322
4. Simon D, Pauli G: Krankenversorgung und Instrumentensterilisation bei CJK-Patienten und CJK-Verdachtsfällen. Bundesgesundheitsblatt 7/98; 41: 279-288