



Epidemiologisches Bulletin

21. Juli 2000 / Nr. 29

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten im Jahr 1999

Teil 3: Importierte Infektionskrankheiten

Zunehmender Reiseverkehr und ständig wachsende internationale Verflechtungen auf den verschiedensten Gebieten haben die Gefahr einer Einschleppung von Infektionskrankheiten nach Deutschland deutlich ansteigen lassen. So haben importierte Infektionskrankheiten heute sowohl quantitativ als auch qualitativ eine besondere Bedeutung erlangt. Die Mehrzahl dieser Importe ereignet sich im Zusammenhang mit Auslandsreisen oder der Einreise infizierter Ausländer, daneben kann der Import kontaminierter Lebensmittel oder infizierter Nutztiere eine Rolle spielen. Eine Reihe von Krankheiten, die ehemals in Deutschland in großer Fallzahl auftraten (wie beispielsweise Typhus, Paratyphus oder die Shigellose), sind heute überwiegend ›Importe‹.

Auf der Grundlage des bisherigen Meldesystems konnte die Kategorie ›importierte Infektionskrankheiten‹ nur ungenügend erfasst bzw. das Merkmal ›importiert‹ nur ungenügend zugeordnet werden. Im Folgenden wird über reiseassoziierte Krankheiten berichtet, die auf der Grundlage der Meldepflicht gemäß BSeuchG 1999 in Deutschland erfasst wurden. Es handelt sich einerseits um Angaben aus der Meldestatistik und andererseits um Ergebnisse zusätzlicher Einzelfallerhebungen, die für einige wichtige Krankheiten im Zusammenwirken der Gesundheitsämter und des Robert Koch-Instituts durchgeführt wurden.

Malaria

Unter den reisebedingten Erkrankungen, die in Deutschland erfasst werden, hat die Malaria einen besonderen Stellenwert. Gründe dafür sind der teilweise schwere Verlauf der einzelnen Erkrankungen, die relative Häufigkeit der Einschleppung nach Deutschland, die Tatsache der Vermeidbarkeit durch prophylaktische Maßnahmen und – im Gegensatz zu den viralen hämorrhagischen Fiebern – die Möglichkeit der spezifischen Therapie.

Im Jahr 1999 wurden nach den vorläufigen Zahlen 918 Erkrankungen durch ärztliche Meldung erfasst, 1998 waren es 1.008 Erkrankungen (Abb. 1). Erfahrungsgemäß wird sich die endgültige Zahl für 1999 noch etwas erhöhen, so dass eine ähnlich hohe Zahl an Erkrankungen wie im Jahr 1998 resultieren könnte. Es ist von einer Untererfassung auszugehen, doch wird die Erfassung

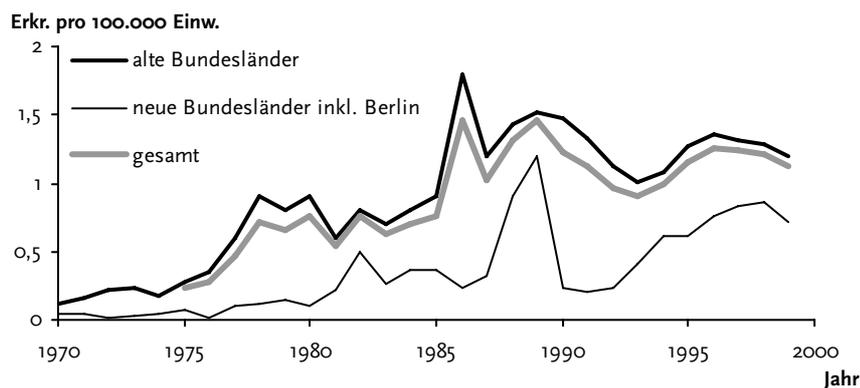


Abb. 1 Gemeldete Malaria in Deutschland: Inzidenzraten 1970–1999 (1999 vorläufig)

Diese Woche

29/2000

Wichtige Infektionskrankheiten in Deutschland Jahresbericht 1999 Teil 3: Importierte Infektionskrankheiten

- ▶ Malaria
- ▶ Brucellose
- ▶ Cholera
- ▶ Gelbfieber
- ▶ Lepra
- ▶ Shigellose
- ▶ Trichinellose
- ▶ Typhus/Paratyphus

Scabies (Krätze):

Merkblatt für Ärzte erschienen



als etwas günstiger als bei verschiedenen anderen meldepflichtigen Krankheiten eingeschätzt. In der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes, die unter der Hauptdiagnose ›Malaria‹ (bisher nach ICD-9 verschlüsselt) in einem Krankenhaus behandelte Malariafälle ausweist, wurden bis 1997 jährlich um 2.000 Malaria-Erkrankungen angegeben (1997: 2.091). Bei dieser Statistik ist eine Untererfassung leichterer Erkrankungen sowie eine Überschätzung seltenerer Krankheiten – wie der Malaria – zu erwarten. Die Fallzahl der Krankenhausstatistik, die für 1998 und 1999 noch nicht vorliegt, kommt aber der tatsächlichen Morbidität möglicherweise recht nahe.

Bezüglich der Struktur der Morbidität existiert für die Malaria – im Vergleich zu anderen Krankheiten, wie beispielsweise Hepatitis A – eine relativ gute Datenlage. Durch Sondererhebungen werden bei der Malaria schon seit vielen Jahren Einzelfalldaten anhand spezieller Bögen erfasst. Für eine große Zahl der gemeldeten Erkrankungen liegen Erfassungsbögen zum Einzelfall vor. 1999 waren es 871 Bögen (95% der gemeldeten Fälle), die für eine Auswertung zur Verfügung standen. Die folgenden Darstellungen beruhen auf Analysen der auf diesen Bögen dokumentierten Angaben.

Alter, Geschlecht und Nationalität der Erkrankten: Wie schon in den Vorjahren, waren auch 1999 vorwiegend junge Erwachsene von Malaria-Erkrankungen betroffen: 25- bis 44-jährige hatten einen Anteil von 58%, 25- bis 34-jährige von 30%, 35- bis 44-jährige waren in 28% der Fälle betroffen. Unter den Erkrankten befanden sich auch 1999 einige Kleinkinder (2,2%) sowie Personen im fortgeschrittenen Alter (1 Person >75 Jahre). Damit ergab sich im Wesentlichen eine Altersverteilung, wie sie auch in den Vorjahren beobachtet wurde (1998: >25 bis 44 Jahre: 55%). Ebenso ergaben sich in der Verteilung nach dem Geschlecht der Erkrankten keine Veränderungen im Vergleich zu den Vorjahren. Es dominieren weiterhin Erkrankungen bei Männern (1999: 69%, 1998: 68%). Auf der Basis der langjährigen Datenanalyse lässt sich schlussfolgern, dass die Alters- und Geschlechtsverteilung der Erkrankungsfälle an Malaria überwiegend die entsprechende Struktur der Population der Reisenden und Immigranten widerspiegelt.

Im Jahr 1999 betrug der Anteil der Deutschen an nach Deutschland importierten Malaria-Erkrankungen 60% (1998: 69%). Seit 1993 lag der Anteil, den die deutschen Bürger an der Gesamtzahl der Erkrankungen in den einzelnen Jahren hatten, zwischen 61 und 69%. Die Malaria-Erkrankungen wurden bei Reisen erworben, die unterschiedlich lange andauerten und die aus unterschiedlichen Gründen unternommen wurden. Ausländische Bürger hatten einen entsprechenden Anteil an der Gesamtzahl der Malaria-Fälle, der in den Jahren seit 1993 insgesamt etwa bei einem Drittel aller Fälle lag (36%).

Reiseland und Plasmodienspezies: Auch 1999 wurde der weitaus größte Teil der Malaria-Erkrankungen in Afrika erworben (80%), gefolgt von Asien (8,5%), Amerika (5,2%) und Ozeanien (1,5%); bei 4,8% fehlen die Angaben. An der

Spitze der Länder, in denen die Infektionen erfolgten, lagen Kenia (122 Fälle), Ghana (117 Fälle) und Gambia (66 Fälle) vor Nigeria (58 Fälle) und Kamerun (37 Fälle). Besondere Aufmerksamkeit erregten 1999 und in den ersten Wochen des laufenden Jahres Malaria-Erkrankungen, deren Ursprung in der Dominikanischen Republik lag. Wurden 1997 2 Fälle und 1998 8 Erkrankungen nach Rückkehr aus der Dominikanischen Republik registriert, waren es 1999 insgesamt 21 Erkrankungen, davon eine mit einem tödlichen Verlauf. (Bei der Erfassung dieser Fälle bewährte sich neben dem Meldesystem auch das Surveillance-System TropNetEurop.) Das vermehrte Auftreten von Malaria-Fällen nach Reisen in dieses Land – nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen europäischen und amerikanischen Staaten – kennzeichnet die Sensibilität einer Region, in der die Malaria ursprünglich endemisch war, dann ausgerottet werden konnte und jetzt durch eine Bevölkerungsfuktuation mit hoher Parasitenprävalenz wieder endemisch zu werden drohte. Durch die eingeleiteten Gegenmaßnahmen hat sich die für Touristen zeitweilig aufgetretene Infektionsgefahr wieder reduziert (s.a. *Epid. Bull.* 19/2000: 155).

Malaria-Erkrankungen, die ihren Ursprung in Afrika hatten, wurden zu 87% durch *Plasmodium (Pl.) falciparum* verursacht. Insgesamt hatten im Jahr 1999 Infektionen durch *Pl. falciparum* einen Anteil von 80%, *Pl. vivax* von 12%, *Pl. ovale* von 2%, *Pl. malariae* von 1% und Mischinfektionen von 3% (2% ohne Angabe). Damit hat die besonders ernst zu nehmende Malaria tropica 1999 – im Vergleich zu den Vorjahren – den bisher höchsten Anteil erreicht (Abb. 2 zeigt die Verteilung von 1993 bis 1999).

Alle für das Jahr 1999 im RKI registrierten Erkrankungen an Malaria kamen nach Reisen bzw. Aufenthalt in Endemiegebieten zustande. Die Erkrankung eines Reisenden, der auf dem Luftwege aus den USA zurückkehrte, wurde nach Werten aller Umstände als Flughafen-Malaria eingestuft (s. *Epid. Bull.* 37/99: 274).

Reisedauer/Zweck der Reise: Ein großer Teil der an Malaria Erkrankten verbrachte nur eine relativ kurze Zeit im Endemiegebiet. 69% der Patienten hielten sich 1 bis 4 Wochen dort auf (1998: 64%). Wie in allen Vorjahren auch, stellten

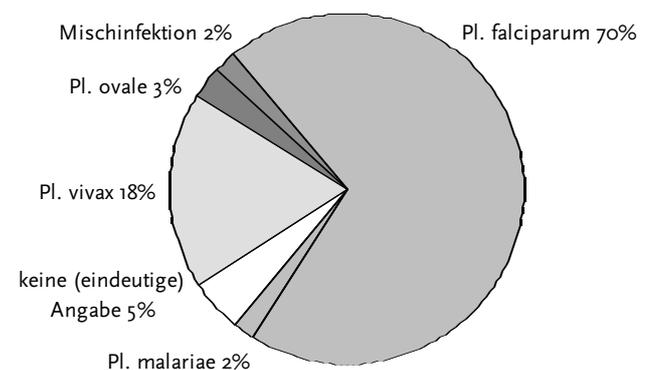


Abb. 2 Gemeldete Malaria in Deutschland 1993–1999 nach Erregerspezies (n=5.751)

Urlauber den größten Teil der Erkrankten. 72 % der Deutschen waren auf Urlaubs- bzw. Studienreisen (1998: 80 %, 1997: 75 %). 17 % erkrankten im Rahmen beruflicher Tätigkeit im Ausland an Malaria (1998: 16 %, 1997: 18 %). Seeleute bzw. Angehörige des Flugpersonals erkrankten 1999 häufiger als in früheren Jahren (11 Fälle; 1998: 3, 1997: 2 Fälle). Auch bei Pilgern traten 1999 Fälle an Malaria auf: Betroffen waren 2 Deutsche nach Aufenthalt in Indien bzw. Simbabwe und ein Bürger Sudans nach einer Pilgerreise in den Sudan.

Nicht für alle erkrankten ausländischen Bürger sind die Gründe für den Aufenthalt in Deutschland bekannt. Folgende Angaben liegen hierzu vor: Erwerbstätige: 42 %, Asylbewerber: 17 %, Studenten: 9 %, Urlauber: 7 %, sonstige Gründe: 11 %, ohne Angaben: 14 %.

Prophylaxe: Die Malaria-Prophylaxe beruht auf zwei Prinzipien, dem Schutz vor Stichen der Überträgermücken (Expositionsprophylaxe) und der Einnahme von Medikamenten, die gegen die aufgenommenen Plasmodien wirksam sind (Chemoprophylaxe). Für das Jahr 1999 liegen erstmals Ergebnisse zur **Expositionsprophylaxe** vor, da der Erhebungsbogen um diese Rubrik erweitert worden war. Die Auswertung ergab, dass nur 7 % aller Erkrankten die Nutzung eines Moskitonetzes angaben, 5 % allein Repellents; weitere 6 % benutzten sowohl Moskitonetze als auch Repellents. Angaben zur **Chemoprophylaxe:** Auch im Jahre 1999 sind wieder viele Urlauber in Malaria-Endemiegebiete gefahren, ohne irgendeine Chemoprophylaxe vorgenommen zu haben: 61 % der an Malaria Erkrankten hatten vor, während und nach der Reise keinerlei Medikamente zur Malaria-Vorbeugung eingenommen (1998: 57 %). Von den 32 %, die angaben, eine Chemoprophylaxe durchgeführt zu haben, nahmen nur 14 % die verordneten Medikamente regelmäßig ein. Über die Hälfte derer, für die eine medikamentöse Prophylaxe bekannt wurde, nahmen die Medikamente unregelmäßig ein bzw. beendeten die Einnahme zu früh. Nicht immer entsprachen die verordneten Medikamente den vorliegenden Empfehlungen. Malaria-Erkrankungen nach situationsgerecht festgelegter und regelrecht durchgeführter Chemoprophylaxe sind prinzipiell möglich, aber sehr selten.

Malaria-Sterbefälle: Von den 20 Personen, die nach der Sondererhebung des RKI im Jahr 1999 an einer Malaria gestorben sind, waren 15 männlichen und 5 weiblichen Geschlechts, unter ihnen befand sich auch ein Kind im Alter von 8 Jahren. 7 der an Malaria Gestorbenen waren 25 bis 44 Jahre alt, 10 waren 45 bis 64 Jahre alt, 2 älter als 65 Jahre (70 bzw. 76 Jahre). Betroffen waren fast ausschließlich Bürger deutscher Nationalität (19 Deutsche, 1 Polin). Alle Sterbefälle wurden durch *Pl. falciparum* verursacht. Infektionsgebiet war in 19 Fällen Afrika (darunter 11-mal Kenia), in einem Falle die Dominikanische Republik oder Haiti (s. *Epid. Bull.* 31/99: 231). Damit kam es bei den Sterbefällen an Malaria im Vergleich zum Vorjahr zu keiner Änderung der immer noch unbefriedigenden Situation. Auch 1999 ergibt sich – anhand der im RKI vorliegenden Melde- und Einzellerhebungsdaten – für die Malaria eine Letalität, die um

2 % liegt (bezogen auf eine geschätzte tatsächliche Morbidität um 1 %). Bezüglich der Prophylaxe liegen Angaben für 18 der 20 Fälle vor: 13 der später Verstorbenen hatten keinerlei Chemoprophylaxe durchgeführt, nur 5 hatten entsprechende Medikamente eingenommen (3-mal Chloroquin, 2-mal Mefloquin). Zum Einnahmeverhalten sind nur wenig Angaben verfügbar. Von einem Patienten ist bekannt, dass er das Mefloquin unregelmäßig einnahm; für vier Patienten liegen keine Angaben vor. Malaria-Erkrankungen mit tödlichem Ausgang wurden 1999 aus insgesamt 9 Bundesländern gemeldet.

Schlussfolgerungen: Insgesamt zeigt die Analyse der Daten für 1999, dass sich die unbefriedigende Situation bei der Malaria gegenüber den Vorjahren nicht verändert hat. Das betrifft die Zahl der Erkrankten, die Zahl der Sterbefälle, aber auch das Beachten der vorliegenden differenzierten Empfehlungen zur Chemoprophylaxe. Immer noch fahren viele Reisende ohne entsprechende Medikation in Regionen, für die eine bestimmte Chemoprophylaxe als unverzichtbar angesehen wird. Dies ist umso kritischer zu bewerten, als die gefährliche Malaria tropica 1999 einen besonders hohen Anteil an den Erkrankungsfällen in Deutschland hatte. Schlussfolgerungen ergeben sich für alle an der Beratung und medizinischen Betreuung Beteiligten, aber auch für das individuelle Verhalten der Reisenden selbst. In schwierigen Beratungssituationen, vor allem aber in der Diagnostik und Therapie, sollten spezialisierte Ärzte bzw. Institutionen genutzt oder zumindest konsultiert werden.

Brucellose

Im Jahr 1999 wurden insgesamt 20 Erkrankungen an Brucellose in Deutschland gemeldet (9-mal *Brucella melitensis*, 3-mal *Brucella abortus*, 8-mal nicht eindeutig zugeordnet). Von diesen wurde in 15 Fällen ein Ursprung im Ausland bekannt (9-mal Türkei, 6-mal Einzelfälle aus anderen Ländern). 7 der 15 importierten Erkrankungsfälle wurden durch *Brucella melitensis*, den Erreger des Malta-Fiebers, verursacht und gingen auf den Genuss von Rohmilch bzw. Rohmilchprodukten (z. B. Frischkäse) oder einen Kontakt zu verschiedenen Tieren (Ziegen, Schafe u. a.) zurück. 2 der importierten Erkrankungen wurden durch *Brucella abortus* ausgelöst, 6-mal war der Erreger nicht eindeutig zugeordnet.

Cholera

1999 wurden in Deutschland 3 importierte Cholera-Erkrankungen registriert (1 Fall aus Pakistan, 2 aus Indien, s. a. Angaben im *Epid. Bull.* 30/99: 223, 44/99: 329). Eine Weiterverbreitung von Cholera-Erregern in Deutschland wurde in keinem Fall festgestellt.

Gelbfieber

Die Tropenkrankheit Gelbfieber gehört – wie die virusbedingten hämorrhagischen Fieber – zu den in hohem Maße lebensbedrohenden Erkrankungen. 1999 kam es erstmals in Deutschland zu einem Erkrankungs- und Sterbefall an Gelbfieber, der einen 40-jährigen Kameramann betraf, der sich beruflich in der Republik Elfenbeinküste aufgehalten

hatte und nach seiner Heimkehr (mit einem Linienflug) hochakut mit einer Symptomatik erkrankte, die zunächst den Verdacht auf ein virusbedingtes hämorrhagisches Fieber begründete. Er verfügte nicht über einen Impfschutz. Dieser tragische Erkrankungsfall und eine Anfang 2000 nach Rückkehr aus Westafrika aufgetretene Erkrankung an Lassa-Fieber machten wieder bewusst, dass gefährliche Infektionen auch aus weit entfernten Gebieten jederzeit nach Deutschland mitgebracht werden können. Gleichzeitig wurde die Notwendigkeit adäquater Prophylaxemaßnahmen bei Reisen in entsprechende Länder unterstrichen (bei Gelbfieber-Endemiegebieten eine Gelbfieberimpfung).

Lepra

Lepra-Erkrankungen werden nicht bei kurzen Auslandsaufenthalten erworben. Von Lepra-Erkrankungen waren in den letzten Jahren ausländische Bürger sowie in Einzelfällen auch Deutsche betroffen, die viele Jahre in Lepra-Endemiegebieten, beispielsweise in Asien oder Südamerika, verbracht hatten. 1999 wurden insgesamt 6 Lepra-Fälle nach Deutschland importiert. Alle betrafen ausländische Bürger, die aus Ländern Asiens, Südamerikas oder Afrikas stammten.

Shigellose

Die Zahl der Erkrankungen an Shigellose (Bakterienruhr) blieb auf annähernd gleichem Niveau wie im Vorjahr (1999: 1.601 Erkrankungen, 1998: 1.607 Erkr.). Da Angaben zum Einzelfall ausschließlich aus den neuen Bundesländern und Berlin vorliegen, kann nur auf der Grundlage dieser Daten auf die Herkunft der Erkrankungsfälle, d. h. auf die Infektionsländer, geschlossen werden. 86 % der Erkrankungen wurden in anderen Ländern erworben (1998: 77 %). An der Spitze der Herkunftsländer lagen Ägypten (120) und Tunesien (115), gefolgt von der Dominikanischen Republik (31), der Türkei (30) und Jugoslawien (26), s. a. Abschnitt ›Shigellose‹ im Jahresbericht 1999 ›Darminfektionen‹, *Epid. Bull.* 23/2000: 187.

Trichinellose

1999 kamen in Deutschland insgesamt 22 Trichinellose-Erkrankungen zur Meldung, darunter 9, die ihre Ursache eindeutig im Ausland hatten. 10 Erkrankungen gehören noch zu einer Häufung in Nordrhein-Westfalen, die Ende 1998 auftrat, insgesamt 51 Erkrankungen umfasste und sehr wahrscheinlich auf importiertes Fleisch zurückging (s. *Epid. Bull.* 24/99: 179f). Für 3 Fälle liegen keine eindeu-

tigen Angaben zur Herkunft vor. Erkrankungen an Trichinellose wurden in den letzten Jahren vorwiegend aus Ländern des Balkans nach Deutschland importiert, 1999 beispielsweise aus Kroatien oder Jugoslawien. Die Übertragung des Erregers erfolgte in den meisten Fällen über nicht untersuchtes Fleisch vom Haus- oder Wildschwein.

Typhus/Paratyphus

Erkrankungen an Typhus abdominalis wurden 1999 – im Vergleich zu 1998 – in etwas größerer Fallzahl in Deutschland registriert (1999: 109; 1998: 76). 87 % der Fälle wurden – den Angaben aus den Sondererhebungen zufolge – im Ausland erworben. Typhus wurde 1999 insbesondere aus der Türkei (20 Fälle), aus Pakistan (15 Fälle), Indien (13 Fälle) und Tunesien (9) nach Deutschland eingeschleppt (s. a. *Epid. Bull.* 23/2000: 187). Betrachtet man den Zeitraum der letzten 4 Jahre, wird deutlich, dass fast die Hälfte aller in Deutschland aufgetretenen Erkrankungen an Typhus (164 von 352) aus Asien stammten. An zweiter Stelle nach Häufigkeit lag Afrika (71 Fälle). Amerika hat mit insgesamt 16 Fällen nur eine geringe Bedeutung als Herkunftsgebiet der Typhusfälle (Abb. 3).

Bei Reisen in Endemiegebiete und nach Art der Reise anzunehmender Gefährdung steht zur Prophylaxe des Typhus die Schutzimpfung zur Verfügung (zwei Prinzipien – orale oder Injektionsimpfung – mit annähernd gleicher Toleranz und Wirksamkeit). Diese Indikationsimpfung ist zu empfehlen, obwohl die Schutzrate vieler anderer Impfstoffe nicht erreicht wird. Mit Erkrankungen trotz Schutzimpfung ist daher zu rechnen.

Auch **Paratyphus** (1999: 84 Erkr., 1998: 61 Erkr.) wird heute ganz überwiegend außerhalb Deutschlands erworben, 86 % der Fälle hatten ihren Ursprung im Ausland. An der Spitze der Länder lag 1999 die Türkei (46 Fälle). Von einem lokalisierten Ausbruch in der Westtürkei ausgehend, war es im Sommer 1999 zu einem gehäuften Auftreten von Paratyphus unter Reisenden aus verschiedenen europäischen Ländern gekommen (s. a. *Epid. Bull.* 45/99: 323f). Erkrankungen an Paratyphus wurden aber auch in größerer Fallzahl in Indien (13) oder in Pakistan (4) erworben. In den Jahren seit 1997, dem Jahr des Beginns der Einzelfall-erfassung beim Paratyphus, liegt die Türkei mit insgesamt 67 Fällen an der Spitze der Infektionsgebiete. Weitere 52 Paratyphus-Fälle haben ihren Ursprung in Asien. Aus Afrika, Amerika und anderen europäischen Ländern kamen in den letzten Jahren nur einzelne Fälle. Insgesamt liegen Einzelfallangaben für 190 Paratyphus-Erkrankungen von 1997 bis 1999 vor, von diesen waren 135 (71 %) aus dem Ausland importiert worden. – **Hinweis:** Die Typhus-Impfstoffe vermitteln keinen Impfschutz gegen Paratyphus.

Zu einer Reihe weiterer Krankheiten, die vollständig oder zu einem Teil nach Deutschland importiert werden, liegen im RKI gegenwärtig keine detaillierten Angaben vor. Das betrifft z. B. verschiedene Erreger der Enteritis infectiosa, die Virushepatitiden und die FSME. Vor allem bei der Hepatitis A gehen Schätzungen davon aus, dass mindestens 50 % der in Deutschland festgestellten Erkrankungen

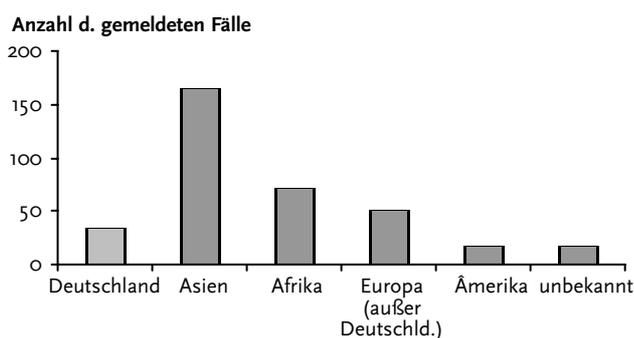


Abb. 3 Gemeldeter Typhus abdominalis nach Herkunftsgebieten, 1996–1999

ihre Quelle im Ausland haben. Aber auch bei der Hepatitis B stammt ein Teil der Erkrankungen aus dem Ausland (Schätzung: etwa 15%). Für die vollständig importierte Hepatitis E liegen Erkrankungszahlen für Deutschland generell nicht vor, da Hepatitis E keine eigene Meldekategorie darstellt und aufgetretene Fälle in die Kategorie ›nicht bestimmbare und übrige Formen der Hepatitis‹ eingeordnet werden. Auch für die FSME gibt es keine gesonderte Meldekategorie; Erkrankungen werden meldetechnisch in der Rubrik ›Virus-Meningoenzephalitis‹ erfasst und waren bisher nicht einzeln recherchierbar. Andere Erkrankungen, darunter einige tropentypische, waren bisher keine meldepflichtigen Ereignisse, z. B. das Dengue-Fieber (nur hämorrhagische Verläufe meldepflichtig), bestimmte Parasitosen und Mykosen sowie auch die Legionellose.

Anmerkung zur künftigen Erfassung importierter Infektionskrankheiten

Mit dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), das nach Lage der Dinge Anfang 2001 in Kraft treten wird, werden sich auch Änderungen bei der Erfassung reiseassoziierten Krankheiten ergeben. Für einige häufige Krankheiten (z. B. verschiedene Formen der Enteritis infectiosa, Hepatitis und Meningoenzephalitis), für die es gegenwärtig keine Einzelfall-Erhebung gibt, wird sich die Situation voraussichtlich verbessern, da nach dem IfSG für jeden Fall einer Erkrankung bzw. des Todes an einer meldepflichtigen Krankheit einfallbezogene Mindestdaten erhoben und dem RKI zugeleitet werden, die auch einen Hinweis auf eine Infektion außerhalb Deutschlands enthalten.

Zu den eher seltenen Krankheiten, die bisher anhand der vom RKI verschickten Sondererhebungsbögen erfasst wurden, wird das Übermitteln spezieller Zusätze zum Datensatz angestrebt, um auch künftig über die zur Beurteilung der Situation notwendigen Informationen verfügen zu können.

Ankündigung:

Merkblatt für Ärzte ›Krätzemilbenbefall (Skabies) – Erkennung, Behandlung und Verhütung‹

In der Reihe ›Merkblätter für Ärzte‹ wurde vom Robert Koch-Institut, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte sowie dem Umweltbundesamt gemeinsam ein Merkblatt ›Krätzemilbenbefall (Skabies) – Erkennung, Behandlung und Verhütung‹ herausgegeben.

Das Merkblatt wurde in der Juli-Ausgabe der Zeitschrift ›Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz‹ (S. 550–554) veröffentlicht und ist auch im Internet-Angebot des RKI (<http://www.rki.de>) verfügbar. Die Printversion des Merkblattes kann in Kürze beim Deutschen Ärzte-Verlag GmbH, Postfach 40 02 65, 50859 Köln, unter der Bestellnummer 60 02 00 bezogen werden. Die Höhe der entstehenden Kosten hängt von der Bestellmenge ab.

Scabies (Krätze) ist eine bei engem körperlichen Kontakt leicht übertragbare Epizoonose des Menschen. Die im Zusammenhang mit Infektionen (Infestationen) des Menschen ablaufende Vermehrung der Krätzmilbe (*Sarcoptes*

für die Malaria wird sich die Erfassung voraussichtlich schwieriger gestalten, da die Malaria zukünftig nicht mehr als Erkrankungsfall von den behandelnden Ärzten namentlich gemeldet wird, sondern der Erregernachweis namentlich vom diagnostizierenden Arzt direkt an das RKI zu melden ist. Ärzte, die eine Malaria diagnostizieren, sind nach IfSG verpflichtet, Angaben zum Erkrankungsfall auf einem Formblatt des RKI zu dokumentieren, dabei ist der behandelnde Arzt durch das Gesetz zur Unterstützung verpflichtet. Es sollte erreicht werden, dass die geänderten Meldemodalitäten bei der Malaria keine negativen Auswirkungen auf die Zahl der erfassten Fälle und die Qualität der erhobenen Daten haben.

Auch mit dem Inkrafttreten des IfSG sind viele der auf Reisen erworbenen Krankheiten nicht meldepflichtig. So wird nach wie vor nur ein Teil der reiseassoziierten Infektionskrankheiten durch die Meldepflicht erfasst werden. (Die Liste der meldepflichtigen Krankheiten und Erreger sowie die vorgesehenen Meldewege und -inhalte können dem Gesetzestext entnommen werden, der zunächst auf den Internetseiten des Bundesministeriums für Gesundheit verfügbar ist.) Für den nicht durch die Meldepflicht abgedeckten Teil der reiseassoziierten Krankheiten müssen im Gesamtsystem der Surveillance der infektionsbedingten Krankheiten geeignete andere Wege der Erfassung gesucht und gefunden werden (Sentinelenerhebungen, Fallsammlungen durch Konsiliarlaboratorien oder bestimmte Zentren, epidemiologische Studien). Das RKI bietet Beratung bei der Planung entsprechender Projekte an und übernimmt die Koordinierung der Aktivitäten auf diesem Gebiet.

Der vorliegende Bericht des RKI zu gemeldeten importierten Infektionskrankheiten 1999 beruht auf den vorliegenden Meldedaten, zusätzlichen Angaben aus bestimmten Bundesländern sowie Angaben des Statistischen Bundesamtes. Herr Dr. K.-J. Volkmer, CRM Düsseldorf, sei für Hinweise aus reisemedizinischer Sicht gedankt. – Dank gilt auch allen Gesundheitsbehörden, Laboratorien und Kliniken, die durch Daten und Befunde zur Surveillance auf diesem Gebiet beigetragen haben.

scabiei) kann unabhängig von sozialen Faktoren oder der persönlichen Hygiene erfolgen. Von ganz besonderer Bedeutung sind Ausbrüche in Gemeinschaftseinrichtungen, speziell in Alten- und Pflegeheimen, die sich nicht selten ereignen und deren Aufklärung und Bekämpfung sehr kompliziert sein kann. Insofern schließt dieses Merkblatt mit vermitteltem Grundwissen zum Wesen dieser Parasitose, Hinweisen zur Diagnostik und zum Stand der Therapie sowie empfohlenen präventiven Maßnahmen eine wichtige Lücke im Angebot der aktualisierten Merkblätter für Ärzte.

Korrektur

In der Ausgabe 27/2000 (S. 219) wurden in der Quartalsstatistik 1/2000 ›Seltene meldepflichtige u.a. Infektionskrankheiten in bestimmten Bundesländern‹ versehentlich die **Inzidenzraten der Scabies** falsch angegeben. Die Angaben müssen richtig lauten (Anzahl/Inzidenzrate pro 100.000 Einw.): Brandenburg: 132/5,096; Sachsen-Anhalt: 198/7,403; Thüringen: 38/1,543; Summe: 368/4,762.