

## Stand und Bekämpfungsstrategie bei der Tuberkulose im Freistaat Sachsen

Die WHO hat den 24. März, den Tag, an dem Robert Koch im Jahre 1882 in seinem Vortrag „Die Aetiologie der Tuberkulose“ vor der Physiologischen Gesellschaft vor Berlin nachwies, dass das von ihm entdeckte *Mycobacterium tuberculosis* der Erreger der menschlichen Tuberkulose ist, zum Welt-Tuberkulosekongress erklärt.

Obwohl diese Entdeckung völlig neue Wege der Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten generell und speziell der Tuberkulose als Volkskrankheit eröffnete, gegenwärtig sogar globale Bekämpfungsprogramme ermöglicht, hat sich die Situation bei der Tuberkulose weltweit äußerst differenziert entwickelt.

Während sie in Nordamerika und weiten Teilen Europas den Charakter einer Volkskrankheit verloren hat, breitet sie sich in Afrika (südlich der Sahara), Süd-Ost-Asien und einzelnen Ländern Südamerikas nahezu ungehemmt aus. Besonders fatal ist die Koinzidenz mit der HIV-Infektion. Zirka 90 Prozent der jährlich acht Millionen Neuerkrankungen (WHO-Schätzungen) betreffen die Entwicklungsländer. Zwei bis drei Millionen Menschen versterben pro Jahr an der Tuberkulose, das heißt die Tuberkulose ist weltweit die häufigste zum Tode führende Infektionskrankheit bei Jugendlichen und Erwachsenen und die führende Todesursache bei HIV-Infizierten. Sozia-

len Faktoren und Lebensbedingungen (zum Beispiel Armut, Krieg und Migration, rasches Bevölkerungswachstum, mangelhafte Infrastruktur und Hygiene, beengte Wohnverhältnisse und ungenügende medizinische Versorgung) ist nach wie vor eine besondere Bedeutung beizumessen.

Für Deutschland insgesamt liegen zur Zeit die Inzidenzwerte bis einschließlich 1998 vor. Mit 10 440 Neuerkrankungen, das heißt 12,7 Erkrankungen (E) / 1000 Einwohner (EW) (1997: 13,6) setzte sich der in den Vorjahren beobachtete rückläufige Trend fort, was nach den bisher vorliegenden Meldungen an das Statistische Bundesamt auch für 1999 zutreffen dürfte. Trotz der vergleichsweise günstigen Situation gehört Deutschland nicht zu den Ländern mit einer ausgesprochen niedrigen Tuberkulose-Inzidenz in Europa beziehungsweise weltweit (Norwegen und Schweden, Australien zum Beispiel: 5 – 6 E / 1000 EW).

Auch innerhalb der Bundesrepublik bestehen zum Teil erhebliche Inzidenz-Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern (zum Beispiel 1999: Niedersachsen 8,1 / 1000, Hamburg 19 / 1000), wobei es auch immer wieder zu Anstiegen in einzelnen Bundesländern beziehungsweise Regionen kommt.

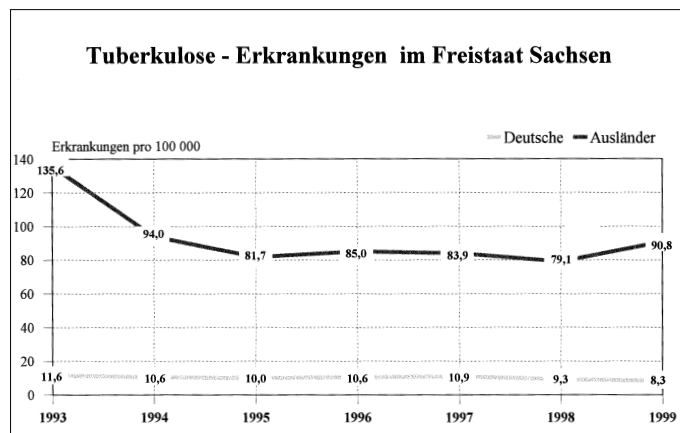
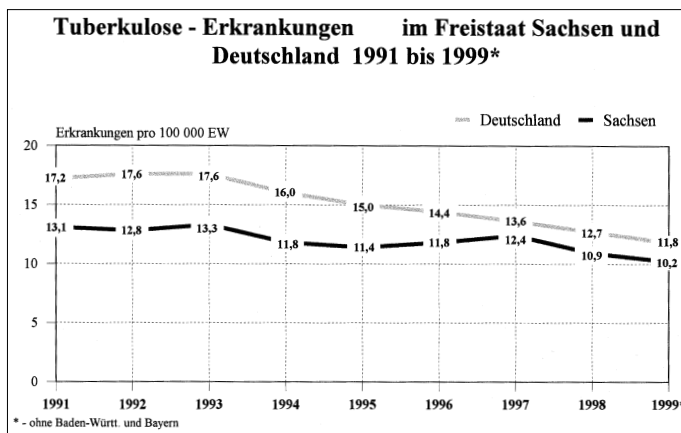
Wesentlich beeinflusst wird die konkrete epidemiologische Situation durch den

Anteil von Risikogruppen, in denen die Tuberkulose häufiger als in anderen Bevölkerungsgruppen auftritt. Dies sind insbesondere sozial benachteiligte Gruppen (Asylbewerber, Flüchtlinge, Obdachlose, Sozialhilfeempfänger, Drogenabhängige etc.) sowie immunsupprimierte Personen (unter anderem HIV-Infizierte) und Patienten mit anderen Grundkrankheiten (zum Beispiel Silikose, Diabetes mellitus, Alkoholkrankheit). So beträgt der Anteil ausländischer Staatsbürger an der Gesamtinzidenz der Tuberkulose in Hamburg zirka 45 %.

Vom rückläufigen Trend der Inzidenzwerte ist speziell die deutsche Bevölkerung Sachsens betroffen, die Inzidenz bei Ausländern und damit der Anteil dieser Bevölkerungsgruppe an der Tuberkulose hat sich hingegen erhöht.

Bei dem im Vergleich zu den Altbundesländern geringen Anteil von Ausländern an der Gesamtbevölkerung (zwischen 1995 – 1999 = 1,4 – 2,3 % in Sachsen, Baden-Württemberg dagegen 12 %, BRD 1996 9,1 %) weist dies auf eine hohe Fallfindungsrate in dieser Gruppe hin.

Regionale Unterschiede bestehen innerhalb Sachsens natürlich ebenso wie in der Bundesrepublik insgesamt. Auch spielen Ausländer- und Anteil von Risikogruppen, territoriale Lage (Großstädte, Grenze zu Osteuropa), Struktur des Öffent-



lichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) etc. sicher eine Rolle.

Die Altersverteilung lässt deutlich erkennen, dass die Inzidenz der deutschen Bevölkerung mit zunehmendem Alter ansteigt, der „Gipfel“ liegt bei den > 65-Jährigen.

Bei den Ausländern hingegen sind die > 15- bis 40-Jährigen am stärksten betroffen (höchste Inzidenz). Der Anteil am Gesamtvorkommen in den Altersgruppen der > 15- bis 30-Jährigen beträgt sogar zum Teil weit über 50 %. Dies resultiert daraus, dass Asylbewerber vorrangig dieser Altersgruppen in Deutschland Asyl suchen.

Der einzige erfasste kindliche Tuberkulosefall 1999 in Sachsen betraf allerdings einen sieben Monate alten deutschen Säugling, der von seinem Vater infiziert worden war. Dieser war sieben Monate wegen chronischem Husten „behandelt“ und erst auf seine entsprechende Forderung hin einer Röntgendiagnostik unterzogen worden, in deren Folge die Diagnose einer offenen Lungentuberkulose gestellt wurde und die stationäre Einweisung erfolgte. Zwei Wochen später musste der Säugling hospitalisiert werden.

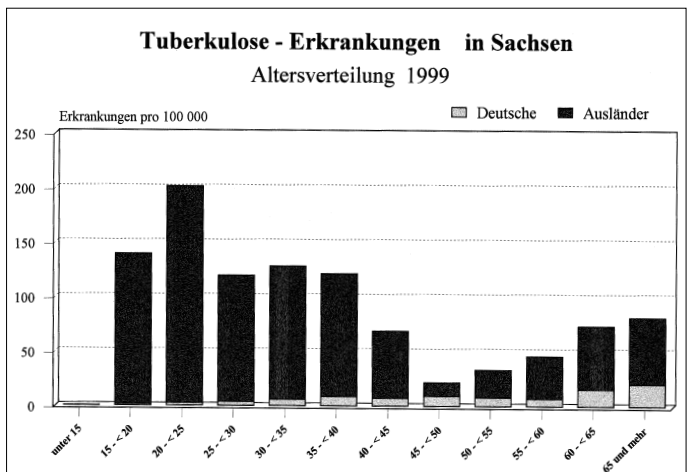
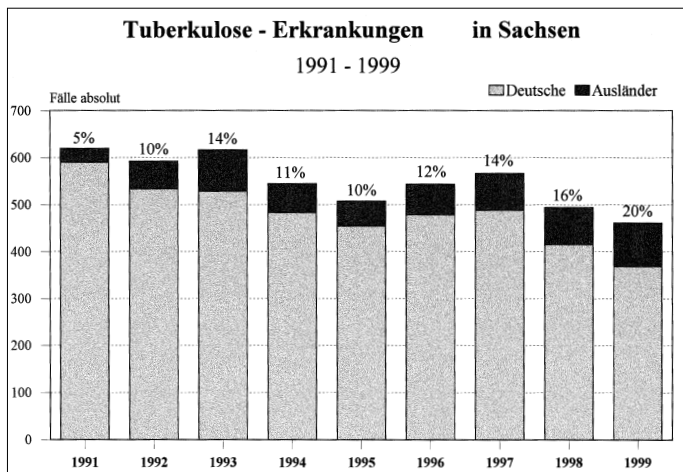
Die Letalität lag in Sachsen bei 2,4 % (1998/99). Dabei muss sicherlich von einer Untererfassung (wie natürlich auch bei der Inzidenz) ausgegangen werden,

zumal viele Infektionen erst durch Sektion festgestellt werden. Gerade bei älteren Toten erfolgen Sektionen aber nur bei Verdachtsfällen und nach Aussage der Pathologen generell immer seltener. Bei 10 der 1999 erfassten 11 Sterbefälle wurde die bestehende Tuberkulose zum Beispiel erst durch die Sektion oder die Untersuchungsergebnisse nach dem Tod diagnostiziert. Lediglich bei einem 85-jährigen Mann war die Infektion bekannt. 3 Verstorbene waren zwischen 30 und 40 Jahren alt und gehörten dem sogenannten Risikomilieu an (unter anderem Alkoholiker ohne festen Wohnsitz, obdachloser Ausländer). Eine 44-jährige vorgeschädigte Patientin verstarb an einer verschleppten massiven offenen Lungentuberkulose. Sie hatte zuvor vielfältige Kontakte auf verschiedenen Klinikstationen gehabt, woraus sich umfangreiche Kontrolluntersuchungen sowie antiepidemische Maßnahmen ergaben. Die Untersuchungen des „Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose“ (DZK) zur Tuberkulosesituation und -struktur in Deutschland, die auch unter Mitwirkung sächsischer Gesundheitsämter erfolgen, bestätigen im Wesentlichen die getroffenen Aussagen. Die Ursachen für die gegenwärtig günstige (aber noch nicht optimale) Situation unter anderem in Sachsen dürften im geringen Anteil ausländischer Mitbürger sowie in teilweise noch wir-

kungsvollen Strukturen des ÖGD zu suchen sein. Diese Einschätzung korreliert ebenfalls mit der DZK-Studie für die neuen Bundesländer.

Wenn auch der Ausländeranteil an der Tuberkulose steigt und die Inzidenz der deutschen Bevölkerung sinkt, ist neben den bekannten Risikogruppen den Alterstuberkulosen (nach Auswertung der DZK-Studie für Sachsen sind dies in zirka 45 % der Fälle Exazerbationen), das heißt den älteren Bürgern (siehe vorn, altersspezifisch höchste Inzidenz) verstärkte Aufmerksamkeit zu widmen.

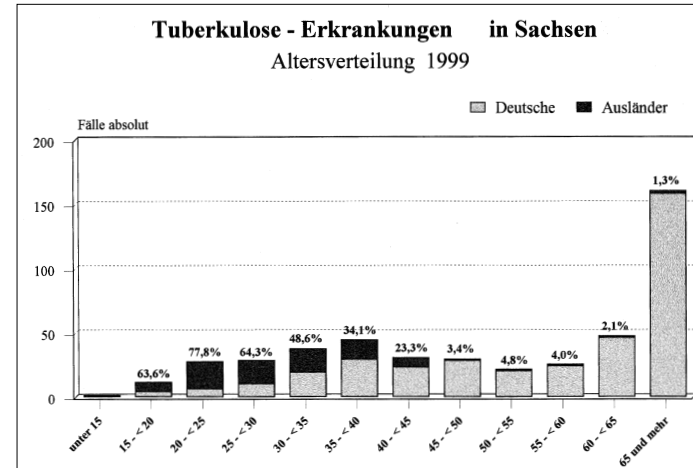
Neben Angeboten im Rahmen der aktiven Fallfindung für Flüchtlinge und Spätaussiedler (gesundheitliche Erstuntersuchung) sollten auch älteren Bürgern aufsuchende Beratungen (auch Röntgenuntersuchungen etc.) angeboten werden. Die Tuberkulose bleibt ein hochaktuelles Gesundheitsproblem (auch unter Berücksichtigung zunehmender Resistenzraten gegenüber Antituberkulotika insbesondere bei Spätaussiedlern aus den GUS-Staaten). Dafür müssen die personellen, materiellen und apparativen Ressourcen (Minimalausstattung) des ÖGD gesichert und Aktivitäten gebündelt werden. Dazu gehören auch die Durchführung und Bezahlung des intracutanen Tuberkulostests (Mendel-Mantoux) entsprechend den Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision (Tuberkulosekataster) und die BCG-Impfung im Indikationsfall.



In diesem Zusammenhang ist auch eine enge Kooperation zwischen ÖGD und Pneumologen in den einzelnen Regionen erforderlich, um eine adäquate Diagnostik und Therapie zu gewährleisten und damit Infektketten zu unterbrechen. ÖGD, niedergelassene und klinisch tätige Pneumologen sollten im Rahmen von Ärztstammtischen, Qualitätszirkeln und anderen Fortbildungsveranstaltungen die Tuberkuloseproblematik berücksichtigen, um Fehldiagnosen und damit Unterlassung einer sachgerechten Therapie sowie Ansteckung weiterer Personen zu vermeiden.

Dabei ist der Tätigkeit der Arbeitsgruppe (AG) Tuberkulose, die 1992 beim SMS gebildet wurde, eine große Bedeutung beizumessen. Diese AG hat „Empfehlungen für Maßnahmen des ÖGD bei Tuberkulose“ erarbeitet, die allen Gesundheitsämtern zur Verfügung gestellt wurden und ständig aktualisiert werden.

Außerdem organisiert sie Fortbildungsveranstaltungen auf dem Gebiet der Tuberkuloseverhütung und -bekämpfung für die zuständigen Fachkräfte der Gesundheitsämter.



Korrespondenzadresse  
Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl  
Vizepräsident und Abteilungsdirektor  
Humanmedizin  
Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits-  
und Veterinärwesen Sachsen  
Zschopauer Str. 87, 09111 Chemnitz  
Tel.: 0371 6009 100, Fax: 0371 6009 100  
eMail: siegwart.bigl@lua.sms.sachsen.d