Abgeordnetenhaus BERLIN

Drucksache 18 / 16 877
Schriftliche Anfrage

18. Wahlperiode

Schriftliche Anfrage

des Abgeordneten Herbert Mohr (AfD)

vom 26. Oktober 2018 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 30. Oktober 2018)

zum Thema:

Tuberkulose, die tödlichste Infektionskrankheit der Welt, überwinden!

und **Antwort** vom 12. November 2018 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 14. Nov. 2018)

Die Drucksachen des Abgeordnetenhauses sind bei der Kulturbuch-Verlag GmbH zu beziehen.
Hausanschrift: Sprosserweg 3, 12351 Berlin-Buckow · Postanschrift: Postfach 47 04 49, 12313 Berlin, Telefon: 6 61 84 84; Telefax: 6 61 78 28.

Senatsverwaltung für Gesundheit,
Pflege und Gleichstellung

Herrn Abgeordneten Herbert Mohr (AfD)

über

den Präsidenten des Abgeordnetenhauses von Berlin

über Senatskanzlei - G Sen -

A n t w o r t
auf die Schriftliche Anfrage Nr. 18/16877
vom 26. Oktober 2018
über Tuberkulose, die tödlichste Infektionskrankheit der Welt, überwinden!

Im Namen des Senats von Berlin beantworte ich Ihre Schriftliche Anfrage wie folgt:

1. Wie hat sich die Anzahl der Tuberkulose-Erkrankungen (bzw. Infektionen) für die Jahre 2016 bis 2018 entwickelt? (Bitte Angaben nach Jahr, Alter und Herkunftsland der Infizierten)

Zu 1.:

In den folgenden Tabellen sind die dem LAGeSo übermittelten Fälle von Tuberkulose in den Jahren 2016-2018, nach Altersgruppe und Geburtsland mit Datenstand vom 01.11. 2018 zu sehen. Das Geburtsland wurde aus datenschutzrechtlichen Erwägungen nach WHO-Region dargestellt.

Fälle nach Meldejahr:

2016	**2017**	**2018[1]**
376	421	338

Nach Meldejahr und Altersgruppen:

Gruppe	**2016**	**2017**	**2018[1]**
0-19	44	63	35
20-39	145	175	159
40-59	121	101	95
60+	66	82	49
Summe	376	421	338

[1] NB: Daten für das Jahr unvollständig; Erfassung nur für den Zeitraum Januar bis Oktober

Nach Meldejahr und Geburtsland (nach WHO-Region):

WHO-Region	**2016**	**2017**	**2018[1]**
Deutschland	103	121	87
Europäische Region ohne DE	120	128	99
Östliche Mittelmeer Region	73	50	46
Afrikanische Region	40	60	40
Südostasiatische Region	22	23	29
Westpazifische Region	14	27	24
Amerikanische Region	1	7	7
Ausland (Region unbekannt)	0	0	2
Keine Angabe	3	5	4
Summe	376	421	338

1.1. Wie viele Fälle an offener Tuberkulose sind dem Senat für die Jahre 2016-2018 bekannt?
1.2. Wie viele Fälle von resistenter und multiresistenter Tuberkulose sind dem Senat (resp. für die Jahre 2013-2018 und 2016-2018) bekannt?

Zu 1.1. und 1.2.:

Die Fragen 1.1. und 1.2. können derzeit aufgrund temporärer technischer Probleme nicht beantwortet werden. Aufgrund einer Schnittstellenproblematik zum aktuellen Softwarestandard werden die vom Zentrum für tuberkulosekranke und -gefährdete Menschen übermittelten Daten zur klinischen Symptomatik und Informationen zu Resistenzen derzeit nicht ausgewertet.

2. Besteht die Meldepflicht nach IfSG und Falldefinition bereits bei klinischem, labordiagnostischem bzw. epidemiologischem Nachweis oder müssen hierfür alle drei Komponenten nachgewiesen sein?

Zu 2.:

Dem Gesundheitsamt wird

1. gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 IfSG die Erkrankung und der Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose übermittelt, auch wenn ein bakteriologischer Nachweis nicht vorliegt,
2. gemäß § 7 Abs. 1 IfSG der direkte Nachweis von *Mycobacterium tuberculosis/africanum* und M. bovis sowie nachfolgend das Ergebnis der Resistenzbestimmung und vorab auch der Nachweis säurefester Stäbchen im Sputum namentlich gemeldet.

3. gemäß § 6 Abs. 2 IfSG zusätzlich gemeldet, wenn Personen, die an einer behandlungsbedürftigen Lungentuberkulose leiden, eine Behandlung verweigern oder abbrechen.

Hinweis:
In der Praxis wird somit jeder Fall meldepflichtig, bei dem eine antituberkulotische Kombinationstherapie eingeleitet wurde oder (falls dies nicht möglich war) eine ärztliche Indikation hierzu vorlag.

3. Besteht aktuell nach Auffassung des Senats eine Anpassung des Bedarfs an Präventionsmaßnahmen, um die Bevölkerung über das Thema Bekämpfung der Tuberkulose zu sensibilisieren? Warum?

Zu 3.:

Die bereits bestehenden und ausreichenden Präventionsmaßnahmen zielen auf die rasche Entdeckung Erkrankter, die Isolierung infektiöser Patientinnen und Patienten, die epidemiologische Umfeldanalyse und eine schnell einsetzende effiziente medikamentöse Therapie.
Ein Infektionsrisiko geht in der Regel nur von Menschen aus, die an einer offenen Lungentuberkulose erkrankt sind, so dass beim Husten oder Niesen Bakterien abgegeben und von Umstehenden direkt aufgenommen werden können. Allerdings erfolgt eine Ansteckung grundsätzlich nicht so leicht wie bei anderen über die Luft übertragbaren Krankheiten (wie z.B. Masern, Windpocken, Grippe).

4. Welche präventiven, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu Tuberkulose-Bekämpfung sind aktuell vorgesehen?

Zu 4.:

<u>Prävention:</u>
Die rasche Entdeckung Erkrankter, die Isolierung infektiöser Patienten und eine schnell einsetzende effiziente Therapie sind wichtige Voraussetzung für die Reduzierung der Erkrankungshäufigkeit an Tuberkulose. Durch die Umgebungsuntersuchung von Kontaktpersonen infektiöser Tuberkulosepatienten können Infektionsketten verhindert werden. Zu den Zielgruppen für eine aktive Fallsuche gehören Migranten aus Ländern mit hoher Tuberkulose-Prävalenz und Personengruppen mit erhöhtem Infektionsrisiko, wie z.B. wohnungslose Menschen.
Die Impfung wird von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut seit 1998 nicht mehr empfohlen. Dies entspricht den Empfehlungen der WHO, die vorgeschlagen hat, in Populationen, deren Infektionsrisiko für Tuberkulose unter 0,1% liegt, keine generelle Impfung mehr durchzuführen.

<u>Diagnostik:</u>
Neben der ärztlichen Anamnese und körperlichen Untersuchung stehen insbesondere zum Nachweis einer latenten tuberkulösen Infektion der Tuberkulin-Hauttest (THT) und der Interferon-Gamma-Tests zur Verfügung.
Die Röntgendiagnostik spielt bei der Erkennung der Lungentuberkulose und der Verlaufsbeurteilung unter Therapie noch immer eine entscheidende Rolle. Dazu kommen bakteriologische und labordiagnostische Verfahren.

Therapie:
Die Chemotherapie der Tuberkulose erfolgt ausschließlich mit einer Kombination von fünf Antibiotika: Isoniazid (INH), Rifampicin (RMP), Ethambutol (EMB), Pyrazinamid (PZA) und Streptomycin (SM).

5. Welche Maßnahmen zur Reduktion des Übertragungsrisikos von M. Tuberculosis sind bei Faktoren und Personengruppen, die eine Exposition prinzipiell fördern, vorgesehen (auch zum Schutz d. Gesundheitspersonals)?

Zu 5.:

Ein Infektionsrisiko geht in der Regel nur von Menschen aus, die an einer offenen Lungentuberkulose erkrankt sind. Hygienische infektionspräventive Maßnahmen orientieren sich an der Standardhygiene. Aufgrund des aerogenen Übertragungsweg der Tuberkulose stehen die räumliche Isolierung der an offener Lungentuberkulose Erkrankten, die Patientenmitarbeit und das kooperative Verhalten (z.B. Hustenhygiene), eine gezielte Luftführung im Isolierungsraum (nach außen) im Vordergrund. Für die Kontaktpersonen ist das Tragen eines geeigneten Atemschutzes als risikominimierende Maßnahme wichtig. Das Verlassen des Patientenzimmers durch den Patienten sollte erst erfolgen, wenn dieser als nicht infektiös eingestuft wird und ist ansonsten auf das Notwendigste zu beschränken.

6. Welche Investitionsmaßnahmen zur Forschung und Entwicklung zur Tuberkulose sind aktuell vom Senat vorgesehen?

Zu 6.:

Zusätzlich zu den bestehenden Aktivitäten zu Tuberkulose im Bereich *Community Medicine* am Institut für Tropenmedizin und internationaler Gesundheit an der Charité – Universitätsmedizin Berlin plant die Charité aktuell keine Investitionen zur Forschung oder Behandlung der Tuberkulose. Dementsprechend werden keine Investitionsmaßnahmen zum Doppelhaushalt 2020/2021 seitens des Senats angemeldet.

Berlin, den 12. November 2018

In Vertretung
Boris Velter
Senatsverwaltung für Gesundheit,
Pflege und Gleichstellung