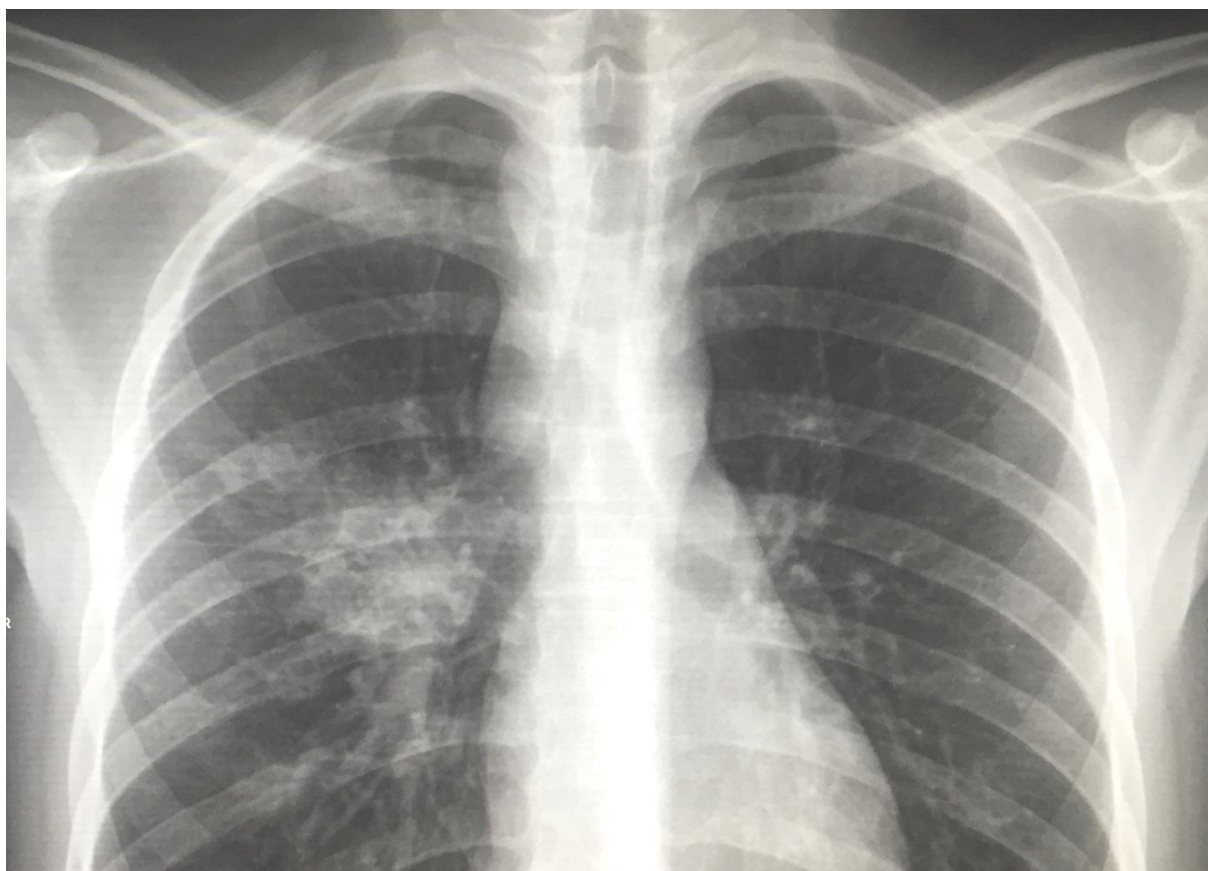




OSTALBKREIS



TUBERKULOSE IM OSTALBKREIS

Der Geschäftsbereich Gesundheit berichtet über Daten
und Entwicklungen aus den Jahren 2015 und 2016

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landratsamt Ostalbkreis
Geschäftsbereich Gesundheit
Julius Bausch Str. 12
73430 Aalen
Telefon: 07361 503 1120
gesundheit@ostalbkreis.de

Herstellung und Gestaltung:
Landratsamt Ostalbkreis,
September 2017

Bildnachweis Titelbild:
Landratsamt Ostalbkreis,
Geschäftsbereich Gesundheit:
Röntgenbild einer offenen Tuberkulose

VORWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu gerne vergessen wir, dass Tuberkulose auch bei uns nicht ganz verschwunden ist. Zwar muss in Deutschland bei guter Behandlung kaum jemand an dieser weltweit verbreiteten Infektionskrankheit sterben, die neuesten Zahlen sprechen jedoch eine eindeutige Sprache: In Deutschland gibt es wieder mehr Tuberkulosefälle.

Im Jahr 2016 registrierte das Robert Koch-Institut (RKI) fast 6.000 Neuerkrankungen.

„Es gibt einen Zusammenhang mit der aktuellen Zuwanderung. Migration ist aber nicht die Ursache von Tuberkulose, das Bakterium ist es. Es ist sehr ungleich in der Welt verteilt, aber es kommt auch in Deutschland vor.“ (Lena Fiebig, Infektionsforscherin am RKI)

Es ist die Aufgabe des Geschäftsbereichs Gesundheit im Landratsamt Ostalbkreis dafür zu sorgen, dass die Bevölkerung unseres Kreises bestmöglichst geschützt wird und dass die bei uns im Ostalbkreis auftretenden Fälle an Tuberkulose frühestmöglich erkannt werden. Freunde und Bekannte eines Erkrankten werden auf eine Ansteckung getestet, durch Untersuchungen und Röntgenbilder wird nach der Quelle der Infektion gefahndet.

Es ist unser Bestreben, das Vorgehen und die Abläufe des Gesundheitsamtes im Zusammenhang mit der Erkrankung „Tuberkulose“ transparent zu machen, um hierdurch ein größtmögliches Vertrauen in die Arbeit und die Maßnahmen der Mitarbeiter des Geschäftsbereichs Gesundheit in unserem Landkreis herzustellen.

Die Geschichte zeigt, dass das Auftreten von Infektionserkrankungen häufig gemeinschaftliche Ängste auslöst, die schlummernde Spannungen innerhalb einer Gesellschaft aktivieren können. Auf der Basis der aktuellen Zahlen von 2016 ist es daher auch ein Anliegen dieses Berichts, mit der Darstellung neuer Entwicklungen und Analysen zu einer Versachlichung der geführten Diskussionen beizutragen.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.



Klaus Pavel
Landrat



Dr. Klaus Walter
Gesundheitsdezernent

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	3
Inhaltsverzeichnis	4
1. Einleitung.....	5
2. Tuberkulose	5
2.1 Was ist Tuberkulose?	5
2.2 Was bedeutet „offene“ und „geschlossene“ Tuberkulose?	5
2.3 Wie kann sich der Mensch mit Tuberkulose anstecken?.....	6
2.4 Bedeutet Ansteckung immer Krankheit?	6
2.5 Welche Symptome lassen auf eine Tuberkulose-Erkrankung schließen?	6
2.6 Wie wird eine Tuberkulose-Erkrankung erkannt bzw. diagnostiziert?.....	6
2.7 Ist eine Tuberkulose-Erkrankung heilbar?.....	7
2.8 Weshalb ist Tuberkulose auch heute noch eine häufige und gefährliche Krankheit?.....	7
3. Tuberkulose in Deutschland	8
4. Tuberkulose im Ostalbkreis.....	9
5. Zusammenfassung	11
6. Ausblick	12

1. EINLEITUNG

In jeder vom Menschen bewohnten Region der Erde kommt Tuberkulose vor. Nach Schätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist rund ein Drittel der Weltbevölkerung mit dem Tuberkulose-Erreger infiziert. Nur ein Teil der Infizierten wird im Laufe des Lebens an Tuberkulose - früher auch Schwindsucht genannt - erkranken.

Eine aktive Fallsuche ist die Grundvoraussetzung, um Erkrankungsfälle und Neuinfektionen zu finden und eine Krankheitsverbreitung zu vermeiden. Es gehört zu den wichtigen Aufgaben eines Gesundheitsamts, enge Kontaktpersonen von Patienten mit infektiöser Lungentuberkulose zu ermitteln und bei Bedarf weitergehende Untersuchungen und Beratungen vorzunehmen. Zudem ist es gesetzlich vorgeschrieben, bestimmte Bevölkerungsgruppen, darunter Asylsuchende, bei Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung auf Tuberkulose zu untersuchen. Mit Öffnung der Landeserstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge (LEA) hat der Geschäftsbereich Gesundheit des Landratsamts Ostalbkreis in Ellwangen seit 2015 eine neue Außenstelle, welche diese notwendige Untersuchung nach § 36 Infektionsschutzgesetz übernimmt.

2. TUBERKULOSE

2.1 Was ist eine Tuberkulose?

Bei der Tuberkulose (Tbc - von lateinisch „tuberculum“ = kleines Geschwulst) handelt es sich um eine Infektionskrankheit, welche durch Bakterien, sogenannte Tuberkel- oder Mykobakterien (*Mycobacterium tuberculosis*), hervorgerufen wird und die vor allem die Lunge befällt. Tuberkulose-Bakterien benötigen einen Wirt, je nach Art des Mykobakteriums ist dies der Mensch, aber auch Tiere können in Frage kommen. Auch außerhalb des Organismus können diese Bakterien bis zu drei Monate überleben. Häufig auch in Kombination mit HIV/AIDS auftretend, gehört Tuberkulose, neben Malaria und HIV/AIDS, zu den tödlichsten Infektionskrankheiten. Zu den Risikofaktoren an einer Tuberkulose zu erkranken, zählen eine schlechte Ernährung, ungünstige soziale Verhältnisse sowie ein geschwächtes Immunsystem. Tuberkulose ist nach § 6 und 7 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) eine meldepflichtige Krankheit. Dies bedeutet, dass ein Labor, Krankenhaus oder niedergelassener Arzt jede neue Erkrankung an Tuberkulose an den Geschäftsbereich Gesundheit des jeweiligen Landratsamts melden muss.

2.2. Was bedeutet „offene“ und „geschlossene“ Tuberkulose?

Tuberkulose ist eine Krankheit, die alle Organe befallen kann. In den allermeisten Fällen ist jedoch die Lunge betroffen. Bei der Lungentuberkulose vermehren sich die Tuberkulose-Bakterien in der Lunge und zerstören das Gewebe. Wichtig ist hierbei die Unterscheidung zwischen „geschlossener“ und „offener“ Tuberkulose.

- Solange die Infektionsherde in der Lunge keinen Kontakt zum Bronchialsystem haben, können die Bakterien nicht nach außen gelangen. In diesem Fall spricht man von einer „geschlossenen Tuberkulose“.
- Im weiteren Krankheitsverlauf können jedoch die Infektionsherde durch Gewebeerfall Anschluss an das Bronchialsystem finden. So gelangen die Bakterien beim Sprechen, Niesen und Husten mit der Atemluft in die Umgebung. Jetzt spricht man von einer „offenen Tuberkulose“.

- Tuberkulose-Erkrankungen anderer Organe (extrapulmonale Tuberkulose) wie z.B. Niere, Lymphknoten oder Knochen sind stets „geschlossene Tuberkulosen“.

2.3 Wie kann sich der Mensch mit Tuberkulose anstecken?

Die Ansteckung mit Tuberkulose-Bakterien erfolgt heute praktisch nur noch über die Atemwege von Mensch zu Mensch. Der an offener Tbc Erkrankte gibt beim Sprechen, Husten und Niesen mit seinem Atem feinste Tröpfchen ab, die Tuberkulose-Bakterien enthalten. Diese können von anderen Menschen eingeatmet werden. Die Ansteckungsgefahr ist umso größer, je länger und enger der Kontakt war und je mehr Tuberkulose-Bakterien der Erkrankte ausgeschieden hat. Eine Erkrankung tritt insbesondere bei sehr jungen, sehr alten oder immungeschwächten Personen auf.

2.4 Bedeutet Ansteckung immer Krankheit?

Nur ein kleiner Teil derer, die sich mit dem Tuberkulose-Erreger infiziert haben, erkranken letztendlich auch an Tuberkulose. Bei nicht immungeschwächten Personen liegt dieser Anteil bei fünf bis zehn Prozent. Man unterscheidet daher streng zwischen „Ansteckung mit Tuberkulose-Bakterien“ und „Erkrankung an Tuberkulose“. In den meisten Fällen kann das Immunsystem den Erreger abkapseln und dadurch die weitere Ausbreitung verhindern. Somit bleiben 90% bis 95% der Infizierten gesund. In diesem Fall spricht man von einer „latenten tuberkulösen Infektion“ (LTBI). Der Zeitraum von der Infektion bis zum Ausbruch der Krankheit (die sogenannte „Inkubationszeit“) liegt zwischen drei Monaten und mehreren Jahren. Das Risiko eines Erkrankungsausbruchs ist in den ersten beiden Jahren nach der Ansteckung am höchsten.

2.5 Welche Symptome lassen auf eine Tuberkulose-Erkrankung schließen?

Die Diagnose einer Tuberkulose ist nicht einfach zu stellen, da es keine eindeutigen Krankheitszeichen gibt. Am häufigsten ist die Erkrankung an einem lang andauernden Husten (länger als drei Wochen) zu erkennen. Dieser - wie auch Bluthusten - sollte auf jeden Fall von einem Arzt abgeklärt werden. Oft bestehen aber nur allgemeine, unspezifische Beschwerden wie ein eingeschränktes Allgemeinbefinden, Appetitlosigkeit und Gewichtsabnahme, Müdigkeit, Nachtschweiß, leichtes Fieber oder/und Symptome eines grippalen Infektes.

2.6 Wie wird eine Tuberkulose-Erkrankung erkannt bzw. diagnostiziert?

Da die Symptome der Tuberkulose recht uncharakteristisch sind, ist die Labor- und Röntgendiagnostik weiterhin das wichtigste Mittel zur Diagnose der Krankheit. Nach der ärztlichen Anamnese („Vorgeschichte“) und einer körperlichen Untersuchung kommen folgende Verfahren in Betracht:

- **Tuberkulose-Hauttest (Tuberkulin-Hauttest, THT)**

Der Tuberkulintest ist ein Hauttest, der am Unterarm angelegt wird und nach drei bis sieben Tagen abgelesen werden muss. Tritt eine Verhärtung der Teststelle ein, ist dies ein Hinweis auf eine mögliche Ansteckung mit Tuberkulose-Bakterien. In diesem Fall folgt in der Regel ein Bluttest (Interferon-Gamma-Test). Dieser Test wird hauptsächlich bei Kindern unter 15 Jahren angewendet.

- **Bluttest (Interferon-Gamma-Test)**

Jugendliche ab 15 Jahren und Erwachsene werden mit dem Interferon-Gamma-Test untersucht. Diese Blutuntersuchung ist ein indirekter Test zum Nachweis einer Infektion mit Tuberkulose-Bakterien. Er wird in der Regel acht Wochen nach dem letzten Kontakt zum Erkrankten durchgeführt.

▪ **Röntgenaufnahme der Lunge (Thorax-Aufnahme)**

Sofern der Tuberkulose-Test (Haut- und/oder Bluttest) eine Infektion anzeigt oder wenn der massive Verdacht auf eine Tbc-Erkrankung besteht (z.B. bei Beschwerden), wird eine Röntgenaufnahme der Lunge angefertigt. Diese Röntgenuntersuchung ist notwendig um festzustellen, ob eine akute Erkrankung an Lungentuberkulose vorliegt.

▪ **Nachweis der Erreger**

Die endgültige Diagnose „Lungentuberkulose“ kann man durch den Nachweis des Erregers stellen. Hierzu werden die Bakterien im Auswurf (Sputum) oder im respiratorischen Sekret wie Bronchiallavage oder Magensaft nachgewiesen. Für die Bewohner der LEA hat sich, in Zusammenarbeit mit den umliegenden Kliniken, die Bronchoskopie als diagnostische Maßnahme bei Tbc-Verdacht durchgesetzt. Werden Keime im Direktausstrich gefunden (mikroskopischer Nachweis von Tuberkulose-Bakterien), so ist eine höhere Ansteckungsfähigkeit gegeben als wenn man die Keime erst nach mehrwöchigem kulturellem Wachstum findet (kulturelle Anzucht der Tuberkulose-Bakterien).

Erst durch die Kombination verschiedener Verfahren, die vom Geschäftsbereich Gesundheit in Aalen, Schwäbisch Gmünd und in der LEA-Ellwangen durchgeführt oder angeordnet werden, kann die Diagnose „Tuberkulose“ sichergestellt oder ausgeschlossen werden.

2.7 Ist eine Tuberkulose-Erkrankung behandelbar?

Tuberkulose ist eine gut behandelbare und heilbare Krankheit geworden. Eine rechtzeitige Diagnose ermöglicht eine problemlose Behandlung, die unter bestimmten Bedingungen auch zuhause durchführbar ist und üblicherweise ungefähr sechs bis neun Monate dauert.

▪ **Präventive Behandlung**

In besonderen Fällen, wenn der Tuberkulose Haut- oder Bluttest eine Infektion anzeigt, kann mit Medikamenten auch verhindert werden, dass die Erkrankung ausbricht (Präventive Behandlung). Bei engen Kontaktpersonen, kleinen Kindern und Personen mit Immunschwäche ist dies sehr wichtig. Es ist ein gängiges Vorgehen, Kinder unter fünf Jahren unabhängig vom Testresultat sofort vorsorgend zu behandeln. Über die Notwendigkeit einer eventuell präventiven Behandlung werden die Kontaktpersonen durch Mitarbeiter des Gesundheitsamts aufgeklärt.

2.8 Weshalb ist Tuberkulose auch heute noch eine häufige und gefährliche Krankheit?

Eine Ursache für die nach wie vor starke weltweite Verbreitung der Tuberkulose-Erkrankung liegt in der hohen Zahl an sogenannten Tbc/HIV-Koinfektionen, also an der gleichzeitigen Infektion eines Menschen mit dem HI-Virus und dem Tbc-Bakterium. Nach Schätzung der Weltgesundheitsorganisation WHO starben im Jahr 2015 weltweit 1,4 Millionen Menschen an Tbc, weitere 400.000 Todesfälle resultieren aus einer Tbc/HIV-Koinfektion. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein HIV-infizierter Patient nach einem Kontakt mit Tuberkulose-Bakterien auch eine Tuberkulose entwickelt, ist 100-fach höher als bei einem nicht HIV-infizierten Menschen.

Auch das zunehmende Auftreten von Antibiotika-resistenten Tuberkulosebakterien stellt ein Problem dar. Daneben spielen demografische Entwicklungen, wie das Bevölkerungswachstum, die zunehmende Lebenserwartung, häufige schlechte medizinische Versorgung sowie globale Migrationsbewegungen eine Rolle.

Für 2015 schätzt die WHO 10,4 Millionen Tbc-Neuerkrankungen weltweit, doch Tuberkulose ist gut behandelbar und heilbar. Allerdings ist auch 135 Jahre nach der Entdeckung des Erregers durch Robert Koch Tuberkulose noch immer die weltweit häufigste zum Tode führende behandelbare Krankheit. Noch immer steht in vielen Regionen der Welt weder die Möglichkeit einer verlässlichen Diagnose noch einer sachgerechten Therapie zur Verfügung.

3. TUBERKULOSE IN DEUTSCHLAND

In Deutschland ist die Zahl der Tbc-Neufälle nach 1945 stetig zurückgegangen. Seit 2013 fällt jedoch ein Anstieg der Neuerkrankungen auf. Als Trendursache hierfür gelten die wachsende Mobilität im Zuge der Globalisierung sowie die Wanderungsbewegungen. Doch nach wie vor ist ein großer Teil (knapp 30 Prozent) der Tuberkulosepatienten in Deutschland geboren. Der deutliche Anstieg der Neuerkrankungszahlen im Jahr 2015 gegenüber 2014 geht in erster Linie auf die aktive Fallfindung bei der gesetzlich vorgeschriebenen Untersuchung von Asylsuchenden zurück. Viele Asylsuchende kommen aus Ländern mit hohen Tuberkuloseraten und haben daher ein höheres Erkrankungsrisiko. 2015 registrierte das Robert Koch-Institut bundesweit 5.852 neue Fälle, dies ist eine Zunahme von fast 30% gegenüber 2014. Eine erneute Steigerung wurde 2016 mit 5.915 Neuerkrankungen übermittelt.

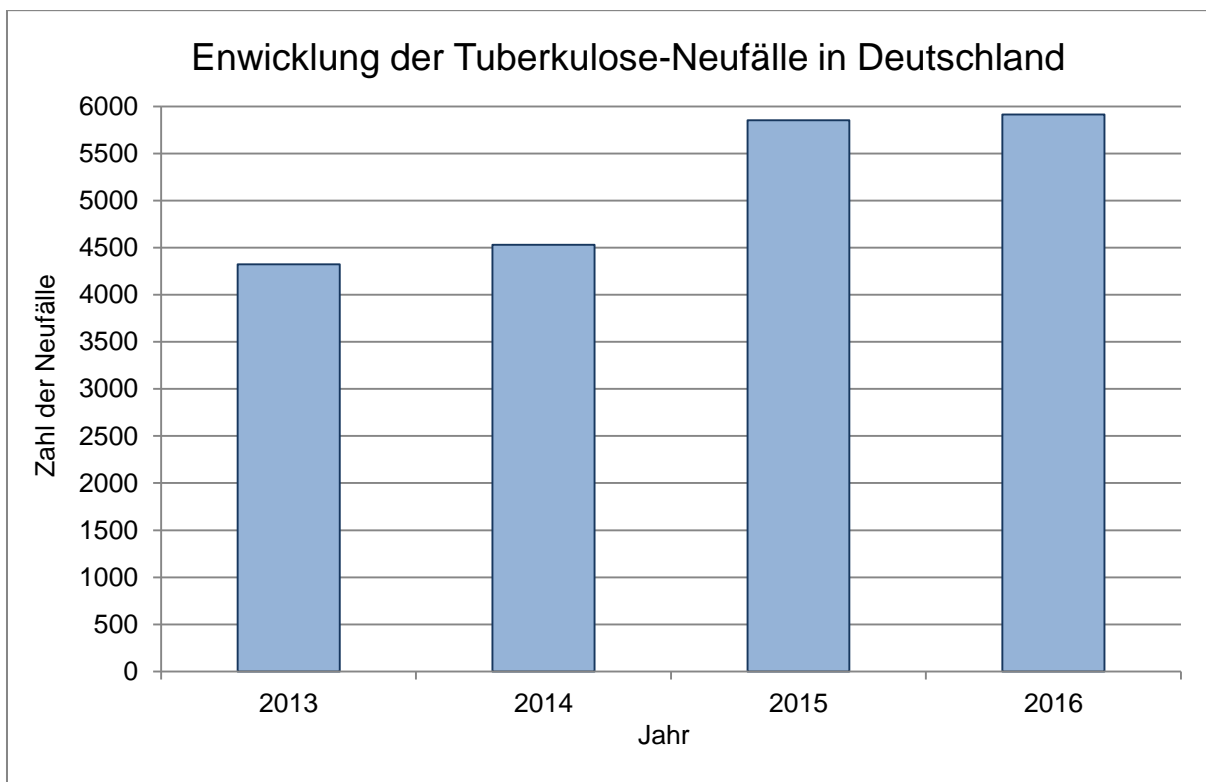


Abbildung 1: Entwicklung der Tuberkulose-Neufälle in Deutschland - Daten: Robert Koch-Institut

Die Inzidenz (Neuerkrankungsrate) in Deutschland lag 2013 und 2014 kaum verändert bei 5,4 bzw. 5,6 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner. Nach einem sprunghaften Anstieg verzeichnete Deutschland 2015 eine Inzidenz von 7,1 Erkrankungen/100.000 Einwohner, was sich 2016 (7,2 Neuerkrankungen/100.000 Einwohner) kaum veränderte.

Baden-Württemberg wies in den zurückliegenden Jahren durchgängig unter dem Bundesdurchschnitt liegende Tbc-Inzidenzraten auf. Für 2016 wird eine Neuerkrankungsrate von 6,9 Fällen/100.000 Einwohner registriert. Spitzenreiter sind die Bundesländer Hamburg und Berlin mit einer Inzidenz von 11,4 bzw. 10,6 Erkrankungen/100.000 Einwohner. Das Saarland vermeldet 2016 nur 4,4 Neuerkrankungen/100.000 Einwohner, gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein mit jeweils 4,7 Neuerkrankungen/100.000 Einwohner. Betrachtet man den Mittelwert aller Bundesländer in den Jahren 2011-2015, so verzeichnet Berlin die höchste Neuerkrankungsrate.

4. TUBERKULOSE IM OSTALBKREIS

Im Ostalbkreis ist im Jahr 2015 ein Anstieg der Tbc-Neuerkrankungen um über 100% im Vergleich zu 2014 zu verzeichnen. Dies ist in erster Linie bedingt durch die sehr große Zahl der untersuchten Personen in der Landeserstaufnahmestelle (LEA) in Ellwangen. Bei den 21 Erkrankten (2014: 9 Erkrankte) handelt es sich überwiegend um Männer (20 Männer/1 Frau). Im Folgejahr 2016 ist die Zahl der Neufälle im Ostalbkreis mit 15 Meldungen (11 Männer und 4 Frauen) rückläufig. Bei 90% der gemeldeten Tuberkulosefälle im Jahr 2016 war die Lunge betroffen.

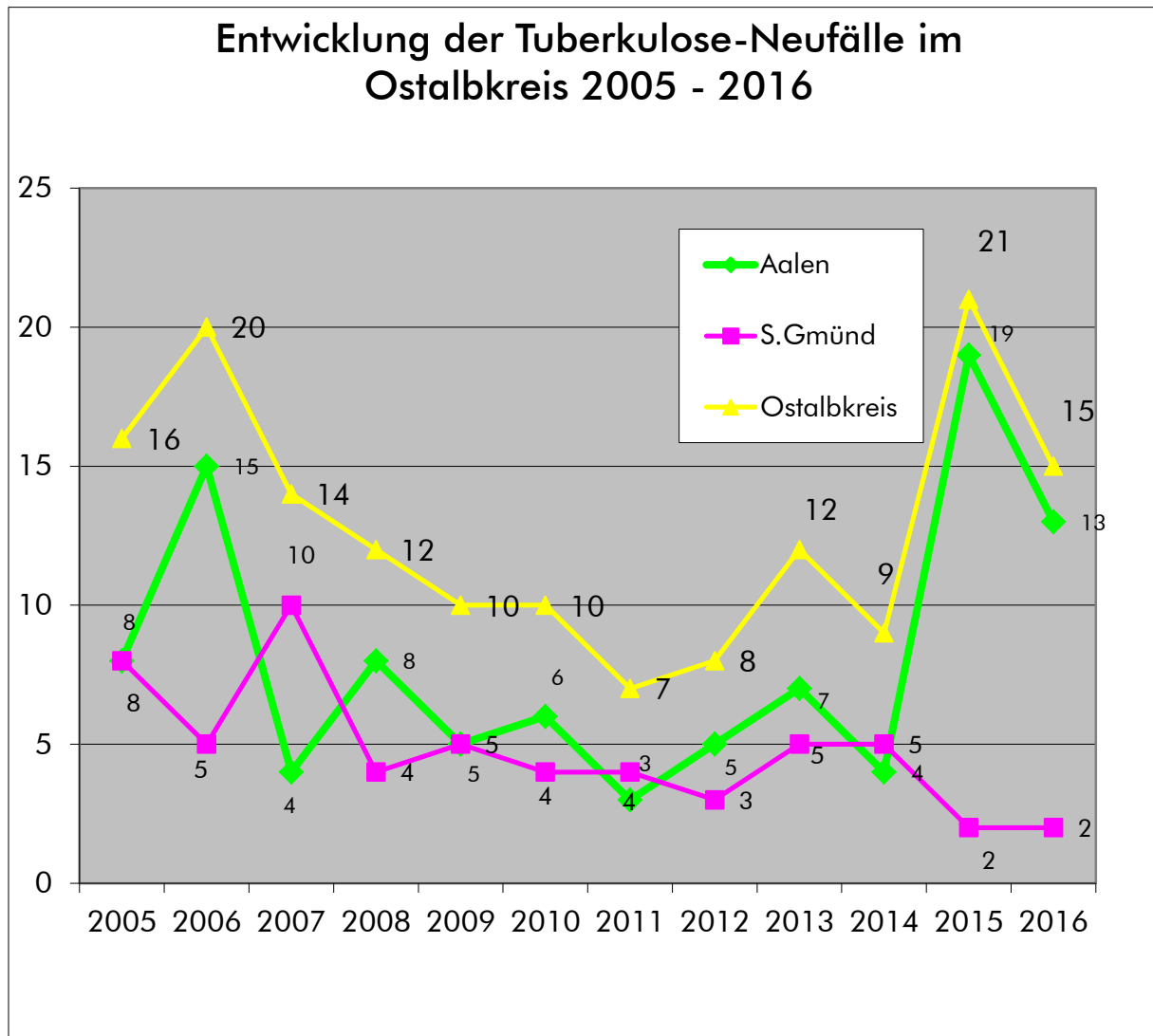


Abbildung 2: Entwicklung der Tuberkulose-Neufälle im Ostalbkreis 2005-2016 (Aalen= inkl. LEA Ellwangen)

Wurden im Rahmen der vorhandenen gesetzlichen Bestimmungen im Jahr 2015 in der LEA-Ellwangen 10.634 Röntgenaufnahmen der Lunge zur Tbc-Früherkennung bei Asylsuchenden durchgeführt, so ist im Folgejahr 2016 mit 2.774 Thorax-Aufnahmen ein deutlicher Rückgang zu erkennen.

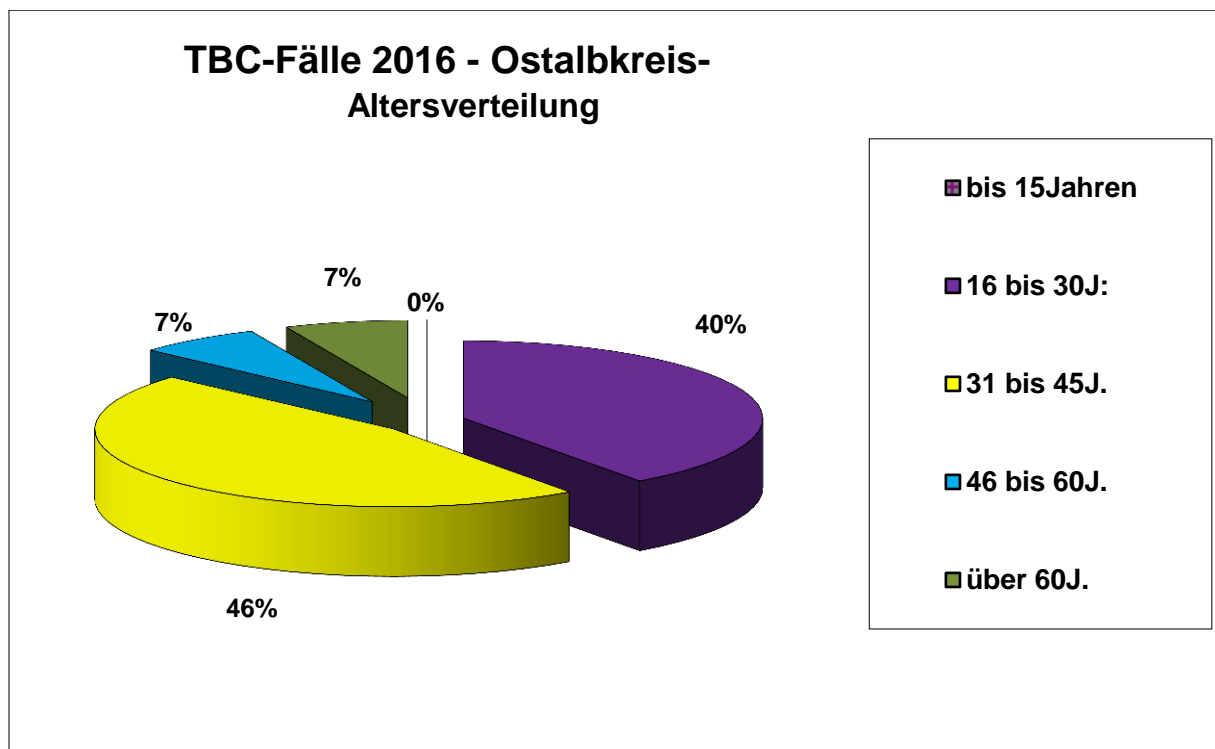
An Hand der durchgeführten Röntgenuntersuchungen bestand bei 71 Thoraxaufnahmen der radiologische Verdacht auf Tbc (2015: 165), hiervon wurden 10 Tuberkuloseerkrankungen bestätigt (2015: 17). Alle bestätigten Tbc-Fälle wurden im Gesundheitsamt Aalen weiter bearbeitet. Die nicht bestätigten Fälle werden durch die Außenstelle Schwäbisch Gmünd noch ein bis zwei Jahre überwacht.

Tbc-Neuerkrankungen bei Asylsuchenden nach Herkunft (Diagnostiziert in der LEA-Ellw.)	Offene Tbc 2015	Geschl. Tbc 2015	Offene Tbc 2016	Geschl. Tbc 2016
Syrien	4	3	1	0
Pakistan	8	0	0	1
Afghanistan	0	1	0	0
Kamerun	0	0	1	1
Eritrea	0	0	2	0
Indien	0	0	0	1
Algerien	1	0	2	0
Georgien	0	0	0	1

Tabelle 1: Tbc -Neuerkrankungen bei Asylsuchenden 2015/2016, diagnostiziert in der LEA-Ellwangen, nach Herkunftsland

Betrachtet man für das Jahr 2016 die Altersverteilung der Tbc-Neufälle im Ostalbkreis, so ist die Gruppe der 31- bis 45-jährigen Erkrankten mit fast 50% am stärksten vertreten. 2016 wurde (wie auch in den beiden Vorjahren) kein Fall im Kindesalter gemeldet.

Abbildung 3: Tbc-Neufälle 2016 nach Altersverteilung



Nach einer Tuberkulose-Meldung übernimmt das Gesundheitsamt die notwendigen Ermittlungen. Es muss sichergestellt werden, dass die Patienten eine Therapie erhalten und im Bedarfsfall isoliert werden. Enge Kontaktpersonen eines an offener Tuberkulose erkrankten müssen ermittelt und vorsorglich untersucht werden. Im Jahr 2016 wurden auf Grund dieser so genannten Umgebungsuntersuchungen im Ostalbkreis 302 Kontaktpersonen in den Tuberkulose-Abteilungen der Gesundheitsämter Aalen und Schwäbisch Gmünd erfasst (2015: 273), die je nach Sachlage ein bis drei Mal untersucht wurden. Es wurden 202 Röntgenaufnahmen der Lunge angefertigt und insgesamt 418 Untersuchungen durchgeführt.

5. ZUSAMMENFASSUNG

In jeder vom Menschen bewohnten Region der Erde kommt Tuberkulose vor. Sie ist keineswegs besiegt, sondern gehört weiterhin, neben Malaria und HIV/AIDS, zu den tödlichsten Infektionskrankheiten.

Nach Schätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist rund ein Drittel der Weltbevölkerung mit dem Tuberkulose-Erreger infiziert. Doch nur ein kleiner Teil derer, die sich mit dem Tuberkulose-Virus infiziert haben, erkranken letztendlich auch an Tuberkulose. Die Ansteckung mit Tuberkulose-Bakterien erfolgt heute praktisch nur noch über die Atemwege von Mensch zu Mensch. Das Risiko ist umso größer, je länger und enger der Kontakt mit der erkrankten Person war. Eine Infektion tritt insbesondere bei sehr jungen, sehr alten oder immungeschwächten Personen auf.

In Deutschland fällt seit 2013 ein Anstieg der Neuerkrankungen auf. Im Jahr 2015 registrierte das Robert Koch-Institut bundesweit 5.852 neue Fälle, dies ist eine Zunahme von fast 30% gegenüber 2014. Eine erneute Steigerung wurde 2016 mit 5.915 Neuerkrankungen übermitteln. Ursachen hierfür finden sich in der Zunahme von moderner Armut, Drogensucht und Erregerresistenzen, sowie in der erhöhten Zuwanderung von Menschen aus Krisengebieten und Armutsregionen.

Es ist in Deutschland gesetzlich vorgeschrieben, bestimmte Bevölkerungsgruppen, darunter Asylsuchende, bei Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung auf Tuberkulose zu untersuchen. Mit Öffnung der Landeserstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge (LEA) im Jahr 2015 hat der Geschäftsbereich Gesundheit des Landratsamts Ostalbkreis in Ellwangen eine neue Außenstelle etabliert, deren Mitarbeiter diese notwendige Untersuchung nach § 36 Infektionsschutzgesetz übernehmen. Wurden im Jahr 2015 in der LEA-Ellwangen 10.634 Röntgenaufnahmen der Lunge zur Tbc-Früherkennung bei Asylsuchenden durchgeführt, ist im Folgejahr 2016 (2.774 Thorax-Aufnahmen) ein deutlicher Rückgang zu erkennen.

Im Ostalbkreis ist 2015 ein Anstieg der Tbc-Neuerkrankungen von über 100% im Vergleich zu 2014 zu verzeichnen. Dies ist in erster Linie bedingt durch die sehr große Zahl der untersuchten Personen in der Außenstelle des Gesundheitsamts in Ellwangen. Bei den 21 Erkrankten (2014: 9 Erkrankte) handelt es sich überwiegend um Männer. Im Jahr 2016 ist die Zahl der Neufälle im Ostalbkreis mit 15 Meldungen rückläufig.

Eine rasche Entdeckung erkrankter Personen ist entscheidend für eine schnell einsetzende Therapie. Daher gehört es zu den wichtigen Aufgaben eines Gesundheitsamts, enge Kontaktpersonen von Patienten mit infektiöser Lungentuberkulose zu ermitteln und bei Bedarf weitergehende Untersuchungen und Beratungen vorzunehmen. Im Jahr 2016 wurden im Ostalbkreis auf Grund von Umgebungsuntersuchungen 302 Kontaktpersonen in den Tuberkulose-Abteilungen der Gesundheitsämter Aalen und Schwäbisch Gmünd erfasst (2015: 273), die je nach Sachlage ein bis drei Mal untersucht wurden. Es wurden 202 Röntgenaufnahmen der Lunge angefertigt und insgesamt 418 Untersuchungen durchgeführt.

In Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäusern kann der Geschäftsbereich Gesundheit im Landratsamt Ostalbkreis eine effektive Tuberkulosebekämpfung gewährleisten.

6. AUSBLICK

Deutschland zählt im internationalen Vergleich noch immer zu den Ländern mit einer niedrigen Tbc-Neuerkrankungsrate. Wächst die Zahl der Neufälle jedoch weiterhin deutlich, kann Tuberkulose wieder zu einem ernstzunehmenden Problem werden. Bei einer anhaltend massiven Zuwanderung aus Kriegsgebieten und Armutsregionen nach Deutschland ist auch im Ostalbkreis mit weiter steigenden Neuerkrankungszahlen zu rechnen. Daher ist es wichtig, den vorhandenen, hohen Standard der Tuberkulosebekämpfung zu erhalten und, bei Bedarf, gezielt zu ergänzen. Immer deutlicher zeichnet sich hierbei der steigende Aufwand ab, den Gesundheitsämter betreiben müssen, um eine Ausbreitung der Tuberkulose in der Bevölkerung zu verhindern.

Bei der Vorbeugung einer Ausbreitung von Tuberkuloseerkrankungen sind Asylsuchende eine wichtige Zielgruppe. Abhängig vom Herkunftsland ist in dieser Gruppe die Wahrscheinlichkeit einer Infektion mit dem Tbc-Erreger im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung deutlich erhöht. Mit den in Deutschland gesetzlich vorgeschriebenen Röntgenuntersuchungen des Thorax bei Asylsuchenden ab dem 16. Lebensjahr, können potenziell ansteckende Lungentuberkulosen frühzeitig entdeckt werden.

Gleichfalls eine zentrale Rolle kommt dem öffentlichen Gesundheitsdienst bei der Durchführung sogenannter Umgebungsuntersuchungen bei jedem Tbc-Erkrankten zu. Im Ostalbkreis forschen Mitarbeiter der Gesundheitsämter in Aalen und Schwäbisch Gmünd akribisch nach, welche Personen engen räumlichen Kontakt zu den Erkrankten hatten und sich so möglicherweise anstecken konnten. Diese Umgebungsuntersuchungen können insbesondere bei Zuwanderern sehr aufwendig sein. Dies kann mit größeren Familienverbänden zusammenhängen oder durch die Unterbringung in Massenunterkünften bedingt sein. Sprachliche und kulturelle Barrieren erschweren zusätzlich die Suche nach Kontaktpersonen sowie die Betreuung und Überwachung der Behandlung dieser Erkrankten. Ein erhöhter Arbeitsaufwand besteht ebenfalls bei infizierten Personen, die in sozial desintegrierten Verhältnissen leben und/oder sich in Abhängigkeit von Suchtmitteln befinden.

Da Tuberkulose in Deutschland kaum noch bekannt ist, liegt ein weiterer Schwerpunkt der Tuberkulosebekämpfung in der erhöhten Information der Bevölkerung. Die Notwendigkeit von Aufklärungskampagnen ist insbesondere an Institutionen wie Unterkünften und Schulen gegeben, bezieht sich aber ebenso auf Kliniken und niedergelassene Ärzte. Auch hier ist der öffentliche Gesundheitsdienst in den kommenden Jahren vermehrt gefordert.

Lothar H. Wieler, Präsident des Robert Koch-Instituts, fasst die Lage in Deutschland anlässlich des Welttuberkulosetags am 24. 03. 2017 so zusammen:

„Die Anstrengungen für die frühe Erkennung, Behandlung und Vermeidung von Tuberkulose sind wichtiger denn je. Die Gesundheitsämter müssen dafür ausreichend ausgestattet sein“.