

Erklärtes Ziel der WHO ist die weltweite Ausrottung

Tuberkulose in der Schweiz: Wo liegt das Problem?

Jean-Pierre Zellweger

Kompetenzzentrum Tuberkulose, Lungenliga Schweiz, Bern

Heutzutage stellt die Tuberkulose weder in der Schweiz noch in irgendeinem anderen Land Westeuropas ein Problem der öffentlichen Gesundheit dar. Die Inzidenzrate (Anzahl gemeldeter Fälle pro Jahr pro 100 000 Einwohner) sinkt recht kontinuierlich. Die Diagnostik beruht auf landesweit verfügbaren Labortests, und die Therapie ist gut standardisiert und effizient, so dass die Heilung Erkrankter so gut wie sicher ist. Der *Zauberberg* und die *Fanfare von Leysin** sind glücklicherweise Vergangenheit.

Und dennoch sind mit der Tuberkulose immer noch mehrere praktische Probleme verbunden, wie die in dieser Nummer veröffentlichten Artikel von Altpeter und Schmiedel treffend vor Augen führen:

Das erste Problem liegt darin, dass infolge seltener Krankheitsfälle die Erfahrung der Primärversorger, die in erster Linie an die Durchführung von Tests zur Diagnosefindung denken müssen, immer begrenzter wird. Das führt dazu, dass in Ländern mit niedriger Tuberkuloseinzidenz die Diagnose oft erst spät und in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium gestellt wird, wie eine in einem US-Bundesstaat durchgeführte Studie zeigt [1]. In der Schweiz, wie in anderen europäischen Ländern, beträgt die mittlere Dauer zwischen Krankheitsbeginn und Diagnose mehr als zwei Monate [2], wobei die grösste Verzögerung dem Gesundheitssystem und nicht dem Patienten zuzuschreiben ist [3, 4]. Die Folge ist, dass Erkrankte in der Schweiz aufgrund verspäteter Diagnose immer noch versterben; ihre Tuberkulose wäre bei rechtzeitigem Erkennen heilbar gewesen [5].

Das zweite Problem resultiert aus den Schwierigkeiten beim Erkennen der klinischen Präsentation der Erkrankung, bei der Interpretation des Krankheitsverlaufs und praktischen Anwendung der Diagnoseverfahren. Die Diagnostik ist bei der Tuberkulose häufig der schwierigste Schritt. Zu viele Ärzte vergessen, dass die Tuberkulosediagnose nach wie vor auf der bakteriologischen Untersuchung (einschliesslich der neuen Genomnachweistests) des Sputums eines Patienten mit auffälligem Röntgenthorax beruht und nicht auf einem Serumtest. Vor dem Hintergrund einer fortschreitenden Krankheit schliesst ein negatives erstes

Laborergebnis zudem in keiner Weise eine bereits vorhandene, langsam progressive Erkrankung aus, die erst bei einem späteren Test nachweisbar sein wird [6].

Auffällig ist die geringe Auskunftsbereitschaft eines Teils der Behandler bei der Übermittlung der epidemiologischen Daten an die Gesundheitsbehörden nach gestellter Diagnose: Häufiger, als man meinen könnte, sind für die Therapiewahl und Betreuung wichtige Informationen wie Herkunft des Patienten, bereits durchgeführte Therapien oder schlicht der Name des behandelnden Arztes nicht auf dem Meldeformular angegeben. Das für die Organisation der Umgebungsuntersuchungen immens wichtige Ergebnis der bakteriologischen Tests ist oft unbekannt oder wird erst verspätet weitergeleitet.

Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, Patienten einer lückenlosen standardisierten Behandlung zu unterziehen. Die Tuberkulosetherapie ist langwierig, beschwerlich und häufig von Nebenwirkungen begleitet.

Früherkennung der latenten Tuberkuloseinfektion mit Präventivbehandlung in den Risikogruppen ist ein wichtiger Bestandteil einer globalen Politik der Tuberkulosekontrolle

Änderungen des Behandlungsschemas müssen sorgfältig abgewogen werden, um eine Heilung zu gewährleisten und die Entwicklung von Mykobakterienstämmen, die gegen ein oder mehrere Tuberkulostatika resistent sind, zu vermeiden [7]. Die Population der Tuberkuloseerkrankten besteht zum Grossteil aus Personen ausländischer Herkunft, die häufig noch schlecht integriert sind und ihren Wohnsitz aus sozialen, familiären oder administrativen Gründen wechseln, ja sogar gewissermassen «verschwinden», um einer Ausweisung ins Ausland zu entgehen. Die Betreuung einer derart mobilen Bevölkerung stellt mitunter ein erhebliches praktisches Problem dar (Therapieüberwachung und Informationsweitergabe).

* Die «Fanfare de Leysin» («Blaskapelle von Leysin») war eine – etwas spöttische – Beschreibung des Lärms der hustenden Patienten in den Sanatorien von Leysin. In den Westschweizer Spitälern war es üblich zu sagen, dass ein hustender Patient bald ein Mitglied der «Fanfare de Leysin» werde.



Jean-Pierre Zellweger

Schliesslich ist die Problematik derjenigen Tuberkulosefälle zu nennen, die durch Keime erzeugt sind, die gegen die wichtigsten zwei Erstlinienantituberkulotika resistent sind (multiresistente Tuberkulose, MDR-TB). Zwar gibt es in der Schweiz nur wenige solcher Fälle, und die Mehrzahl ist eingeschleppt, aber sie stellen die behandelnden Ärzte vor ernstzunehmende Probleme bei Medikamentenwahl, Betreuung und Kostenübernahme. Da Reservemedikamente landesweit grösstenteils verfügbar und die mit Tbc-Fällen konfrontierten Ärzte dazu übergegangen sind, vor Therapiedurchführung weitere Facharztmeinungen einzuholen (*Closed User Group der Lungenliga Schweiz*

Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, Patienten einer lückenlosen standardisierten Behandlung zu unterziehen

und des Bundesamtes für Gesundheit BAG), ist das Endresultat zufriedenstellend [8]. Jedoch könnte eine Zunahme der Anzahl und Komplexität dieser Fälle selbst in der Schweiz eine hohe finanzielle Belastung für das System darstellen und beträchtliche Schwierigkeiten bergen [9].

Langfristiges Ziel der WHO ist die Ausrottung der Tuberkulose, beginnend mit den Niedriginzidenzländern, in denen dies in nicht allzu ferner Zukunft Realität werden kann [10]. Es gilt jedoch noch einige Hindernisse zu überwinden, darunter die Tatsache, dass die meisten der in den westlichen Ländern beobachteten Fälle Personen betreffen, die in einem Hochinzidenzland geboren sind und sich dort infiziert haben, bei denen die Krankheit jedoch erst nach ihrer Einreise in ein Niedriginzidenzland infolge Reaktivierung einer nicht entdeckten latenten Infektion ausbricht [11]. Die Früherkennung einer latenten Tuberkuloseinfektion mit Präventivbehandlung in den Risikogruppen stellt eine wichtige Komponente einer globalen Politik der Tuberkuloseüberwachung dar [12]. Daneben sind auch die Erhaltung von Wissen und die Pflege eines Netz-

werkes kompetenter Fachkräfte ein wichtiges Kriterium. Die Schweizer Gesundheitsbehörden haben eine Strategie zur Bekämpfung der Tuberkulose festgelegt, die diese Faktoren berücksichtigt [13] und zur endgültigen Ausrottung der Krankheit beitragen kann, sofern sie korrekt befolgt wird.

Literatur

- Wallace RM, Kammerer JS, Iademarco MF, Althomsons SP, Winston CA, Navin TR. Increasing Proportions of Advanced Pulmonary Tuberculosis Reported in the United States: Are Delays in Diagnosis on the Rise? *AJRCCM*. 2009;180(10):1016–22.
- Kherad O, Herrmann FR, Zellweger JP, Rochat T, Janssens JP. Clinical presentation, demographics and outcome of tuberculosis (TB) in a low incidence area: a 4-year study in Geneva, Switzerland. *BMC Infect Dis*. 2009;9:217.
- Farah MG, Rygh JH, Steen TW, Selmer R, Heldal E, Bjune G. Patient and health care system delays in the start of tuberculosis treatment in Norway. *BMC Infectious Diseases*. 2006;6:33.
- Storla DG, Yimer S, Bjune GA. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. *BMC Public Health*. 2008;8:15.
- Fellrath JM, Zellweger J.P. La jeune fille et la mort. *Swiss Medical Forum*. 2010;10(23):409–11.
- Berthod D, Desbaillets N, Berney JL, Zellweger JP. Fever of indeterminate origin in a young immigrant male: a case of miliary tuberculosis in the Gruyère region. *Forum Med Suisse*. 2006;6:1108–10.
- van der Werf MJ, Langendam MW, Huitric E, Manissero D. Multidrug resistance after inappropriate tuberculosis treatment: a meta-analysis. *Eur Respir J*. 2012;39(6):1511–9.
- Helbling P, Altpeter E, Egger JM, Zellweger JP. Treatment outcomes of multidrug-resistant tuberculosis in Switzerland. *Swiss Med Wkly*. 2014;144:w14053.
- Loddenkemper R, Sotgiu G, Mitnick CD. Cost of tuberculosis in the era of multidrug resistance: will it become unaffordable? *Eur Respir J*. 2012;40(1):9–11.
- Lönnroth K, Migliori GB, Abubakar I, D'Ambrosio L, de Vries G, Diel R, et al. Towards tuberculosis elimination: an action framework for low-incidence countries. *Eur Respir J*. 2015;45(4):928–52.
- Ricks PM, Cain KP, Oeltmann JE, Kammerer JS, Moonan PK. Estimating the burden of tuberculosis among foreign-born persons acquired prior to entering the U.S., 2005–2009. *PLoS ONE*. 2011;6(11):e27405.
- Abubakar I, Stagg HR, Cohen T, Mangtani P, Rodrigues LC, Pimpin L, Watson JM, Squire SB, Zumla A. Controversies and unresolved issues in tuberculosis prevention and control: a low-burden-country perspective. *The Journal of Infectious Diseases*. 2012;205 Suppl 2:293–300.
- Office fédéral de la santé publique OFSP. Stratégie nationale de lutte contre la tuberculose 2012–2017. Département fédéral de l'intérieur, Berne, 2012.

Korrespondenz:
Dr. med.
Jean-Pierre Zellweger
Centre de compétence
tuberculose
Ligue pulmonaire suisse
Chutzenstrasse 10
CH-3007 Bern
zellwegerjp[at]swissonline.ch