

Tbc-Epidemie – Bedrohung aus Russland

Alarmierender Anstieg der Erkrankungszahlen – Multiresistente Stämme können auch für Westeuropa zum Problem werden

von **Dietrich Rohde**

Ein strahlend blauer Himmel wölbt sich über Nord-Ost-Preußen, „Oblast Kaliningrad“ heißt die Gegend heute. Es ist Anfang Mai, die Natur mit dem kräftigen frischen Grün der Bäume und der Wiesen explodiert geradezu. Im Schrittempo nähern sich die Besucher auf einem nur zum Teil befestigten Weg mit tiefen Schlaglöchern dem Kinder-Tbc-Sanatorium in Svertlogorsk (Rauschen). In einem verwahrlosten Parkgelände liegen verstreut einige Häuser, von denen nur das – auch bereits wieder renovierungsbedürftige – Verwaltungs- und Wirtschaftsgebäude neueren Datums ist. Die Kinderhäuser und die baufällige Schule stammen noch aus deutscher Zeit.

Trotz des Feiertages empfängt uns der Chefarzt A.W. Schesterow pünktlich. Die noch behandlungsbedürftigen, aber nicht mehr ansteckungsfähigen Tbc-kranken Kinder werden zur Weiterbehandlung aus der Tbc-Kinderklinik in Kaliningrad (Königsberg) hierhin verlegt, berichtet er. Ein Problem besteht jedoch darin, dass sich viele Kinder etwa zwei bis drei Jahre nach der Ausheilung und Genesung wieder im Sanatorium einfinden, weil sie nach Rückkehr in ihre Familie dort erneut infiziert worden sind.

Duma blockiert Kontrollprogramm

Der Hintergrund dieses Problems: Mit der Auflösung der Sowjetunion (UdSSR) 1991 ist auch das strengste Tb-Kontrollprogramm der Welt beseitigt worden. Das hatte

zum Ergebnis, dass es bis heute der Freiwilligkeit, der Beziehungen und der finanziellen Selbstbeteiligung obliegt, ob eine Untersuchung und Therapie durchgeführt wird. Da etwa die Hälfte der Bevölkerung unter der bittersten Armut leidet und gerade diese Gruppe besonders anfällig für die Lungentuberkulose ist, verbreitet sich zurzeit die Seuche Tuberkulose sprunghaft (*siehe Grafik Seite 19*). Neue Tb-Kontrollprogramme seien in Entwicklung, würden jedoch von der Duma, dem Parlament in Moskau, geblockt, sagt Dr. Schesterow. Er zeigt uns den bewilligten Haushaltsplan 2000 des Sanatoriums. Mit Ausnahme der Posten für Medikamente und das Personal sind alle anderen Etatstellen drastisch gekürzt oder gestrichen worden. Stark gespart werden soll besonders auch an Nahrungsmitteln.

Für Renovierung oder Ersatzbeschaffung ist kein Geld genehmigt worden. Da dies ein Dauerzustand ist, sehen die Räume, in denen die Kinder zusammengepfercht sind, entsprechend aus: Düstere Räume, die nur noch von einer intakten Neonröhre beleuchtet werden. Fetzen von Gardinen hängen vor den Fenstern, aus diversen Löchern in der Wand rieselt der Putz. Die einzige De-

koration sind vereinzelte, von Kinder gemalte Bilder an der Wand. In den Räumen stehen stark defekte, aus Pressholz zusammengesetzte Betten, nur vereinzelt durch einen Stuhl oder einen demolierten Nachttisch voneinander getrennt. Bis zu 10 Betten reihen sich dicht an dicht in einem Raum. Das selbst mitgebrachte Bettzeug ist zum Teil zerschissen, der Linoleumfußboden an vielen Stellen aufgeklappt. Die dazugehörigen sanitären Einrichtungen befinden sich in einem unbeschreiblichen Zustand: Für 40 Kinder eine einzige Toilette, zum Teil ohne Deckel, Zuleitung und Wasserbehältnis sind verrostet, zwei Waschbecken braun verfärbt – Zustände, die krankheitsinduzierend sind!

Das absolute Kontrastprogramm hierzu ist in einem anderen Kinderhaus zu sehen. Neben dem Eingang steht dort auf einem Messingschild: „Mit Fördermitteln der Fasel-Stiftung und mit Unterstützung des Vereins Hilfe für Kaliningrad/Königsberg e.V. in Duisburg renoviert.“ Alle Räume sind voll renoviert und machen einen lichten, farbenfrohen, freundlichen und sauberen Eindruck. Die eigens in einer Duisburger Werkstatt entwickelten und zum Teil auch produzierten Doppelbetten aus Massivholz ermöglichen mehr Bewegungsraum in



Der Autor dieses Beitrags, Dr. Dietrich Rohde, ist Vorstandsmitglied der Ärztekammer Nordrhein. Er arbeitet als niedergelassener Internist mit dem Schwerpunkt Pneumologie in Mülheim/Ruhr. Rohde, der 1941 in Königsberg/Ostpreußen (heute Kaliningrad) geboren wurde, ist Ehrenvorsitzender des Bundesverbandes der Pneumologen in Deutschland. Foto: Erdmenger



Viele Kinder müssen sich etwa zwei bis drei Jahre nach der Ausheilung und Genesung wieder im Tbc-Sanatorium einfinden, weil sie nach Rückkehr in ihre Familie dort erneut infiziert worden sind. Denn mit der Auflösung der Sowjetunion ist auch das effektive Tbc-Kontrollprogramm beseitigt worden.

Foto: Rohde

den Krankenzimmern und sind sauber, ordentlich und freundlich eingedeckt. Ein aus Duisburg gelieferter Wasch-Bau-Container mit mehreren Dusch- und Waschmöglichkeiten ist an das Kinderhaus angebaut und voll funktionsfähig. Einen derartigen Luxus konnten wir in keinem weiteren Sanatorium und in keiner Klinik entdecken! Mit Stolz und Sorgfalt betreuen die Schwestern beziehungsweise Erzieher dieses Kleinod.

Projektbezogene Sozialarbeit

Möglich machte dieses Projekt der energische Wille des deutschen Sozial-Managers Wolfgang Weber, eines ehemaligen Sozialarbeiters aus Duisburg. Er lebt seit einigen

Jahren in Nord-Ost-Preußen und führt projektbezogene Sozialarbeit in Verbindung mit humanitärer Hilfe nach dem Prinzip „Hilfe durch Selbsthilfe“ durch. Es gibt auch Russen, die in ähnlicher Weise sehr zielorientiert und effektiv Sozialarbeit leisten wie zum Beispiel der Kinder- und Waisenhausdirektor Wassili Issajew in Selenogradst (Cranz). Diese Beispiele belegen, dass man mit den richtigen Persönlichkeiten vor Ort Sozialarbeit leisten kann, die dem einzelnen Bedürftigen zugute kommt.

Der Gebäudezustand der beiden Tuberkulose-Kliniken in Kaliningrad (Königsberg) für die an offener, also ansteckungsfähiger Lungentuberkulose erkrankten Kinder und Erwachsenen unterscheidet sich keineswegs von denen im Kinderhaus des Tbc-Sanatoriums Svertlogorsk. Für die bakteriologische Diagnostik existiert nur ein einziges Fluoreszenzmikroskop, welches in einem eineinhalb mal eineinhalb Meter großen Oberarztzimmer unter Verschluss behütet wird.

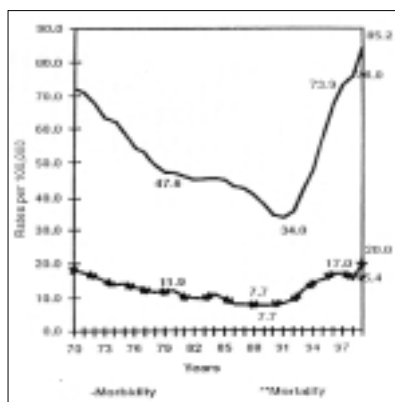
Im Übrigen sind Mikroskope von musealem Charakter vorhanden, mit denen die Diagnostik betrieben wird. Die auffälligen übrigen Räume für Bakteriologie befinden sich im Renovierungszustand, der sich wegen mangelnder Mittel seit Wochen hinschleppt. Somit

können keine Kulturen, Typendifferenzierungen oder Resistenzbestimmungen durchgeführt werden. Die Röntgentechnik befindet sich auf einem Niveau wie in Deutschland vor über 30 Jahren. Die Röntgenfilme werden noch per Hand entwickelt. Von Laborautomaten keine Spur. Das einzige Bronchoskop ist japanischer Bauart und ist einer Spende zu verdanken, kostet jedoch vor Ort das Dreifache des deutschen Preises!

Ungeschminkte Offenheit

Die Freundlichkeit und die Bereitschaft aller leitenden Ärzte, alles in ungeschminkter Offenheit darzulegen, setzt sich fort in einer nach der Lokalbesichtigung aller Tbc-Betreuungseinrichtungen einberufenen Konferenz, an der auch Militärärzte und die führenden Verantwortlichen im Gesundheitsbereich teilnehmen. Die Selbsteinschätzung der Lage (2) hier in wenigen Zahlen und Fakten: Die Tbc-Erkrankungsrate liegt um 33,6 Prozent höher als im Durchschnitt in Russland (1999: 85,2 Fälle auf 100.000 Einwohner (3). Zum Vergleich: Deutschland 12,7 auf 100.000). Die Zahl der erkrankten Kinder übersteigt die durchschnittliche Anzahl der in Russland Erkrankten um das 4,3-fache! Im Vordergrund stehen die „aggressiven“ resistenten Stämme von Tb-Mycobakterien mit einer primären Resistenz von 49,5 Prozent und einer sekundären Resistenz von 80,9 Prozent.

Die offiziellen russischen Zahlen (3) weisen eine Resistenz von 50 Prozent und eine Multiresistenz gegenüber Isoniacid und Rifampicin (MDR-Tb) von 20 bis 22 Prozent aus. Mit den 745 Tbc-Krankenbetten kann der Gesamtbedarf von Erkrankten nur zu 52 Prozent gedeckt werden. Nur 50 Prozent der Stellen sind in den Krankenhäusern besetzt. Eine Oberärztin verdient 1.200 Rubel im Monat, das sind umgerechnet nicht einmal 100 DM. Damit kann sie nicht einmal die Miete für eine Zweizimmer-Wohnung im Plattenbau bezahlen. Eine Putzfrau erhält 300 Rubel, also rund 25 DM im Monat. Die mangelhafte Finanzierung lässt einen vernünftigen therapeutischen und



Der sprunghafte Anstieg von Morbidität und Mortalität durch Tbc in Russland ist alarmierend.

diagnostischen Prozess auf einem modernen Niveau einfach nicht zu.

Hohe Sterblichkeit

Die Sterblichkeit der an offener Lungentuberkulose Erkrankten liegt im 1. Jahr nach der Diagnosefeststellung bei 33,8 Prozent. Jeder zweite Kranke wird als nicht geheilt entlassen und infiziert zu Hause weitere Menschen. Das zunehmend gehäufte Auftreten der Tuberkulose in Verbindung mit AIDS infolge der sprunghaft ansteigenden Heroinabhängigkeit besonders Jugendlicher stellt zurzeit ein unlösbares Problem dar.

Bei einer Gesamtbevölkerung von 950.000 Einwohnern im Oblast Kaliningrad gibt es derzeit 3.181 an HIV-Infizierte Personen bei 1584 Heroinabhängigen – soweit registriert. Infektionsträger sollen angeblich in erster Linie freigelassene Strafgefangene (Amnestiegesetz) sein. Insbesondere die zunehmende Zahl von Ost-West-Migranten aus Kasachstan, Aserbaidshan, Usbekistan und anderen Staaten der ehemaligen Sowjetunion, die nur zu einem Drittel registriert und untersucht seien, wird als drängendes Problem angesehen. Der größte Teil lebe illegal im Oblast Kaliningrad mit dem Ziel, weiter in den Westen zu wandern.

Gefahr auch für Deutschland

Dies ist ein zunehmendes Gesundheits-Problem auch für Westeuropa, besonders für Deutschland. Eine deutsche Studie (4) belegt, dass bereits heute die in Deutschland registrierten und an Tuberkulose erkrankten Russen eine Multi-resistenz gegenüber den wichtigsten Antibiotika von über 14 Prozent besitzen. Falls diese nicht unter Auf-

Sach- und Geldspenden erbeten an:

Agitas-Circle e.V., Gemeinnütziger Verein für medizinisch-humanitäre Hilfe – Morper Allee 2-4, 40699 Erkrath Bankhaus Lampe Düsseldorf, BLZ 480 201 51, Spendenkonto 1 333 313 – Stichwort: „Tbc-Hilfe für Königsberg.“

DZK-Studie zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland 1996-1998

Geburtsland	Getestete Patienten n			Allg. Resistenzrate in %			Multiresistenz (INH+RMP) in %		
	1996	1997	1998	1996	1997	1998	1996	1997	1998
Insgesamt	2.736	3.164	2.917	7,9	8,5	10,6	1,2	1,5	1,8
Einheimische	1.820	2.095	1.821	5,9	6,3	7,0	0,6	0,8	0,8
GUS-Staaten	114	150	161	28,1	26,0	37,3	5,3	12,5	14,8
Zentral- u. Osteuropa	394	445	426	12,9	12,6	20,0	3,4	4,4	7,0

bringung von sehr hohen Kosten saniert werden können, bedeuten sie auch eine Dauer-Infektions-Quelle für uns. Besonders problematisch für unsere Bevölkerung ist jedoch die zunehmende Zahl der hier illegal lebenden Infektionsträger, die die zunehmend multiresistenten Tuberkulosestämme unkontrolliert weiter verbreiten.

Dieses Problem zu erkennen, zu analysieren und entsprechende Präventionsstrategien umzusetzen muss eine vordringliche Aufgabe unserer Gesundheitspolitik sein. Spätestens hieran ist zu erkennen, dass die Entwicklungen in Russland, aber auch in Osteuropa uns nicht kalt lassen können. Zeitversetzt kommen deren Probleme auf uns zu!

Hilfe dringend notwendig

Deswegen ist es nicht nur sinnvoll, sondern auch unbedingt notwendig, in mehreren Stufen jenseits der deutschen Ostgrenze weiter tätig zu werden:

1. Fortsetzung der humanitären Hilfe, jedoch koordinierter, effizienter und zielorientierter als bisher nach dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ in Projekten, wie sie oben beispielhaft dargestellt wurden. Gewarnt werden muss jedoch vor der einfachen Transferierung von Geldern und Gegenständen, da diese nur zur Gewöhnung, Passivität, Abhängigkeit und Zweckentfremdung führen kann. Für den Agitas-Circle e.V. – einen Verein für medizinische und humanitäre Hilfe unter Leitung der Ärzte Dr. med. J. Lindemann (Erkrath), Dr. med. A. Schüller (Düsseldorf) und anderen – wurde jetzt in Kaliningrad eine Operations-

basis hergestellt mit einer gut funktionsfähigen Geschäftsstelle unter Leitung des deutschen Sozial-Managers W. Weber. Von hier aus können alle Projekte zielorientiert vor Ort umgesetzt und kontrolliert werden.

2. Da keine Finanzmittel zum Beispiel für Ersatzbeschaffung, Wäsche, Renovierung und Materialien jeglicher Art zur Verfügung gestellt werden, wird alles benötigt. Gebrauchte, aber funktionsfähige medizinische Geräte – vom Pari Inhalierboy über Mikroskope und Röntgengeräte bis hin zu Röntgenschirmbildwagen – werden dringend benötigt. Nach einheitlicher Aussage aller Chefärzte sind ihnen Geräte aus Deutschland und Westeuropa lieber als aus Russland, da hierfür eher Ersatzteile zu erhalten sind und vor allem auch die Wege kürzer sind als beispielsweise nach Moskau.
3. Wegen der überhand nehmenden Infektionskrankheiten bedarf es neuer Einrichtungen. Vorbereitungen hierfür werden bereits getroffen, bedürfen aber einer anderen Dimension der Unterstützung!

Quellen:

1. Shilova, M. *Tuberkulosis in Russia in 1998*. Research Institute for Phthisiopulmonology at the Sechenov Moscow Medical Academy, 1999 : pp 35
2. *Gesundheitsbericht an den Gouverneur Wladimir Jegorow (Mai 2001)*.
3. M.I. Perelmann, *Director of Institute and Chair of Phthisiopulmonology at the Sechenov Moscow Medical Academy, Tuberculosis in Russia*, erschienen in INT.J. TUBERC.LUNG. DIS. 4(12):1097-1103, 2000.
4. *DZK-Studie zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland: 1996 bis 1998*. DZK = Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Berlin.

Kontaktadresse:

*Dr. med. Dietrich Rohde
Heini-Dittmar-Str. 11, 45470 Mülheim*