



Q-Fieber

Erreger: Q-Fieber (englisch: Query-Fever) ist auch unter Namen wie Queensland-Fieber, Balkan-Grippe, Euboea-Fieber, Kretafieber, Krim-Fieber, Pneumorrickettsiose, Schlachthausfieber, Siebentagefieber oder Wüstenfieber bekannt. Auslöser ist ein polymorphes, unbewegliches, gramnegatives Bakterium, das in die Familie der Rickettsiaceae einzuordnen ist. Es handelt sich um den Erreger *Coxiella burnetii*, der sehr infektiös und eng mit den Legionellen verwandt ist. Das Bakterium ist außerordentlich resistent sowohl gegenüber physikalischen als auch chemischen Einflüssen. Das erlaubt ihm außerhalb von Zellen – zum Beispiel auf Staub – jahrelang zu überleben.

Q-Fieber ist weltweit verbreitet. Nur in Neuseeland und der Antarktis kommt es nicht vor. Besonders vorsichtig müssen Personen sein, die zum Beispiel beruflich in engem Kontakt mit Tieren stehen. Hierzu gehören unter anderem Schlachter und Veterinärmediziner.

Praxistipps

- Zur Desinfektion sind gelistete Mittel des RKI einzusetzen.
- Voraussetzung für eine gezielte Verhütung oder Bekämpfung der Infektion ist das rechtzeitige Erkennen der Erkrankung bei Tieren. Hier ist als sinnvolle Maßnahme der direkte Kontakt zu infizierten Tieren auszuschließen.
- Für beruflich besonders gefährdete Personen gibt es einen Impfstoff. Dieser ist in Deutschland allerdings nicht zugelassen.
- Eine Isolierung von Erkrankten ist nicht erforderlich. Es sind vor allem die Standardhygienemaßnahmen zu beachten und einzuhalten.

Vor allem in ländlichen Gebieten ist eine Infektion weit verbreitet. Laut Robert-Koch-Institut (RKI) nahmen die Erkrankungen in den letzten Jahren zu. In Deutschland gab es im Jahre 2002 191 Krankheitsfälle, die auf Q-Fieber zurückzuführen sind.

Meldepflicht nach IfSG (Infektionsschutzgesetz):

- bei Krankheitsverdacht,
- der direkte oder indirekte Nachweis auf eine akute Infektion ist meldepflichtig (vgl. Paragraph 7 IfSG),
- ohne laborchemische Bestätigung der Infektion ist der Krankheitsverdacht nicht meldepflichtig.

Übertragungsweg:

Natürliches Reservoir des Erregers sind infizierte Paarhufer. Hierzu gehören vor allem Rinder, Ziegen, Rehe und Schafe. Aber auch in der häuslichen Umgebung gehaltene Tiere wie Katzen, Hunde oder Kaninchen können das Bakterium übertragen. Nicht selten findet man den Erreger auch bei Läusen und Fliegen.

Die eigentliche Infektion erfolgt durch Inhalation infektiösen Staubes oder Kontakt mit infizierten Tieren. Dabei wurden Inhalationen infektiösen Materials über zwei Kilometer Entfernung nachgewiesen.

Eine Übertragung des Q-Fiebers von Mensch zu Mensch ist außerordentlich selten. Eine Ausnahme stellt die Gravidität dar. Während dieser Zeit werden die Erreger reaktiviert und finden sich vor allem in der Gebärmutter. Somit sind kontaminierte Neugeborene oder entstehende Produkte während der Geburt für den Menschen hoch infektiös.

Für Rettungsdienstpersonal spielt auch die indirekte Übertragung durch kontaminierte Kleidung eine Rolle.

Beschreibung der

Krankheit: Die Inkubationszeit beträgt zwei bis drei Wochen. Kommt es zu einer massiven Exposition mit dem Erreger, kann sich die Inkubationszeit auch verkürzen.

Bei einer Infektion entstehen grippeähnliche Symptome, weshalb der genauen Anamnese und Diagnostik eine besondere Bedeutung zukommt. Der genaue Nachweis ist nur laborchemisch möglich.

Bei diesen asymptomatischen Verläufen kommt es zunächst zu Fieber, Muskelschmerzen und Schüttelfrost. Ebenfalls kann es zu starken Kopfschmerzen im Stirnbereich kommen. Im weiteren Verlauf treten unter Umständen eine Pneumonie oder Hepatitis auf. In seltenen Fällen sind auch Myokard-Probleme wie Myokarditis oder Perikarditis möglich. Ebenfalls selten kann es zu einer Meningoenzephalitis kommen. In einem Prozent der Fälle geht die schwerwiegende Infektion in eine chronische Form über, bei der oft viele Organe betroffen sind.

Tritt die Erkrankung wäh-

rend der Schwangerschaft auf, ist besonders die Zeit des ersten Trimenon gefährdet. Nicht selten kommt es in dieser Phase zum Abort oder zur Frühgeburt.

Eine einmal durchgemachte Infektion mit dem *C. burnetii* Bakterium hinterlässt in aller Regel eine lebenslange Immunität.

Therapie: Zirka 50 Prozent der Infektionen heilen spontan innerhalb von ein bis zwei Wochen aus. Ist dies nicht der Fall, muss antibiotisch behandelt werden. Hier kommt in den meisten Fällen Doxycyclin zum Einsatz. Es sollte über eine Zeit von zwei bis drei Wochen verabreicht werden. In schweren Fällen kann auch eine Kombination mit Clarithromycin oder Fluorochinolon sinnvoll sein.

Bei chronischen Verläufen ist ein erfahrener Infektiologe zu Rate zu ziehen. Da sich die Behandlung hier mitunter schwierig gestaltet, ist der Hausarzt in aller Regel überfordert. Die Behandlung erfolgt dann oft über einen Zeitraum von einem Jahr ebenfalls mit Doxycyclin in Kombination mit Chinolon.

Frank Flake (Text)

Schutzmaßnahmen

Was?	Ja?	Nein?	Bemerkungen
Schutzkittel	✓		bei möglichem Kontakt mit erregerhaltigem Material oder kontaminierten Objekten
Handschuhe	✓		
Mund/Nasenschutz (Klasse)		✓	nur bei Pneumonie
Händedesinfektion	✓		nach direktem Kontakt mit Patienten, Erregern oder kontaminiertem Material
Flächendesinfektion	✓		alle patientennahen Flächen
Wäschebehandlung	✓		
Schlussdesinfektion	✓		