

Für medizinisches Personal: Akut behandlungsbedürftige, für Deutschland ungewöhnliche Infektionskrankheiten, die bei Asylsuchenden auftreten können (Stand: 1. September 2015)

DOI 10.17886/EPIBULL-2015-007.2

Unter den derzeitig zahlreich eintreffenden Asylsuchenden kam es in den letzten Wochen zum vereinzelt Auftreten schwerer, seltener, zum Teil mit der Fluchtreise assoziierter Erkrankungen. Daher sollte medizinisches Personal, welches Asylsuchende (sowie Asylbewerber, Flüchtlinge) betreut, auf einige dieser für Deutschland ungewöhnlichen Erkrankungen, die einer raschen infektiologischen Diagnostik und sachkundigen Therapie bedürfen (s. nachfolgende Tabelle), vorbereitet sein.

Ausgehend von einzelnen Fällen der in der Tabelle aufgezählten Erkrankungen ist eine Ausbreitung in die Allgemeinbevölkerung sehr unwahrscheinlich! Einzelne Übertragungen sind bei engem Kontakt aber z.T. möglich. All diesen Erkrankungen ist gemein, dass sie mit unspezifischen grippeähnlichen Symptomen wie Fieber, allgemeinem Krankheitsgefühl, Muskel- und Gelenkschmerzen beginnen, weshalb sie, vor allem in frühen Krankheitsstadien, alleine durch klinische Symptome nicht von anderen banaleren Erkrankungen, noch voneinander abgrenzbar sind. In Betracht zu ziehen sind jedoch Inkubationszeiten relativ zum Zeitpunkt des Verlassens des Herkunftslandes und – bei auf der Flucht übertragbaren Infektionen – der Einreise nach Deutschland.

Um ausschließen oder bestätigen zu können, dass es sich bei einer Erkrankung um eine dieser akut behandlungsbedürftigen Infektionen handelt, sollte eine diagnostische Klärung und Therapie des zunächst unklaren Fiebers bei einem Asylsuchenden durch einen sachkundigen Arzt (infektiologische Praxis oder Klinik) unter Berücksichtigung der entsprechenden Umstände (wie Inkubationszeit, Herkunftsland, bzw. Fluchtroute und Fluchtumstände) umgehend eingeleitet werden.

Bei Herkunft aus einem oder Transit durch ein Malaria-Endemiegebiet ist bei Patienten mit Fieber ohne andere ermittelbare Ursache unter diesen Krankheiten die Diagnose **Malaria** bei Weitem am wahrscheinlichsten und eine entsprechende Diagnostik und Therapie ist vordringlich. Bei Malariaverdacht sollte ein „dicker Tropfen“ und ein Blutausschrieb angestrebt werden. Der Einsatz von Schnelltesten ist in diesem Kontext nicht ausreichend. Sollte die Diagnostik negativ für Malaria ausfallen, sind die anderen aufgelisteten Infektionen in Betracht zu ziehen. Auch Ko-Infektionen können vorkommen.

Über die aufgelisteten Erkrankungen hinaus ist grundsätzlich herkunftslandunabhängig bei Asylsuchenden damit zu rechnen, dass Gastroenteritiden bedingt durch Trinkwasser und Lebensmittel aus unsicheren Quellen und Atemwegserkrankungen bedingt durch Unterkühlung und dicht gedrängte Reise- oder Lebensbedingungen auftreten können. Auch ist mit Fällen von parasitä-

ren Erkrankungen wie Krätze/Skabies und die Besiedlung mit Kleiderläusen aufgrund schlechter hygienischer Verhältnisse zu rechnen.

Viel häufiger als an den in der Tabelle genannten Erkrankungen leiden Asylsuchende allerdings unter den gleichen Infektionen, wie die ansässige Bevölkerung (z. B. grippaler Infekt, „Kinderkrankheiten“). Sie haben bei einem durch die Flucht oftmals reduzierten Allgemeinzustand und Unterbringung in Gemeinschaftseinrichtungen jedoch ein potenziell erhöhtes Risiko, sich mit den entsprechenden Erregern zu infizieren.

Des Weiteren besteht häufig kein ausreichender Schutz gegen **impfpräventable Erkrankungen**. Bei Nicht-Vorliegen von Impfdokumenten muss von einem nicht vorhandenen Impfschutz ausgegangen werden. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt seit einigen Jahren, Schutzimpfungen bei Bewohnern von Gemeinschaftsunterkünften möglichst frühzeitig durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) oder durch vom ÖGD beauftragte Ärzte zumindest zu beginnen und zu dokumentieren, damit eine Vervollständigung der Impfserien durch weiterbehandelnde Ärzte sichergestellt werden kann.

Tuberkulose ist in vielen Herkunftsländern von Asylsuchenden häufiger als in Deutschland. Eine Flucht birgt weitere Expositions-/Infektionsrisiken und Belastungen. Diese, sowie eine eingeschränkte Immunabwehr, begünstigen die Reaktivierung einer latenten tuberkulösen Infektion. Für den Infektionsschutz ist gemäß § 36 Abs. 4 IfSG bei Personen, die in eine Gemeinschaftsunterkunft/Erstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge und Asylbewerber aufgenommen werden sollen, vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose auszuschließen.

Die aktuellen Hauptherkunftsgebiete der Asylsuchenden sind: Syrien, verschiedene Staaten auf dem westlichen Balkan, Irak, Afghanistan, Eritrea, Nigeria, Pakistan, die Russische Föderation und Georgien (Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge; Stand: Sommer 2015). Die Tabelle führt das Vorkommen der Infektionen in den Herkunftsgebieten auf. Allerdings können manche der Infektionen auch auf der Flucht selbst, und somit unabhängig von einer Exposition im Herkunftsgebiet übertragen werden.

Erstellt durch: Fachgebiet 35 (Gastrointestinale Infektionen, Zoonosen und tropische Infektionen), Robert Koch-Institut, Berlin, in Zusammenarbeit mit weiteren Stellen im RKI sowie dem Nationalen Referenzzentrum für tropische Infektionserreger, Bernhard-Nocht-Institut, Hamburg.

Quellen (alphabetisch): CDC, Control of Communicable Diseases Manual, CRM-Handbuch, GIDEON, IfSG, ProMED, spezifische Literatur, WHO – detaillierte Informationen finden Sie u.a. in der RKI-Publikation „Steckbriefe seltener und importierter Infektionskrankheiten,“ (2011), www.rki.de/steckbriefe.

Für medizinisches Personal: Akut behandelungsbedürftige, für Deutschland ungewöhnliche Infektionskrankheiten, die bei Asylsuchenden auftreten können

Alter	Erkrankung (Pathogen)	Inkubationszeit	Symptome, klinische Hinweise			Mensch-zu-Mensch-Übertragung?	Ausbreitungsrisiko in deutschen Gemeinschaftseinrichtungen?	Gesetzliche Arzt-Meldepflicht an Gesundheitsamt	Auf dem Fluchtweg erwerbbar?	Vorkommen, Endemiegebiete				
			Fieber, allg. Krankheitsgefühl	Hautmanifestationen	Sonstige Hinweise und Symptome					Subsahara-Afrika	Russ. Föd. u. Georgien	Pakistan u. Afghanistan	Syrien u. Irak	Länder des Westlichen Balkans
	Malaria (u. a. <i>Plasmodium falciparum</i>)	7–50 und mehr Tage, je nach Erreger	ja; Fieber in Schüben	Nein	Oft auch gastrointestinale Symptome	Nein	Nein	(nur Labor)	Nur in Endemieländern	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein
	Läuserückfallfieber (<i>Borelia recurrentis</i>)	5–15 Tage	ja; Fieber in Schüben	Kratzspuren; Petechien möglich	Ggf. akuter Kleiderausfall; häufig neurologische Symptome, Ikterus	Nein	Gering (via Kleiderlaus)	(nur Labor)	Ja	Ja	Selten, nur Sudan	Nein	Nein	Nein
	Fleckfieber/Flecktyphus (<i>Rickettsia prowazekii</i>)	1–2 Wochen	ja; Fieber in Schüben	Kratzspuren; makulöses Exanthem, teilw. konfluierend (bevorzugt am Rumpf)	Ggf. akuter Kleiderausfall; im Verlauf Somnolenz	Nein	Gering (via Kleiderlaus)	(nur Labor)	Ja	Ja	Zentral- und Ostafrika	Selten	Selten	Nein
	Typhus (<i>Salmonella Typhi</i>)	3–60 Tage, meist 8–14 Tage	ja; kontinuierliches Fieber	Selten Rosolen (meist am Bauch)	Gebälghes Abdomen, Obstipation, Somnolenz, oft relative Bradykardie	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod* (+ Labor)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein
Alle Altersgruppen	Amöbenleberabszess (<i>Eitramöba histolytica</i>)	Tage bis Monate	ja	Nein	Schmerzen in Lebergegend	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel	Nein (Labor in MV, SN, TH†)	Ja	Ja	Zentral- und Ostafrika	Selten, nur Georgien	Selten	Selten
	Viszerale Leishmaniose (<i>Leishmania</i> -Protozoen)	2–6 Monate oder länger	ja	Nein	Verlauf akut oder subakut; Hepatosplenomegalie, Panzytopenie	Nein	Nein	Nein*	Ja	Ja	Teile Ostafrikas	Selten, nur Georgien	Selten	Selten
	Lassafieber (Lassavirus)	6–21 Tage	ja	Eher nein	Hämorrhagien möglich	ja, inkl. nosokomial	Möglich (vor allem im pflegerischen Kontext)	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod* als häm. Fieber (+ Labor)	Nur in Endemieländern	Nein	Nur Westafrika (inkl. Nigeria)	Nein	Nein	Nein
	Krim-Kongo-Fieber (CCHF-Virus)	1–12 Tage	ja; meist kontinuierlich hohes Fieber	Petechien häufig	Relative Bradykardie, Durchfall möglich	ja, inkl. nosokomial	Möglich (vor allem im pflegerischen Kontext)	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod* als häm. Fieber (+ Labor)	Nur in Endemieländern	Nur Äthiopien	Ja	Ja	Ja	Nur Irak
	Meningitis durch <i>Neisseria meningitidis</i>	1–12 Tage	ja	Häufig Petechien, Ektchymosen	Nackensteifigkeit, Somnolenz	ja	ja	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod*	Ja	Ja	Vor allem Sahelzone			
	Leptospirose (<i>Leptospira interrogans</i>)	Meist 5–14 Tage	ja	Selten	Ikterus mit konjunktivalen Injektionen, Meningitiszeichen, Bluthusten	Nein	Nein	(nur Labor)	Ja	Ja				
Vor allem Kleinkinder/Neugeborene	Tetanus (<i>Clostridium tetani</i>)	Meist 3–14 Tage	Selten Fieber	Nein	Schmerzhafte Spasmen, Risus sardonicus, Trismus, Dysphagie	Nein	Nein	Ja, in MV, SN, TH † Erkrankung und Tod	Ja	Ja				
	Tuberkulose Meningitis (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>)	Wochen bis Monate	ja	Nein	Sommolenz, Kopfschmerz, Bewusstseinsstörungen, tw. Nackensteifigkeit	Ja (Kleinkinder i. d. R. nicht infektiös)	Ja (Kleinkinder i. d. R. nicht infektiös)	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod* (+ Labor)	Ja	Ja				
	Anderer bakterielle Meningitiden (z. B. durch <i>Haemophilus influenzae</i> b)	Wenige Tage	ja	Nein	Nackensteifigkeit, Somnolenz	Unter ungeimpften Kindern	Unter ungeimpften Kindern	(nur Labor)	Ja	Ja				

* oder gemäß § 6.2 IfSG als „bedrohliche Krankheit“ wenn dies „auf eine schwerwiegende Gefahr der Allgemeinheit hinweist“

* gemäß IfSG § 6.1 sind namentlich zu melden „der Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie der Tod“ an den aufgeführten Krankheiten

† MV=Mecklenburg-Vorpommern, SN = Sachsen, TH = Thüringen – für Details siehe www.rki.de/falldefinitionen > Falldefinitionen nach LVO**In der Tabelle aufgelistet sind nur Infektionen, die**

in Deutschland nur sehr selten auftreten UND

mit einem akuten Krankheitsbild einhergehen, welches ggf. bei einer ein-

maligen Untersuchung auffallen könnte UND

Die folgenden Erkrankungen sind in der Tabelle nicht aufgeführt, obwohl auch diese unter Flüchtlingen vorkommen können und grundsätzlich differentialdiagnostisch zu bedenken sind:

▶ wegen subakuten Verlaufes oder nicht vorhandener Mensch-zu-Mensch-Übertragungsrisiko: Poliо, Brucellose, Murnees Fleckfieber, Alt-Welt-Phlebotomose, Finf-Tage-Fieber, Bilharziose, Filariose, Zecken-Rückfallfieber

▶ weil auch in Deutschland nicht selten: Lungentuberkulose, Tularemie, Shigellose, Paratyphus, Hepatitis A, FSME, Masern, Varizellen,

Septikämien sekundär zu Wundinfektionen (inkl. Milzbrand), Giardiasis und andere Gastroenteritiden

▶ weil Inkubationszeit sehr kurz und Übertragung auf der Reise unwahrscheinlich

oder unmöglich: Denguefieber, Chikungunyafieber, Gelbfieber, Cholera, Ebola-

fieber, Marburgfieber, Beulenpest/Pestisepsis

▶ (Unbehandelte) HIV-Infektionen und daraus resultierende opportunistische Erkrankungen

▶ Hautinfektionen: Lepra, Mykosen, Skabies

Weitverbreitet vorkommend