

Für medizinisches Personal

Akut behandlungsbedürftige,
für Österreich ungewöhnliche
Infektionskrankheiten, die bei
Asylsuchenden auftreten können



Unter Flüchtlingen kann es zum Auftreten schwerer, bei uns seltener, zum Teil mit der Fluchtreise assoziierter Erkrankungen kommen. Daher sollte medizinisches Personal, das Flüchtlinge betreut, auf einige dieser für Österreich ungewöhnlichen Erkrankungen, die einer raschen infektiologischen Diagnostik und sachkundigen Therapie bedürfen, vorbereitet sein.

Flüchtlinge erkranken jedoch wesentlich häufiger an ganz gewöhnlichen Infektionen (grippaler Infekt,

Kinderkrankheiten, Harnwegsinfektionen, Pneumonien etc.), wie sie auch in der heimischen Bevölkerung auftreten, als an einer bei uns ungewöhnlichen Erkrankung. Wegen des durch die Flucht oftmals reduzierten Allgemeinzustandes und der Unterbringung in Gemeinschaftseinrichtungen haben Flüchtlinge ein potenziell erhöhtes Risiko, sich mit den entsprechenden Erregern zu infizieren. Außerdem besteht bei Flüchtlingen häufig auch kein ausreichender Schutz gegen impfpräventable Krankheiten.

> Fortsetzung auf Seite 4

Akut behandlungsbedürftige, für Österreich ungewöhnliche Infektionskrankheiten, die bei Asylsuchenden auftreten können

| Alter | Erkrankung (Pathogen) | Inkubationszeit | Symptome, klinische Hinweise | | | Mensch-zu-Mensch-Übertragung? | Ausbreitungsrisiko in österreichischen Gemeinschaftseinrichtungen? | Gesetzliche Meldepflicht an die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde | Auf dem Fluchtweg erwerbbar? | Vorkommen, Endemiegebiete | | | | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------------|---|---|---|--|--|------------------------------|----------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------------------------|----------------|--------------------------|--|
| | | | Fieber, allg. Krankheitsgefühl | Hautmanifestationen | Sonstige Hinweise und Symptome | | | | | Eritrea/Horn von Afrika | Subsahara-Afrika | Russ. Föderation u. Georgien | Pakistan u. Afghanistan | Syrien u. Irak | Länder d. westl. Balkans | |
| Alle Altersgruppen | Malaria (u.a. <i>Plasmodium falciparum</i>) | 7–50 und mehr Tage, je nach Erreger | Ja; Fieber in Schüben | Nein | Oft auch gastro-intestinale Symptome | Nein | Nein | E ¹ , T ² | Nur in Endemieländern | Ja | Ja | Nein | Ja | Nein | Nein | |
| | Läuserückfallfieber (<i>Borrelia recurrentis</i>) | 5–15 Tage | Ja; Fieber in Schüben | Kratzspuren; Petechien möglich | Ggf. akuter Kleiderlaufbefall; häufig neurologische Symptome, Ikterus | Nein | Gering (via Kleiderlaus) | E ¹ , T ² | Ja | Ja | Selten, nur Sudan | Nein | Selten | 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 Kleiderlaufbefall; im Verlauf Somnolenz | Nein | Gering (via Kleiderlaus) | V ³ , E ¹ , T ² | Ja | Ja | Zentral- u. Ostafrika | Selten | Ja | Selten | Nein | |
| | Typhus (<i>Salmonella typhi</i>) | 3–60 Tage, meist 8–14 Tage | Ja; kontinuierliches Fieber | Selten Roseolen (meist am Bauch) | Gebülhtes Abdomen, Obstipation, Somnolenz, oft relative Bradykardie | Über fäkal kontaminierte Lebensmittel | Über fäkal kontaminierte Lebensmittel | V ³ , E ¹ , T ² | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Nein | |
| | Amöbenleberabszess (<i>Entamoeba histolytica</i>) | Tage bis Monate | Ja | Nein | Schmerzen in Lebergegend | Über fäkal kontaminierte Lebensmittel | Über fäkal kontaminierte Lebensmittel | Nein | Ja | Ja | Zentral- u. Ostafrika | Selten, nur Georgien | Ja | 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 | Vor allem Irak | Selten | |
| | Lassafieber (Lassavirus) | 6–21 Tage | Ja | Eher nein | Hämorrhagien möglich | Ja, inkl. nosokomial | Möglich (v.a. im pflegerischen Kontext) | V ³ , E ¹ , T ² | Nur in Endemieländern | Nein | Nur Westafrika (inkl. Nigeria) | Nein | 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 (v.a. im pflegerischen Kontext) | V ³ , E ¹ , T ² | Nur in Endemieländern | Nur Äthiopien | Ja | Ja | Ja | Nur Irak | Ja | |
| | Meningitis durch <i>Neisseria meningitidis</i> | 1–12 Tage | Ja | Häufig Petechien, Ekchymosen | Nackensteifigkeit, Somnolenz | Ja | Ja | E ¹ , T ² | Ja | | Vor allem Sahelzone | | | | | |
| | Leptospirose (<i>Leptospira interrogans</i>) | Meist 5–14 Tage | Ja | Selten | Ikterus mit konjunktivalen Injektionen, Meningitiszeichen, Bluthusten | Nein | Nein | V ³ , E ¹ , T ² | Ja | Weit verbreitet vorkommend | | | | | | |
| Vor allem Kleinkinder/Neugeborene | Tetanus (<i>Clostridium tetani</i>) | Meist 3–14 Tage | Selten Fieber | Nein | Schmerzhafte Spasmen, Risus sardonicus, Trismus, Dysphagie | Nein | Nein | Nein | Ja | | | | | | | |
| | Tuberkulöse Meningitis (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) | Wochen bis Monate | Ja | Nein | Somnolenz, Kopfschmerz, Bewusstseinsstörungen, tw. Nackensteifigkeit | Ja (Kleinkinder i.d. Regel nicht infektiös) | Ja (Kleinkinder i.d. Regel nicht infektiös) | E ¹ , T ² | Ja | | | | | | | |
| | Andere bakterielle Meningitiden (z.B. durch <i>Haemophilus influenzae B</i>) | Wenige Tage | Ja | Nein | Nackensteifigkeit, Somnolenz | Unter ungeimpften Kindern | Unter ungeimpften Kindern | E ¹ , T ² | Ja | | | | | | | |

In der Tabelle aufgelistet sind nur Infektionen, die

- in Österreich nur sehr selten auftreten
- mit einem akuten Krankheitsbild einhergehen, welches ggf. bei einer einmaligen Untersuchung auffallen könnte
- unbehandelt mit einer hohen Letalität einhergehen können
- eine lange Inkubationszeit oder einen langen Krankheitsverlauf haben oder auf der Flucht erworben werden können

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 vorhandenem Mensch-zu-Mensch-Übertragungsrisiko: Brucellose, Murines Fleckfieber, Alt-Welt-Phlebovirose, Fünf-Tage-Fieber, Bilharziose, Filariose, Zecken-Rückfallfieber
- weil auch in Österreich nicht selten: Lungentuberkulose, Tularämie, 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: Dengue-Fieber, Chikungunya-Fieber, Gelbfieber, Cholera, Ebola-Fieber, Marburg-Fieber, Beulenpest/Pestsepsis
- (Unbehandelte) HIV-Infektionen und daraus resultierende opportunistische Erkrankungen
- Hautinfektionen: Lepra, Mykosen, Skabies

1) E = Meldepflicht bei Erkrankung; 2) T = Meldepflicht bei Todesfall; 3) V = Meldepflicht bei Verdacht

In der Tabelle (Seite 2–3) sind Informationen (Inkubationszeit, Symptome, Übertragungswege etc.) über die wichtigsten, hier in Frage kommenden Erkrankungen angeführt. Weiters ist angegeben, in welchen Ländern sie vorkommen. Allerdings können manche der Erkrankungen auch auf der Flucht selbst, und somit unabhängig von einer Exposition im Herkunftsgebiet, übertragen werden.

Ausgehend von einzelnen Fällen der in der Tabelle angeführten Erkrankungen ist eine Ausbreitung in die Allgemeinbevölkerung sehr unwahrscheinlich!

Einzelne Übertragungen sind bei engem Kontakt aber möglich. All diesen Erkrankungen ist gemein, dass sie mit unspezifischen grippeähnlichen Symptomen wie Fieber, allgemeinem Krankheitsgefühl, Muskel- und Gelenkschmerzen beginnen. Vor allem in frühen Krankheitsstadien sind sie daher allein durch die klinischen Symptome weder von anderen banaleren Erkrankungen, noch von einander abgrenzbar. Bei der Diagnose sind daher insbesondere auch Inkubationszeiten relativ zum Zeitpunkt des Verlassens des Herkunftslandes und – bei auf der Flucht übertragbaren Infektionen – der Einreise nach Österreich zu berücksichtigen.

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 Flüchtling unter Berücksichtigung der entsprechenden Umstände (wie Inkubationszeit, Herkunftsland, Fluchtroute und Fluchtumstände) umgehend eingeleitet werden. Erforderlichenfalls sollte Rat von einer Infektionsspezialistin/ einem Infektionsspezialisten eingeholt werden.

Bei Herkunft aus einem oder Transit durch ein Malaria-Endemiegebiet ist bei Flüchtlingen mit Fieber ohne andere ermittelbare Ursache unter diesen Krankheiten die Diagnose Malaria bei weitem am wahrscheinlichsten und eine entsprechende Diagnostik und gegebenenfalls Therapie ist vordringlich.

Bei Malariaverdacht sollte rasch eine entsprechende Malaria-diagnostik veranlasst werden (dicker Tropfen, Blutausschick etc.). Der Einsatz von Schnelltests ist in diesem Kontext nicht ausreichend. Prinzipiell sind bei Malariaverdacht aber auch die anderen aufgelisteten Infektionen in Betracht zu ziehen. Auch Koinfektionen können vorkommen.

Über die in der Tabelle aufgelisteten Erkrankungen hinaus ist bei Flüchtlingen unabhängig vom Herkunftsland grundsätzlich damit zu rechnen, dass Gastroenteritiden, bedingt durch Trinkwasser und Lebensmittel aus unsicheren Quellen, sowie Atemwegserkrankungen, bedingt durch Unterkühlung und dicht gedrängte Reise- oder Lebensbedingungen, auftreten können. Auch ist mit Fällen von parasitären Erkrankungen wie Skabies und die Besiedlung mit Kleiderläusen aufgrund schlechter hygienischer Verhältnisse zu rechnen.

Das österreichische Gesundheitsministerium empfiehlt, alle Personen, die in Erstaufnahmezentren aufgenommen werden, gemäß dem aktuellen Österreichischen Impfplan zu impfen. Dabei sollen prioritär die Impfungen gegen Masern-Mumps-Röteln, gegen Diphtherie-Tetanus-Polio(-Pertussis) verabreicht werden, außerdem bei Unterbringung in Erstaufnahmezentren oder ähnlichem unter engen Wohnverhältnissen Meningokokken ACWY.

Tuberkulose ist in vielen Herkunftsländern von Asylsuchenden häufiger als in Österreich. Eine Flucht birgt weitere Expositions-/Infektionsrisiken und Belastungen. Diese, sowie eine eingeschränkte Immunabwehr, begünstigen die Reaktivierung einer latenten tuberkulösen Infektion.

Nach Auskunft der AGES („Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit“) wurden bei einigen wenigen Flüchtlingen ESBL-bildende Shigellen mit Resistenz gegen Ciprofloxacin nachgewiesen. Es wird empfohlen, bei stationären Aufnahmen von Asylsuchenden auf Kolonisation sowie Infektionen mit multiresistenten Enterobakterien (3/4MRGN) zu achten. ■

Quelle

Für medizinisches Personal: Akut behandlungsbedürftige, für Deutschland ungewöhnliche Infektionskrankheiten, die bei Asylsuchenden auftreten können (Stand: 1. September 2015), Epidemiologisches Bulletin des Robert-Koch-Instituts Nr. 38, 413–415, DOI: 10.17886/EpiBull-2015-007

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.

IMPRESSUM: Medieninhaber (Verleger) und Herausgeber: Medical Dialogue Kommunikations- und PublikationsgmbH., Schloß 4, 2542 Kottlingbrunn, Tel.: 0699/11616333, Geschäftsführung: Karl Buresch, **Redaktionelle Bearbeitung:** Dr. Norbert Hasenöhrl. **Layout & DTP:** Konstantin Riemerschmid. **Foto:** fotolia.de
Mit finanzieller Unterstützung der Österreichischen Gesellschaft für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (ÖGIT).