



**BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT**



Österreichische Gesellschaft für
Infektionskrankheiten und Tropenmedizin

Für medizinisches Personal

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



(Stand: Oktober 2015)

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 Hasenöhr. **Layout & DTP:** Konstantin Riemerschmid. **Foto:** fotolia.de
Mit finanzieller Unterstützung der Österreichischen Gesellschaft für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (ÖGIT).