

## Für medizinisches Personal: Akut behandlungsbedürftige, für Deutschland ungewöhnliche Infektionskrankheiten, die bei Asylsuchenden auftreten können (Stand: 14. September 2015)

DOI 10.17886/EpiBULL-2015-007.2

Unter den derzeit 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 Blutaussstrich 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](http://www.rki.de/steckbriefe).

## Für medizinisches Personal: Akut behandlungsbedürftige, für Deutschland ungewöhnliche Infektionskrankheiten,

Alter	Erkrankung (Pathogen)	Inkubationszeit	Symptome, klinische Hinweise			Mensch-zu-Mensch-Übertragung?
			Fieber, allg. Krankheitsgefühl	Hautmanifestationen	Sonstige Hinweise und Symptome	
Alle Altersgruppen	<b>Malaria</b> (u. a. <i>Plasmodium falciparum</i> )	7–50 und mehr Tage, je nach Erreger	Ja; Fieber in Schüben	Nein	Oft auch gastrointestinale Symptome	Nein
	<b>Läuserückfallfieber</b> ( <i>Borrelia recurrentis</i> )	5–15 Tage	Ja; Fieber in Schüben	Kratzspuren; Petechien möglich	Ggf. akuter Kleiderlausbefall; häufig neurologische Symptome, Ikterus	Nein
	<b>Fleckfieber/Flecktyphus</b> ( <i>Rickettsia prowazekii</i> )	1–2 Wochen	Ja; Fieber in Schüben	Kratzspuren; makulöses Exanthem, teilw. konfluierend (bevorzugt am Rumpf)	Ggf. akuter Kleiderlausbefall; im Verlauf Somnolenz	Nein
	<b>Typhus</b> ( <i>Salmonella Typhi</i> )	3–60 Tage, meist 8–14 Tage	Ja; kontinuierliches Fieber	Selten Roseolen (meist am Bauch)	Geblähtes Abdomen, Obstipation, Somnolenz, oft relative Bradykardie	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel
	<b>Amöbenleberabszess</b> ( <i>Entamoeba histolytica</i> )	Tage bis Monate	Ja	Nein	Schmerzen in Lebergegend	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel
	<b>Viszerale Leishmaniose</b> ( <i>Leishmania</i> -Protozoen)	2–6 Monate oder länger	Ja	Nein	Verlauf akut oder subakut; Hepatosplenomegalie, Panzytopenie	Nein
	<b>Lassafieber</b> (Lassavirus)	6–21 Tage	Ja	Eher nein	Hämorrhagien möglich	Ja, inkl. nosokomial
	<b>Krim-Kongo-Fieber</b> (CCHF-Virus)	1–12 Tage	Ja; meist kontinuierlich hohes Fieber	Petechien häufig	Relative Bradykardie, Durchfall möglich	Ja, inkl. nosokomial
	<b>Meningitis</b> durch <i>Neisseria meningitidis</i>	1–12 Tage	Ja	Häufig Petechien, Eckchymosen	Nackensteifigkeit, Somnolenz	Ja
	<b>Leptospirose</b> ( <i>Leptospira interrogans</i> )	Meist 5–14 Tage	Ja	Selten	Ikterus mit konjunktivalen Injektionen, Meningitiszeichen, Bluthusten	Nein
Vor allem Kleinkinder/Neugeborene	<b>Tetanus</b> ( <i>Clostridium tetani</i> )	Meist 3–14 Tage	Selten Fieber	Nein	Schmerzhafte Spasmen, Risus sardonicus, Trismus, Dysphagie	Nein
	<b>Tuberkulöse Meningitis</b> ( <i>Mycobacterium tuberculosis</i> )	Wochen bis Monate	Ja	Nein	Somnolenz, Kopfschmerz, Bewusstseinsstörungen, tw. Nackensteifigkeit	Ja (Kleinkinder i. d. R. nicht infektiös)
	<b>Andere bakterielle Meningitiden</b> (z. B. durch <i>Haemophilus influenzae</i> b)	Wenige Tage	Ja	Nein	Nackensteifigkeit, Somnolenz	Unter ungeimpften Kindern

\* 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](http://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 einmaligen Untersuchung auffallen könnte UND

- ▶ unbehandelt mit einer hohen Letalität einhergehen können UND
- ▶ eine lange Inkubationszeit oder einen langen Krankheitsverlauf haben, oder auf der Flucht erworben werden können

21. September 2015

Epidemiologisches Bulletin Nr. 38

Robert Koch-Institut

415

## die bei Asylsuchenden auftreten können

Ausbreitungs- risiko in deutschen Gemeinschafts- einrichtungen?	Gesetzliche Arzt- Meldepflicht an Gesundheitsamt	Auf dem Fluchtweg erwerbbar?	Vorkommen, Endemiegebiete					
			Eritrea/ Horn von Afrika	Subsahara- Afrika	Russ. Föd. u. Georgi- en	Pakistan u. Afgha- nistan	Syrien u. Irak	Länder des West- lichen Balkans
Nein	(nur Labor)	Nur in Endemie- ländern	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein
Gering (via Kleiderlaus)	(nur Labor)	Ja	Ja	Selten, nur Sudan	Nein	Selten	Nein	Nein
Gering (via Kleiderlaus)	(nur Labor)	Ja	Ja	Zentral- und Ostafrika	Selten	Ja	Selten	Nein
Über fäkal kontami- nierte Lebensmittel	Ja, Verdacht, Erkrän- kung, Tod° (+ Labor)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein
Über fäkal kontami- nierte Lebensmittel	Nein (Labor in MV, SN, TH†)	Ja	Ja	Zentral- und Ostafrika	Selten, nur Ge- orgien	Ja	Selten	Selten
Nein	Nein*	Ja	Ja	Teile Ostaf- rikas	Selten, nur Ge- orgien	Selten	Vor al- lem Irak	Selten
Möglich (vor allem im pflegerischen Kontext)	Ja, Verdacht, Erkrän- kung, Tod° als häm. Fieber (+ Labor)	Nur in Endemie- ländern	Nein	Nur West- afrika (inkl. Nigeria)	Nein	Nein	Nein	Nein
Möglich (vor allem im pflegerischen Kontext)	Ja, Verdacht, Erkrän- kung, Tod° als häm. Fieber (+ Labor)	Nur in Endemie- ländern	Nur Äthiopi- en	Ja	Ja	Ja	Nur Irak	Ja
Ja	Ja, Verdacht, Erkrän- kung, Tod°	Ja	Weitverbreitet vorkommend					
Nein	(nur Labor)	Ja						
Nein	Ja, in MV, SN, TH† Erkrankung und Tod	Ja						
Ja (Kleinkinder i. d. R. nicht infektiös)	Ja, Verdacht, Erkrän- kung, Tod° (+ Labor)	Ja						
Unter ungeimpften Kindern	(nur Labor)	Ja						

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

- ▶ wegen subakuten Verlaufes oder nicht vorhandenem Mensch-zu-Mensch-Übertragungsrisiko: Polio, Brucellose, Murines Fleckfieber, Alt-Welt-Phlebovirosen, Fünf-Tage-Fieber, Bilharziose, Filariose, Zecken-Rückfallfieber
- ▶ weil auch in Deutschland 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: Denguefieber, Chikungunyafieber, Gelbfieber, Cholera, Ebola-fieber, Marburgfieber, Beulenpest/Pestsepsis
- ▶ (Unbehandelte) HIV-Infektionen und daraus resultierende opportunistische Erkrankungen
- ▶ Hautinfektionen: Lepra, Mykosen, Skabies