

# Neue Herausforderungen für uns Hausärzte



Vor wenigen Tagen habe ich eine wunderschöne „Spätherbstwanderung“ auf den Salzburger Untersberg gemacht. Bei strahlend blauem Himmel und angenehmen Temperaturen konnte man sein Wiener Schnitzel problemlos im Freien auf der Sonnenterrasse der etwa auf 1800 m Seehöhe gelegenen Hütte verzehren. Bis auf wenige Altschneeflecken war der ganze Berg schneefrei. Kleiner Schönheitsfehler der Idylle: Es ist

nicht Spätherbst sondern Ende Dezember!

Nun lese ich in den DEGAM-Benefits dieser Ausgabe der ZFA über die Infektionskrankheiten zurückkehrender Touristen, mit denen ich (zunehmend) auch in meiner hausärztlichen Praxis zu rechnen habe. An erster Stelle steht mit gut 70 von 1000 Krankheitsfällen bei Reiseheimkehrern die Malaria. Bald darauf folgt das Dengue-Fieber mit gut 30 von 1000 Fällen. Beide Erkrankungen sind klassische Tropenerkrankungen, die durch Stechmücken übertragen werden. Eine direkte Ansteckung von Mensch zu Mensch ist nicht möglich. Doch der Klimawandel wirft die Frage auf, ob diese Erkrankungen wieder in Europa „heimisch“ werden, und wir zukünftig nicht nur bei Fernreisenden, sondern auch bei Urlaubern in südeuropäischen Ländern an derartige Erkrankungen denken müssen.

Derzeit wird ein solches Szenario für die Malaria noch als unwahrscheinlich angesehen, weil es selbst bei einer weiteren Ausbreitung der Anophelesmücke in Mitteleuropa (einige Arten sind in Deutschland bereits heimisch) am menschlichen Erregerreservoir fehlt, um eine weitere Verbreitung zu gewährleisten, und die Malaria-Plasmodien die Mücken nicht nur als Überträger sondern auch als Zwischenwirt für ihren komplizierten Lebenszyklus benötigen. Es müssen also neben der Klimaerwärmung noch einige weitere Bedingungen für ein Wiederauftreten autochthoner Malaria-Fälle erfüllt sein.

Anders ist es beim Dengue-Fieber: Die asiatische Tigermücke (*Stegomyia albopicta*) ist inzwischen in Südeuropa weit verbreitet und hat bereits zum Auftreten einzelner autochthoner Fälle von Dengue-Fieber geführt, sowohl in Kroatien als auch in Südfrankreich. Auf der portugiesischen Atlantikinsel Madeira wurden erstmals 2005 ägyptische Tigermücken (*Stegomyia aegypti*) nachgewiesen. 2012/13 kam es dann – wohl ausgelöst durch einen einzigen importierten Fall als „Erregerreservoir“ – zu einem Ausbruch mit über 1000 Dengue-Fällen.

Gleichauf mit der Häufigkeit von Dengue-Fieber unter den Reiseheimkehrern liegt die Lamblia-Infektion. Die Erkrankung ist zwar im Vergleich zu Malaria und Dengue harmloser Natur, da sie

nie zum Tode führt, sie kann aber doch über Monate anhaltende Verdauungsprobleme verursachen, die als Reizdarmsyndrom verkannt werden.

Viel seltener sind dann schon Fälle von Schistosomiasis oder ein Befall mit den Larven des Hakenwurms (*Larva migrans cutanea*). Und damit natürlich nicht genug: An eine ganze Reihe weiterer tropischer Erkrankungen, die aufgrund ihrer Seltenheit bei uns in der publizierten Statistik von EuroTravNet nicht vorkommen, muss bei Reiseheimkehrern gedacht werden. Wer hier genaueres erfahren möchte, sei auf die Webseite der International Society of Travel Medicine verwiesen ([www.istm.org](http://www.istm.org)).

Auch die Flüchtlingskrise muss uns an Erkrankungen denken lassen, die bisher nur selten in der hausärztlichen Praxis zu sehen waren. Hierzu gehören vor allem Erkrankungen mangelhafter Hygiene wie Pediculosis und Skabies, die auf die hygienisch problematischen Bedingungen auf der Flucht und in Flüchtlingsunterkünften zurückzuführen sind. Das Robert-Koch-Institut schätzt zwar die Gefahr für eine Übertragung ernsterer Erkrankungen wie Virus-Hepatitis, HIV oder Tuberkulose durch Flüchtlinge auf die einheimische Bevölkerung als sehr gering an, macht jedoch in einem epidemiologischen Bulletin ([www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/38\\_15.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/38_15.pdf?__blob=publicationFile)) auf mögliche Erkrankungen aufmerksam, die bei Flüchtlingen – je nach Herkunftsland und Reiseroute – mit in Erwägung gezogen werden müssen. Hierzu gehört bei Fieber vor allem die Malaria, aber auch an Rickettsiosen, Rückfallfieber, Typhus, Amöben, Leishmaniose und Leptospirose muss gedacht werden. Das Bulletin des RKI gibt Auskunft über das Vorkommen dieser Erkrankungen in den Herkunftsländern.

Die Tuberkulose ist in vielen Herkunftsländern der Flüchtlinge deutlich häufiger als in Deutschland. Der Ausschluss einer Tuberkulose gehört daher zu den Hauptaufgaben einer Eingangsuntersuchung vor oder unmittelbar nach Aufnahme in eine Flüchtlingsunterkunft. Auch das Einschleppen von Poliomyelitis wird aufgrund der in der Ukraine nachgewiesenen Fälle für möglich erachtet. Hier – und auch bei anderen Erkrankungen, für die von der STIKO empfohlene Schutzimpfungen verfügbar sind – sind wir Hausärzte aufgerufen, den Impfschutz sowohl der Flüchtlinge als auch der einheimischen Bevölkerung zu überprüfen und ggf. zu vervollständigen.

So bringt das neue Jahr auch wieder einige neue Herausforderungen für uns mit, die wir zwar einerseits als Belastung, aber vielleicht auch im positiven Sinne als Bereicherung unserer umfangreichen und erfüllenden Tätigkeit betrachten können. Ich wünsche Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, in diesem Sinne ein reiches neues Jahr und nun zunächst einmal viel Freude mit der ersten Ausgabe der ZFA im Jahr 2016.

Herzlichst

Ihr

Andreas Sönnichsen