

Neues aus der Reisemedizin

12. Forum Reisen und Gesundheit des CRM im Rahmen der ITB-Berlin

zum Thema „Gesundheitsvorsorge für Last-Minute-Reisen“ am 11. und 12. 3. 2011



Dr. Monika Stichert

Das 12. Forum Reisen und Gesundheit befasste sich mit den wichtigsten Aspekten der Gesundheitsvorsorge für Last-Minute-Reisen. Last-Minute-Reisen werden sehr oft gebucht. In 2009 betrug ihr Anteil 8,8 % aller gebuchten Reisen, was 41,5 Mio. Reisen entsprach; die durchschnittliche Verweildauer lag bei 6,1 Tagen. Die Urlauber sind dann häufig der Ansicht, dass sich eine Vorstellung beim Reisemediziner nicht mehr lohnt, da dieser nicht mehr genug Zeit zum Impfen haben würde. Was vergessen wird ist, dass die Reisemedizin nicht nur aus den wichtigen Impfungen besteht, sondern auch aus einer ausführlichen Beratung zum Reiseland, zum Reisestil oder zur allgemeinen Gesundheitsvorsorge vor Ort. Es lohnt sich immer, sich beim Reisemediziner oder Hausarzt vorzustellen und viele Impfungen sind auch in den letzten Stunden vor der Abreise möglich.

Die Gelbfieberimpfung ist zwar erst ab dem 10. Tag nach Impfung offiziell gültig, aber die Virämie ist bei dieser Lebendimpfung nach 4–5 Tagen abgeschlossen und wir können von einer belastbaren Immunität ab dem 7. Tag ausgehen, bei Boosterimpfungen noch schneller. Wir wünschen uns aber, dass wir wenigstens 6 Wochen zur Verfügung haben, um den Reisenden optimal auf die Reise vorbereiten zu können.

In einer anderen Untersuchung wurde festgestellt, dass ca. 54 % aller Tollwutkontakte in den ersten 10 Tagen im Reiseland stattfinden. Bei der Tollwutimpfung ist ein Schnellschema von 0,3 und 7 Tagen möglich. Wir können nach zwei Impfungen mit einer Serokonversionsrate zwischen 30 und 60 % rechnen; nach drei Impfungen liegt diese bei nahezu 100 %. Der Begriff „Tollwutfrei“

sagt übrigens nichts darüber aus, ob nicht in Fledermäusen Tollwut nachgewiesen wurde.

Der neue Japanische Encephalitis Impfstoff „Ixiaro“ ist offiziell erst ab dem 18. Lebensjahr zugelassen. Da wir aber keinen anderen in Deutschland zugelassen Impfstoff bekommen können und auch der frühere Impfstoff aus Korea nicht mehr erhältlich ist, sollte man die Kinder „off label“ mit Ixiaro® impfen und man weiß inzwischen, dass es funktioniert. Kleine Kinder bis zum 3. Lebensjahr werden zweimal mit der halben Dosis geimpft. Allerdings kann Ixiaro® nicht die früheren Impfungen gegen Japanische Encephalitis boostern; es muss also wieder von vorne angefangen werden mit der Impfung. Ein Schnellschema ist noch nicht etabliert, wie PD Dr. Tomas Jelinek berichtete.

Interessant war auch der Vortrag von Dr. Buddha Basnyat aus Kathmandu in Nepal. Herr Dr. Basnyat leitet dort eine Travel Klinik, das Patan Hospital, in der die Reisenden auf modernste Weise behandelt werden, wie es wohl keiner erwarten würde, der noch nicht dort war. Die häufigsten Krankheitsbilder, mit denen die Touristen sich dort vorstellen, sind Durchfall, Atemwegserkrankungen, Hauterkrankungen und andere gesundheitliche Probleme, wie z. B. die Höhenkrankheit. Mit der Höhenkrankheit kommen ca. 20 Patienten pro Jahr, die vor allem über Kopfschmerzen und Übelkeit klagen. Herr Dr. Basnyat wurde in Kanada und den USA in westlicher Medizin ausgebildet und beteiligt sich auch regelmäßig an internationalen Studien, die er uns kurz vorstellte.

Herr Dr. Diekmann von der GIZ berichtete dann anschließend über spezi-

elle Infektionsrisiken in Westafrika. Dort finden sich inzwischen häufig Meningokokken der Gruppe X, gegen die wir keinen Impfstoff haben. Masern sind dagegen in Westafrika ein häufiger Grund für die hohe Kindersterblichkeit, weshalb auch der Urlauber unbedingt einen entsprechenden Schutz aufweisen sollte. Für alle Reisenden, die nach 1970 geboren wurden, sollte bei unzureichendem Schutz, z. B. nur einmal in der Kindheit geimpft, die reisemedizinische Sprechstunde zum Nachholen der Masernimpfung genutzt werden, am besten als Masern-Mumps-Röteln-Impfung.

Herr Dr. Sasse vom Auswärtigen Amt berichtete danach über die speziellen Risiken in den Andenstaaten und Herr Dr. Gunther von Laer, ebenfalls vom Auswärtigen Amt, über die Risiken in Südostasien. Da dorthin viele unserer Geschäftsreisenden fliegen, muss zu deren Aufklärung auf jeden Fall die Informationen über Dengue- und Chikungunya-Fieber gehören. In Neu Dehli kann man von ca. 500 Hundebissen täglich ausgehen, so dass auch das Thema Tollwut wichtig ist. Dr. von Laer berichtete er von einem Patienten, der zwei Jahre nach einem Hundebiss an Tollwut verstorben ist.

Auch wenn der Name etwas anderes besagt, finden wir in Japan kaum Japanische Encephalitis, aber dafür in Pakistan. Dort gibt es nämlich Wildschweine, die als Zwischenwirt dienen. Die Infektion verläuft sehr häufig inapparent, so dass wir von einer Erkrankung auf 300 bis 500 Infektionen ausgehen müssen.

Herr Dr. Volkmer gab danach ein Update zur aktuellen Weltseuchenlage, was wie immer mit einer atemberaubenden

Geschwindigkeit einmal um die Weltkugel ging. Er berichtete, dass die Polio für Reisende zahlenmäßig kein Problem, aber immer noch eine Bedrohung darstellt. In vier Ländern wie Nigeria, Indien, Pakistan und Afghanistan ist sie noch endemisch. Der Polio Typ II wurde seit 1999 in Indien nicht mehr gesehen. Dafür kam es zu einem Shift von Typ I zu Typ III. Wir gehen inzwischen weltweit von einer geschätzten Anzahl vakzineassoziiertes Polio in der Größenordnung von 250–500 Todesfällen aus. Dengue Fieber ist neuerdings auch in Saudi-Arabien, Ägypten und Kroatien aufgetreten.

Herr ORR Dr. Thomas Morwinsky berichtete über den richtigen Mücken- und Zeckenschutz. Er gab auch wieder den Hinweis, dass zuerst Sonnenmilch und dann Mückenschutz aufgetragen werden sollte. Herr OFA Dr. Dobler sprach über die FSME und Herr Dr. Wichmann vom RKI über die Masern. Der Ausspruch: „If you don't like the vaccine, try the disease“, gefiel mir sehr gut.

In der Mittagspause gab es dann u. a. ein Symposium zur Malaria mit dem erneuten Hinweis, dass Erbrechen und Durchfälle in bis zu 14 % der Fälle auch bei der Malaria tropica auftreten können. Wir hatten 2010 in Deutschland erneut 563 Malaria-Fälle, von denen ca. 450 vom Typ Malaria tropica waren. Die Letalität liegt in Deutschland inzwischen bei unter 1 %, die Letalität bei der Malaria tropica insgesamt, laut Aussage von Prof. Löscher aus München, bei unter 1–3 % mit Therapie und ohne Therapie zwischen 2 % und 20 % altersabhängig. Führend, laut Prof. Hatz aus Basel, ist nach wie vor Westafrika vor Ostafrika und dann folgen mit deutlichem Abstand andere Länder weltweit bei der Malaria-verbreitung. In Kürze wird ein neues Malariamittel zur Stand-by-Therapie zur Verfügung stehen, das Eurartesim®. Wir hätten dann drei gut verträgliche Mittel neben Riamet® mit seinem schnellen Wirkungseintritt und Malarone® zur Verfügung. Abschließend wurden dann durch PD Dr. Jelinek noch Fallbeispiele vorgestellt.

Herr Dr. Volkmer vertiefte danach das Wissen über Malaria und berichtete unter anderem von einer Zunahme der Stadtmalaria in Indien. Dies liegt an der Überträgermücke Anopheles stephensi, die sich wie die Aedesmücke verhält und beim Brüten sehr genügsam ist und z. B. auch in alten Autoreifen brütet.

Zum Abschluß gab Herr PD Dr. Jelinek dann wieder einen Überblick über die sich in der Pipeline befindenden Impfstoffe, wie den Impfstoff gegen Meningokokken Typ B, der bald kommen wird oder den Malariaimpfstoff für die Endemiegebiete mit einer Schutzrate von ca. 53 % für die Kinder. Einen Impfstoff gegen Dengue-Fieber werden wir frühestens 2017 erwarten können.

Insgesamt war es wieder eine sehr interessante und informative Fortbildungsveranstaltung. Im nächsten Jahr wird es am 9. und 10. März 2012 über das Thema „Reisen am Meer“, z. B. Kreuzfahrten oder Tauchen gehen. □

Dr. Monika Stichert

Beruflicher Auslandsaufenthalt

Seit 1980 existiert für den gewerblichen Bereich der Grundsatz G 35 im Rahmen der speziellen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen, der den Arbeitgeber zu diesen Untersuchungen verpflichtet. Die Auswahlkriterien finden Sie unter BGI/GUV-I 504-35. Im Moment kann der G 35 der DGUV noch angewendet werden, es wird aber derzeit vom Ausschuss für Arbeitsmedizin des BMAS eine arbeitsmedizinische Regel (AMR) hierzu erarbeitet. Wenn diese AMR besteht, dann wird der G 35 hierdurch ersetzt werden.

Vor jedem Arbeitsaufenthalt im Ausland im Sinne der Auswahlkriterien ist eine Beratung durch einen Arzt mit besonderen Fachkenntnissen erforderlich. Ungeachtet der Dauer ist bei besonderen Bedingungen eine anschließende

ärztliche Untersuchung notwendig. Wie stelle ich als Betriebsärztin aber die besonderen Bedingungen vor Ort fest? In den großen Firmen werden inzwischen auch die Großbaustellen im Ausland arbeitsmedizinisch und sicherheitstechnisch begangen, aber was passiert bei den mittelständischen Unternehmen? Wir Betriebsärzte dort sind darauf angewiesen, dass Beschäftigte, die bereits vor Ort waren, uns Informationen nach

ihrer Rückkehr vermitteln. Manchmal bekommt man auch Bilder gezeigt und kann sich dadurch ein besseres Bild vor Ort machen. Ich empfinde es als hilfreich, über eine Checkliste alle relevanten Informationen von den Auslandsentsätzen zu erhalten. Hierzu habe ich folgende Checkliste, die auch Online (www.asu-praxis.de) abgerufen werden kann, erstellt und in meinen Betrieben verteilt:

Informationen über die Baustelle

	Name	Vorname	Zeitraum vor Ort	Bericht erstellt am:
1.				
2.				
3.				
4.				