

Reisemedizinischen Fachtagung der Deutschen Fachgesellschaft für Reisemedizin e. V.

am 16. und 17. September 2011 in Fulda



Dr. Monika Stichert,
arbeits- und reise-
medizinische Praxis,
Erkrath

Es hat sich inzwischen eingebürgert, dass zu Beginn der Fachtagung Dr. Rosemarie Mazzola knifflige reisemedizinische Beratungsfälle vorstellt, die dann diskutiert werden. Jeder Kollege/-in kann sich auch mit eigenen Fällen beteiligen. Zuerst ging es um eine Schülerin mit rheumatoider Arthritis, die deswegen eine MTX-Therapie erhielt und nun für zwei Wochen nach Burkina Faso verreisen wollte. Es wurde diskutiert, welche Impfungen sie benötigt (für dieses Land u.a. auch Gelbfieber) und ab wann dies nach Absetzen von MTX möglich ist. Die Wartezeit für eine Lebendvaccine beträgt mindestens drei Monate, bevor man diese verimpfen kann. Auch eine low-dose-Therapie mit MTX < 15 mg/m²KO gilt beim CDC als schwere, in Deutschland als mittelschwere Immunsuppression. Dr. Mazzola berichtete aber auch von einer Studie aus Brasilien, in der immunsuppressive Patienten gegen Gelbfieber geimpft wurden und es keine erhöhte Nebenwirkungsrate gab. Informationen zur Erkrankungsrate im Land und zur notwendigen Malariaphylaxe kann man aus dem CDC Yellow Book 2012 gewinnen.

In einem weiteren Fall wurde über Hepatitis E Erkrankungen in Deutschland berichtet, die häufig nach dem Verzehr von Wildschweinfleisch auftreten. Dem RKI lagen insgesamt 219 Meldungen vor, wovon 73 % in Deutschland über den Verzehr von Innereien und Wildschwein erworben wurden. Die Wildschweine können die Erkrankung auf Hauschweine in Freilandhaltung übertragen. Ein weiterer interessanter Vortrag befasste sich mit dem Tod im Ausland und der Thanatopraxis. In den USA werden 100 % der Toten einbalsamiert, in Großbritannien 80 %, in Frankreich 70 % und in Deutschland nur zirka 1 %. Es wird

dabei eine äußerliche und innerliche Desinfektion durchgeführt. Hierdurch kann eine zeitweise Verzögerung der Autolyse bis zu zehn Tagen erzielt werden. Die Totenflecken werden dabei herausgespült und es kann eine Normalisierung der Gesichtsfarbe erreicht werden. Eine Konservierung der Verstorbenen kann zum grenzüberschreitenden Transport notwendig werden. Informationen hierzu findet man auf der Webseite des Auswärtigen Amtes. Der Bestatter in Deutschland benötigt auf jeden Fall einen Bestatter vor Ort, mit dem er zusammenarbeiten kann. Bei einem Todesfall im Ausland sollte man die örtliche Polizei und die Deutsche Botschaft informieren, die dann wiederum die Polizei in Deutschland informiert, da die Polizei das alleinige Recht hat, die Angehörigen zu informieren. Für den Rücktransport wird dann ein Leichenpass benötigt. Dies war ein Thema, mit dem ich mich vorher nie beschäftigt hatte und was deshalb äußerst interessant war.

Zum Thema „Ärztlich begleitetes Reisen“ gab es eine Podiumsdiskussion, die zu kontroversen Diskussionen im Auditorium führte. Wir stellten uns die Frage, ob wir uns als Ärzte zu den gegebenen Konditionen daran beteiligen sollten.

Dr. Stefan Leutzbach, Radiologe aus Bad Säckingen, stellte uns danach den Entwicklungsstand und die Perspektiven für Bild Diagnostik in Entwicklungsländern vor. Die Internetseite www.rsna.org/International/IROR.cfm bietet zu diesem Thema eine gute und aktuelle Übersicht. Insgesamt kann gesagt werden, dass bildgebende Verfahren in allen unterentwickelten Regionen der Welt unterrepräsentiert sind. Die Gründe hierfür sind infrastruktureller, klimatischer und politischer Natur. Die Entwicklung günstiger Geräte ist für die Hersteller

einfach nicht interessant. Die Unterhaltskosten für Großgeräte belaufen sich leicht auf mehr als 150 T€/Jahr; Archivierungssysteme erzeugen Kosten von im Schnitt 2,50 €/Untersuchung. Die Geräte werden daher gerne verschenkt, da das Geschäft sich aus den Folgekosten ergibt. Zumeist fehlt es an einer funktionierenden Energieversorgung, an ausgebildetem Personal für die Durchführung und Auswertung der Untersuchung und an Technikern zur Wartung und Unterhaltung. Ein großes Problem stellt die hohe Luftfeuchtigkeit dar, wodurch die durchschnittliche Lebensdauer der Anlagen meist nur bei 24 Monaten liegt.

Dr. Walter Mautsch vom Universitätsklinikum Aachen berichtete über das Thema „Zahngesundheit für alle“. 60 bis 90 % der Schulkinder und die große Mehrheit der Erwachsenen leiden an Zahnkaries. Die Verteilung und Schwere variiert zwischen den Ländern, aber auch innerhalb der Länder. Zum Vergleich zwischen den Ländern wird der Zahnstatus (DMFT-Index) der 12-jährigen Kinder weltweit verwendet. Während der DMFT in den meisten industrialisierten Ländern aufgrund von Public Health Maßnahmen sinkt, ist der Trend in den Entwicklungsländern gegenläufig. Dies ist hauptsächlich durch steigenden Zuckerkonsum und inadäquate Mundhygiene bedingt. Die Ernährung stellt heute die Hauptursache für Karies dar. Da die Entwicklungsländer sich häufig nach westlichen Standards richten, vernachlässigen sie die Präventionsmaßnahmen gegenüber den kurativen Eingriffen. Dabei kann Zahnpasta auch aus Backpulver und Salz preiswert hergestellt werden. Dr. Mautsch stellte ein Präventionsprojekt in Peru vor, das bereits seit 24 Jahren existiert und das bewusst auf die technologische Ausrüstung

verzichtet und worunter sich die Zahngesundheit der ärmeren Bevölkerung deutlich gebessert hat.

Prof. Dr. Matthias Niedrig vom RKI berichtet über die Epidemiologie der Japanischen Enzephalitis in der Lokalbevölkerung und bei Reisenden: China, Vietnam und Nordindien haben die höchsten Erkrankungsraten. Eine Infektion ist selbst in Peking oder auf Bali möglich. In der symptomatischen Phase ist der Nachweis mittels PCR möglich; später dann als serologischer Nachweis mittels IgG/IgM. Da der Überträger, die Culexmücke, dämmerungs- und nachtaktiv ist, wird auch in dieser Zeit gestochen. Laut Prof. Niedrig ist selbst eine Impfung besser als keine, wenn die Zeit für eine vollständige Immunisierung nicht mehr reicht. Angaben zum Langzeitschutz nach vollständiger Grundimmunisierung mit zwei Impfungen können noch nicht gemacht werden.

Dr. Stefan Esser von SOS International gab eine Übersicht über die Assistancemedizin und die Arbeit des Fachausschusses innerhalb der Fachgesellschaft. Dr. Klaus Schäfer vom ADAC Ambulance Service stellte die notwendige Infrastruktur zum Betreiben einer Assistancenzentrale vor und Dr. Christine Wehrhahn von der ALMEDA GmbH berichtete über bestehende Basalalgorithmen in der Assistancemedizin. Wolfram Tannhäuser von MOS medical helpline gab dann zum Schluss noch eine Übersicht über die Assistancemedizin in Deutschland.

Am Nachmittag des zweiten Tages berichtete PD Dr. Jürgen Ringwald fachkompetent über das Thema „Reisethrombose“. Das Risiko steigt bei Flügen mit mehr als vierstündigem Sitzen auf 1:4600. Insgesamt rechnet man mit einer Risikosteigerung um 18% alle zwei Stunden Reisedauer. Reisende sollten vor der Einnahme von Beruhigungs- und Schlafmitteln gewarnt werden, da jede Stunde Schlaf das Risiko um 10% steigert. Die Reisenden werden in drei Gruppen (niedriges, mittleres und hohes Risiko) eingeteilt. Der Gruppe mit dem niedrigen Risiko wird laut einem Konsensuspapier von 2008 keine Prophylaxe, außer



– wenn möglich – viel Trinken und Bewegen empfohlen. Die Gruppe mit dem mittleren Risiko sollte Kniestützstrümpfe tragen und nur die Gruppe mit dem hohen Risiko sollte niedermolekulares Heparin in hoher prophylaktischer Dosierung kurz vor Reiseantritt (ggf. einmal täglich bei Rundreisen) erhalten und erneut nach 24 Stunden, sowie knielange Kompressionsstrümpfe plus den zuvor genannten Allgemeinmaßnahmen. Aspirin ist weiterhin nicht indiziert. Insgesamt mangelt es jedoch an evidenzbasierten Empfehlungen.

Herr Dr. Schulze aus Würzburg berichtete danach über Reisen mit HIV-Infektion. Optimal ist eine CD4-Zellzahl von über 350/ μ l. Wenn die Zahl niedriger liegt, muss mit schweren Verläufen bei der Malaria gerechnet werden. Die Internetseiten www.hiv-druginteractions.org und www.hivtravel.org können bzgl. der Reisebeschränkungen bei der Beratung sehr hilfreich sein. Derzeit sind mehr als ein Drittel der HIV-Patienten älter als 50 und 2015 werden in dieser Gruppe mehr als 50% sein, da heute für die Erkrankten eine fast normale Lebenserwartung unter der Therapie besteht. Bei einer CD4-Zellzahl von 200–500/ μ l geht man von einer mittleren Immunitätslage aus, bei < 200 von einer schlechten. Vor einer Reise sollte mindestens drei bis sechs Monate eine stabile Gesundheitssituation bestehen. Wenn es auf der Reise zu schlechteren Wirkstoffspiegeln kommt, muss mit auftretender Resistenzentwicklung gerechnet werden. Tot-Impfstoffe können idealerweise ab einer CD4-Zellzahl > 300/ μ l gegeben werden; eine suboptimale Wirkung findet man unter einer Zahl von 200/ μ l und < 100/ μ l kommt es

zu keiner relevanten Antikörperbildung. Unter einer Zellzahl von 200/ μ l sind Lebendimpfungen nicht mehr möglich.

Dr. Sigrid Ley-Köllstadt vom Deutschen Grünen Kreuz aus Marburg gab dann noch eine Übersicht über Nebenwirkungen von und Kontraindikationen für Impfungen. Die Impfaufklärung gehört zu den Leistungen, die unbedingt persönlich vom Arzt/Ärztin erbracht werden sollte. Die aktuellen Empfehlungen der STIKO gelten dabei als medizinischer Standard. Eine Routineimpfung erfolgt im Allgemeinen nicht unerwartet, weshalb den Betroffenen üblicherweise keine Bedenkzeit gegeben werden muss, die Impfung muss nicht an einem gesonderten Termin durchgeführt werden. Bei der zweiten Impfung mit dem gleichen Impfstoff im Rahmen einer Grundimmunisierung ist keine weitere detaillierte Aufklärung erforderlich. Es muss über alle spezifischen Risiken aufgeklärt werden, wobei es nicht darauf ankommt, ob die möglichen Risiken der Impfung häufig oder selten auftreten. Die Symptome sollten im Großen und Ganzen beschrieben werden. Merkblätter sind dabei üblich und haben den Vorteil der späteren möglichen Beweisbarkeit. Es muss immer Gelegenheit zu einem Gespräch gegeben werden. Die Zustimmung des Patienten ist danach dann durchaus mündlich möglich.

Zum Schluss stellte Prof. Dr. Peter Bormann sehr detailliert vor, wie man sich in erdbeben- und tsunamigefährdeten Gebieten verhalten sollte. Das Deutsche Geoforschungszentrum in Potsdam hat zu diesem Thema ein Merkblatt erstellt.

Insgesamt war es wieder eine sehr gelungene und informative Veranstaltung, die in diesem Jahr am 21. und 22. September in Weimar stattfinden wird. Ich kann allen Interessierten nur die Teilnahme an der Veranstaltung und den Beitritt zur Deutschen Fachgesellschaft für Reise- und Tropenmedizin e. V. empfehlen, was mit der Zusendung der Zeitschrift für Flugmedizin, Tropenmedizin, Reisemedizin vom Thieme Verlag verbunden ist. □

Dr. Monika Stichert