

DEUTSCHE FACHGESELLSCHAFT



für **REISEMEDIZIN** e.V.
German Society for Travel Medicine

Hansaallee 299, 40549 Düsseldorf
Tel.: 0211/5202581 Fax: 0211/5202583
E-Mail: info@fachgesellschaft-reisemedizin.de
www.fachgesellschaft-reisemedizin.de

Bitte um Unterstützung

Befragung von Teilnehmer an Freiwilligendiensten



Bild: Fotolia; M. Schuckart

Jugendliche und junge Erwachsene, die einen freiwilligen Dienst im Ausland planen, benötigen eine gute reisemedizinische Beratung.

Unter der Federführung von Ute Lambertz hat der DFR-Fachausschuss 'Qualitätsmanagement Reisemedizin' einen Fragebogen für diese Reisenden entwickelt. Die Erkenntnisse aus der Befragung sollen zu Empfehlungen für eine optimierte und standardisierte Vorbereitung führen.

Für eine aussagekräftige Analyse benötigt der Fachausschuss weitere Teilnehmer und bittet Sie um Ihre Unterstützung dabei, Teilnehmer an Freiwilligendiensten auf die Aktion aufmerksam zu machen. Der Fragebogen besteht aus 2 Teilen (Teil 1: vor der Reise, Teil 2: nach der Reise). Auch Rückkehrer können sich beteiligen und beide Teile ausfüllen.

Die Fragebögen können auf der DFR-Seite www.fachgesellschaft-reisemedizin.de online ausgefüllt werden: Quicklink / Studie zu Freiwilligendiensten.

Liebe Mitglieder und Freunde der DFR,

Frühling lässt sein blaues Band wieder flattern durch die Lüfte... Bei diesem Gedicht hatte Eduard Mörike sicher nicht den Hamburger Hafen im Blick. Aber für den Hafen- und Flughafenärztlichen Dienst (Hamburg Port Health Center) im Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin der Freien und Hansestadt Hamburg hat der meteorologische Frühlingsbeginn eine besondere Bedeutung: Ab jetzt legen wieder die Kreuzfahrtschiffe an und jedes wird kontrolliert, wobei hygienische Belange und die medizinische Versorgung an Bord im Vordergrund stehen.

Qualitätsmanagement in der Reisemedizin

Anlässlich des 30. Treffens des Fachausschusses 'Qualitätsmanagement in der Reisemedizin', gab der Leiter des Hafen- und Flughafenärztlichen Dienstes, Dr. Martin Dirksen-Fischer, einen umfassenden Einblick in die täglichen Aufgaben seiner Behörde. Das Spektrum ist vielfältig: Einfahrterlaubnis nach den IGV (Free Pratique), Untersuchung von Krankheitsausbrüchen an Bord, Überprüfung des BtM-Bestands an Bord, Beratung zur medizinischen Ausrüstung, Durchführung von Präventionskampagnen für Seeleute, Beratung und Behandlung von Seeleuten innerhalb der Seemannsambulanz und vieles andere. Das angeschlossene Zentrum für Impfmedizin bietet nicht nur Impfleistungen für Seeleute an, sondern ist bei reisemedizinischen Beratungen und Vorsorgemaßnahmen offen für jedermann.

Wenig beliebt bei Schiffsführern – aber zwingend erforderlich – sind die regelmäßigen Eignungsuntersuchungen, nicht selten verbunden mit weitergehenden arbeitsmedizinischen Untersuchungen. Weniger bekannt dürfte das hohe wissenschaftliche Engagement des Teams um den Kollegen Dirksen-Fischer sein: Aktuelle Studien beziehen sich zum Beispiel auf Stressprävention in der See-

schifffahrt, aktinische Keratosen und extrinsische Hautalterung bei Seeleuten, aber auch auf die psychische Belastung und die Verpflegungssituation an Bord von Kauffahrteischiffen. Wichtig ist der Austausch von Daten und Erkenntnissen im Arbeitskreis der Küstenländer. Die Wahrnehmung dieses überwiegend hoheitlichen Aufgabenspektrums umfasst auch den Flughafenärztlichen Dienst. Auch hier hat der HÄD jederzeit freien Zugang zu Flugzeugen, auch hier geht es um nichts anderes als den Gesundheitsschutz der Reisenden und der Beschäftigten. Noch einmal herzlichen Dank an Herrn Dirksen-Fischer.

Lindsay Lohan und die Reisemedizin

Was hat die US-Schauspielerin Lindsay Lohan mit emerging infectious diseases zu tun? Lobenswerterweise hat sie sich kürzlich über Twitter geoutet und über ihre Chikungunya-Infektion berichtet, die sie sich im Urlaub zugezogen hatte. Ihre Erkenntnisse waren eindeutig: „Krank zu sein macht keinen Spaß“, und „ich lasse mir von einem Virus meinen friedlichen Urlaub nicht vermiesen“. Sie schließt mit der Aufforderung an ihre Fans, Mückenspray zu benutzen.

Angesichts der enormen Ausbreitungsdynamik von Dengue- und Chikungunya-Infektionen ist es mehr denn je unsere originäre Aufgabe, die Entwicklung der länderspezifischen Risiken im Auge zu behalten und die Reisenden umfassend zu beraten. Hierzu gehört auch der Hinweis auf mögliche unerwartete Einschränkungen nach Rückkehr.

Im Zusammenhang mit Chikungunya und dem West-Nil-Fieber sind aktuelle Vorgaben des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) von Bedeutung. Rückkehrern aus Endemiegebieten (z. B. Italien für das WNV, Süd-Ost-Asien für Chikungunya) ist für mehrere Wochen das Blutspenden untersagt. Die Liste der betroffenen Länder sowie die Ausschlussfristen werden vom PEI regelmäßig aktualisiert.



Stadtansicht von Dresden. Quelle: Ingrid Bergmann, DFR

ÖGD-Kongress Rostock

Am 25. April 2015 bieten die Fachausschüsse ‚Qualitätsmanagement‘ und ‚ÖGD‘ der DFR beim 65. Wissenschaftlichen Kongress des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Rostock einen Workshop an. Damit wollen wir, wie bereits im Vorjahr in Magdeburg, die Bedeutung der reisemedizinischen Beratung durch den ÖGD für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung hervorheben.

Falls Sie in der Nähe sind, kommen Sie doch gerne vorbei! Anmeldung bei unserer Geschäftsstelle, Programm auf unserer Homepage.

DFR-Jahrestagung

Es bleibt mir noch, auf unsere kommende Jahrestagung hinzuweisen, die am 18. und 19. September 2015 im Swissôtel in Dresden stattfinden wird; dazu möchte ich Sie schon jetzt sehr herzlich einzuladen. Dr.

Jörg Wendisch, Gesundheitsamt Dresden, und ich sind sehr bemüht, Ihnen ein attraktives Tagungsprogramm anzubieten. Wer sich im vergangenen Jahr in Nürnberg an der Befragung zu Themenwünschen beteiligt hat, dürfte diese zu einem großen Teil im nebenstehenden Programmentwurf wiederfinden.

Mit herzlichem Gruß, nunmehr, nach Eintritt in den Ruhestand, aus Bietigheim-Bissingen



Ihr
Günter Schmolz

Geplante Themen der DFR-Jahrestagung 2015

Freitag, 18.09.2015

- Kasuistiken aus der Reisemedizin
- Aktuelle Weltseuchenlage – Neue Impfstoffe
- Reiseland Indien – Was muss der Reisemediziner wissen?: Impulsvorträge und Expertenpanel
- Aktuelle flugmedizinische Aspekte für Reisende und Flugbegleiter

Samstag, 19.09.2015

- Reisen mit kardialen Vorerkrankungen
- Reisen mit pulmonalen Vorerkrankungen
- Polymedikation bei älteren Reisenden
- Immunsuppression und Impfungen, personenbezogene Einflussfaktoren auf den Impferfolg
- Kombinationsimpfstoffe und Koadministration
- Impfung bei unbekanntem oder unvollständigem Impfstatus – Impfungen in der Schwangerschaft
- Ebola – Versuch einer ersten Bilanz aus reisemedizinischer Sicht
- Offene Fragerunde
- Abrechnung reisemedizinischer Leistungen
- Reisemedizinisch relevante Rechtsfragen für die ärztliche Praxis

Informationen und Anmeldung unter
www.fachgesellschaft-reisemedizin.de

Vorbereitung auf zurückkehrendes Hilfspersonal und Einreisende aus den Epidemiegebieten

Ebola als Herausforderung für das Gesundheitswesen in Deutschland

Im Dezember 2013 begann in Guinea ein Ebolafieberausbruch, der sich nach Übertragungen in Liberia, Nigeria und Sierra Leone zur größten jemals verzeichneten Ebolafieberepidemie entwickelte. Am 8. August 2014 erklärte die Generaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation den Ausbruch in Westafrika zu einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite. Der Ausbruch verursachte Tod und Leiden bei unzähligen Menschen und bewirkte auch soziale und wirtschaftliche Schäden, die weit über das Epidemiegebiet hinausreichten.

Die weit überwiegende Zahl der Erkrankungen betraf Guinea, Liberia und Sierra Leone. Jedoch wurden auch Fälle aus 6 anderen Ländern mitgeteilt. Zwei davon liegen in Europa: Spanien und Großbritannien. Weitere europäische Länder, darunter Deutschland, übernahmen die Behandlung von Ebolahelfern, die nach möglicher Ebolavirusexposition ausgeflogen wurden.

Unbekanntes Ebola macht Angst

Bis in den Herbst 2014 hatten nur wenige Ärzte in Deutschland jemals einen Patienten mit einer Ebolavirusinfektion gesehen. Dann trug eine starke Medienpräsenz das Thema Ebolafieber plötzlich in jedes Wohnzimmer und in jede Notaufnahme. Das unbestimmbare Risiko der Einreise einer an Ebolafieber erkrank-

ten oder dessen verdächtigen Person war mitunter angstbesetzt, auch jenseits des Rationalen. Bei fiebernden Reiserückkehrern aus Afrika konnte „Ebola“ deshalb plötzlich als wahrscheinlichste Differenzialdiagnose anmuten, noch vor Malaria und bei unsicherer Exposition. Anekdotisch aus einem nächtlichen Konsil: Südwestafrika wurde, wegen des Wortes „West“ im Kompositum, dem über 4000 km entfernten Epidemiegebiet in Westafrika zugeordnet. Die Verständigung auf den Ausschluss einer Expositionsmöglichkeit gelang schnell.

Vorbereitung durch Fortbildung

Kenntnisse über Expositionsmöglichkeiten, Übertragungswege, Inkubationszeiten, klinische Symptomatik, diagnostische Möglichkeiten und Differenzialdiagnosen bereiten den Grund für das Fallmanagement. Nach sukzessivem Beginn sind auch Literatur und Fortbildungsangebote verfügbar. Siehe hierzu den Beitrag „Aktuelles Wissen über das Ebolavirus“, S. 68–72 in diesem Heft. Das Internet erweist sich als schnellste Quelle. Eine Suche zu „Robert Koch-Institut“ und „Ebola“ erbringt aktuelle Informationen zu Ebolafieber in Westafrika, zur Situation in Deutschland und in anderen Ländern. Wie stets ist die Verfügbarkeit von Informationen nicht gleichbedeutend mit aktivem, handlungsbefähigendem Wissen am Point of Care.

Deshalb wurden Gesprächsmöglichkeiten eingerichtet. Gesundheitsämter kennen landesspezifische Ressourcen und Ablaufplanungen. Sieben Kompetenz- und Behandlungszentren sowie ein Trainingszentrum für hochkontagiöse und lebensbedrohliche Erkrankungen unterstützen das Vorgehen bei begründeten Verdachtsfällen auf Ebolafieber [1]. In mehreren Zentren arbeiten mittlerweile Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und Laborexperthen mit Felderfahrung in Westafrika.

Vorgehen bei Verdacht auf Ebolafieber

Verdachtsfälle werden nach der Reise- und Kontakthanamnese und dem klinischen Bild abgeklärt. Anfänglich erschweren unspezifische Symptome die klinische Differenzialdiagnose zu anderen Tropenkrankheiten, vor allem Malaria. Malaria ist unverändert wahrscheinlicher als Ebolafieber, eingenommene Prophylaxe ist kein Beweis gegen Malaria. Je früher die Therapie beginnt, desto eher sind lebensbedrohliche Komplikationen vermeidbar.

Fast immer genügt bereits eine tagesgenaue Reiseanamnese für die Entscheidung, ob ein begründeter Verdachtsfall vorliegen kann oder nicht. Die Befragung kann unter Einhaltung von wenigstens einem Meter Abstand zum Patienten erfolgen. Patient und Arzt müssen wissen: Korrekte Angaben können lebenswichtig sein.



Abb. 1 Fliegende Sonderisolerstation: Hinter den Sonnenblenden des Airbus A340-300 D-AIG2 „Robert Koch“ befindet sich eine Behandlungseinheit für hochkontagiöse lebensbedrohliche Infektionskrankheiten. Quelle: Dr. Günter Pfaff, Stuttgart

Bei Hinweisen auf einen begründeten Verdacht auf Ebolafeiber ist sofort das Gesundheitsamt zu informieren. Die Erreichbarkeit außerhalb der Dienstzeiten ist nicht bundeseinheitlich geregelt. Soweit nicht praxisbekannt, sollte örtlich Auskunft eingeholt werden. Notfalls lässt sich der Kontakt über die örtliche Polizeidienststelle herstellen. Das Gesundheitsamt berät sich mit dem behandelnden Arzt und gegebenenfalls dem Kompetenzzentrum, dem Behandlungszentrum und der Landesgesundheitsbehörde. Bis zu einer Entscheidung sollte der Patient, sofern es sein Zustand zulässt, im derzeitigen Umfeld (zu Hause, Arztpraxis, Aufnahmebereich Krankenhaus) verbleiben.

Verlegung bei begründetem Verdacht

Grundsätzlich strebt man an, einen Patienten mit begründetem Verdacht auf Ebolafeiber auf die Sonderisolierstation eines Behandlungszentrums zu verlegen. Allerdings sind Sonderisolierstationen nicht sofort aufnahmebereit. Die Vorbereitung eines Infektionstransports und das „Hochfahren“ der Station mit Technik und Personal erfordern mehrere Stunden. Deshalb akzeptieren die Behandlungszentren keine direkten Verlegungsanfragen. Bei Verdacht auf Ebolafeiber wird die Indikation zur Verlegung unter Einbezug der Gesundheitsbehörden gestellt. In Absprache mit dem zuständigen Gesundheitsamt sowie gegebenenfalls dem Kompetenz- und Behandlungszentrum kann erwogen werden, vor Ort Blut abzunehmen und eine Labordiagnostik zu veranlassen.

Seuchenhygienische Maßnahmen

Bereits der Krankheitsverdacht auf Ebolafeiber ist unverzüglich namentlich meldepflichtig. Je früher ein Fall erkannt und gemeldet wird, umso eher können Schutzmaßnahmen beginnen. Alle Kontaktpersonen des bestätigten Falls und gegebenenfalls bereits des begründeten Verdachtsfalls sind zur Verhinderung der weiteren Ausbreitung unverzüglich zu ermitteln.

Gesucht werden alle Personen, die unmittelbaren Kontakt zum Erkrankten nach Symptombeginn hatten, und alle Personen, die mit infektiösem Material des Erkrankten in Kontakt gekommen sein könnten. Dazu gehören zum Beispiel Familienangehörige, medizinisches Personal und Laborpersonal. Nach Flügen sind es alle Passagiere, die einen Sitz in

alle Richtungen, auch über den Gang, vom Indexfall entfernt gesessen oder mit ihm direkten Kontakt hatten, ebenso begleitende Crewmitglieder. Gesundheitsbehörden und Fluggesellschaften sind auf solche Ermittlungen vorbereitet.

Ebolahelfer sind gut vorbereitet

Die Ebolaepidemie führte praktisch zu einem Zusammenbruch des Gesundheitswesens im Epidemiegebiet. Internationale Helfer sind vor Ort. Längst nicht alle Hilfskräfte haben jedoch Kontakt mit Patienten. Trotzdem ist die Risikovorsorge intensiv. Das Deutsche Rote Kreuz (DRK) bereitet in Kursen mit dem Missionsärztlichen Institut und der Missionsärztlichen Klinik in Würzburg freiwillige Helfer auf ihren Einsatz in Ebolagebieten vor. Nach ihrer Rückkehr nehmen die Helfer des DRK an einer 3-wöchigen Nachbereitung teil. Über dieses „Debriefing“ verstreicht die Inkubationszeit. Ärzte ohne Grenzen, Technisches Hilfswerk und DRK unterhalten für ihre rückkehrenden Einsatzkräfte durchgängig erreichbare Hotlines. Rückkehrer sind gehalten, mit ihrem Gesundheitsamt eine gegenseitige Erreichbarkeit herzustellen.

Medizinische Evakuierung bei Ebolafeiber

Trotz aller Vorsicht kann persönliche Schutzausrüstung verletzt werden. Wenn die mögliche Virusexposition sofort bemerkt wird, ist wegen der Inkubationszeit von 2 bis 21 Tagen eine Heimholung ohne intensivmedizinische Betreuung möglich. Seit Beginn der Epidemie wurden bis 20. März 2015 65 Personen aus betroffenen Ländern evakuiert oder repatriiert [2]. Es gab 13 medizinische Evakuierungen von bestätigten Infizierten nach Europa: 3 nach Deutschland, jeweils 2 nach Spanien, Frankreich und Großbritannien sowie jeweils ein Patient nach Norwegen, Italien, in die Niederlande und in die Schweiz. Weiterhin wurden 25 asymptomatische Personen nach Ebolavirusexposition nach Europa repatriert: 13 nach Großbritannien, 3 nach Schweden, 4 nach Dänemark, 2 in die Niederlande und jeweils eine Person nach Deutschland, Spanien und in die Schweiz. Insgesamt 27 Personen wurden in die Vereinigten Staaten evakuiert. Bei symptomatischen und behandlungsbedürftigen Patienten ist eine medizinische Evakuierung in kleinen Ambulanzfliegern problembehaftet.



Abb. 2 Airbus A340-300 „Robert Koch“: Blick in die Isoliereinheit mit Vorraum, Schleuse und Behandlungsraum.

Quelle: Dr. Günter Pfaff, Stuttgart

Lange Flugzeiten, beengte Raumverhältnisse und die Isolation im Schutzanzug oder einem bildhaft als „Schneewittchensarg“ bezeichneten Transportisolator begrenzen die Behandlungsmöglichkeiten. Ein völlig neues Schutzkonzept wurde im Evakuierungsflugzeug „Robert Koch“ realisiert [3]. Abbildung 1 und 2 vermitteln einen Eindruck von der Rückholmöglichkeit mit intensivmedizinischer Versorgung in dieser fliegenden Sonderisolierstation.

Allen Ebolahelfern gebührt Dank und Anerkennung für ihren Einsatz. Und falls, was hoffentlich nicht eintreten wird, doch einmal jemand Hilfe benötigt und nach Hause muss, ist Deutschland auch darauf vorbereitet.

Dr. Günter Pfaff,
Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im
Regierungspräsidium Stuttgart

Literatur

- 1 Robert Koch-Institut. Kompetenz- und Behandlungszentren für hochkontagiose und lebensbedrohliche Erkrankungen. Im Internet: www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/Stakob/Stakob_node.html
- 2 ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control. Medical evacuations and repatriations from EVD-affected countries. Im Internet: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/ebola_marburg_fevers/Pages/medical-evacuations.aspx
- 3 Robert Koch-Institut. Das Evakuierungsflugzeug „Robert Koch“: Eine fliegende Sonderisolierstation. Im Internet: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/R/RKI/A340_Robert_Koch-Endversion.pdf