



1900-2000

BERNHARD-NOCHT-INSTITUT FÜR TROPENMEDIZIN

BNI KLINIK - BERNHARD-NOCHT-STR. 74, 20359 HAMBURG
BUNDESAMT FÜR DIE ANERKENNUNG
AUSLÄNDISCHER FLÜCHTLINGE
Frau Brenner

90343 Nürnberg

KLINISCHE ABTEILUNG
Leiter: Prof. Dr. M. Dietrich

Tel.: 040/42818-0/-390/-391
Fax: 040/42818-394
AMBULANZTERMINE: 31 28 51
klinik@bni.uni-hamburg.de
Datum: 02.04.02/bund0204sw

Schreiben vom 14. Dezember 2001 sowie verschiedene Versuche von Telefonaten, Faxmitteilungen und telefonische Rückfragen
Asylverfahren von Antragstellern aus der Demokratischen Republik Kongo
hier: Risiko einer Malariaerkrankung bei Rückkehr

Sehr geehrte Frau Brenner,

die von Ihnen gestellten Fragen werden wie folgt beantwortet:

zu 1:

Die Demokratische Republik Kongo liegt im Regenwaldgebiet bzw. im tropischen Gürtel Afrikas. Das Risiko, an Malaria, insbesondere Malaria tropica, zu erkranken, ist für alle Bewohner hoch, insbesondere dann, wenn keine Präventionsmaßnahmen durchgeführt werden. Hinsichtlich der Verbreitung der Malaria bestehen in verschiedenen Regionen des Landes Unterschiede, insofern, als in städtischen Bereichen das Risiko relativ niedrig ist, in ländlichen Bereichen - vor allem unter bestimmten Wohnbedingungen - das Risiko höher ist.

Nach Altersgruppen ist eine unterschiedliche Bewertung insofern anzunehmen, als die Erkrankung bei kleinen Kindern, die im Lande aufgewachsen sind, häufiger zu schwereren Verläufen führt, als bei Heranwachsenden und Erwachsenen. Eine unterschiedliche Gefährdung nach Altersgruppen gibt es für solche Personen nicht, die nicht in einem Malaria-endemischen Gebiet aufgewachsen sind, sondern dort einreisen. Für sie ist die Gefährdung des Verlaufs der Erkrankung mit wenigen graduellen Unterschieden (höheres Alter) gleich. Gleich ist für alle Personen allerdings das Infektionsrisiko, d. h. die Übertragung der Erkrankung, da es gegen die Übertragung der Erkrankung für alle Personen in tropischen Gebieten keinen hundertprozentigen Schutz gibt.

zu 2:

Es existieren Malaria-Schutzprogramme nationaler und internationaler Organisationen, in der Regel bestehen diese in der Aufklärung, in welcher Weise die Malaria übertragen werden kann, aber auch durch Mutter-und-Kind-Programme mit Präventionsmaßnahmen, insbesondere auch einer Malaria-Prophylaxe durch Medikamente.

zu 3:

Die Malariaerreger werden über die Überträgermücken in der Dämmerung und in der Nacht übertragen, d. h., es handelt sich um nachtaktive Moskitos. Für die Nacht werden mückenabweisende Mittel, Moskitonetze, insbesondere imprägnierte Moskitonetze, empfohlen, die auch durch nationale und internationale Programme propagiert werden. Darüberhinaus ist die Bekämpfung von Mücken in Schlafräumen durch Insektenabtötende Mittel üblich und wirkungsvoll. Eine chemische Prophylaxe kann durch Einnahme von Malaria-Medikamenten regelmäßig erfolgen, insbesondere für solche Personen, die in nicht-endemischen Gebieten aufgewachsen sind und die erst durch mehrere Parasitämien eine Semi-Immunität erfahren. Malaria-Parasitämien können unter einer medikamentösen Prophylaxe auftreten, ohne daß eine schwere Erkrankung sichtbar wird. Die genannten Vorbeugungsmaßnahmen sind bekannt und verfügbar. Die Wirksamkeit ist bei richtiger Anwendung sehr hoch. Der Kostenaufwand für imprägnierte Moskitonetze ist relativ gering, der für Mückenbekämpfungsmaßnahmen ist ebenfalls gering; eine medikamentöse Prophylaxe wird oft von Gesundheitssystemen angeboten, sie kann kostenlos sein, im Rahmen beispielsweise von Mutter-Kind-Programmen, kann aber auch – je nach Medikament – kostengünstig über Apotheken abgegeben werden.

zu 4:

Genetische Faktoren können das Erkrankungs- bzw. Sterberisiko durch Malaria vermindern, dazu gehören: Sichelzellanämie, Erythrozytenenzymanomalien und andere genetische Faktoren, die in ihrer Gänze noch nicht vollständig bekannt sind. Die Frage, wie hoch in der Demokratischen Republik Kongo der Anteil der Bevölkerung ist, der die entsprechenden genetischen Faktoren aufweist, läßt sich nicht definitiv beantworten, weil entsprechende Zahlen nicht vorliegen.

zu 5:

Eine Semi-Immunität gegen Malaria wird in der Regel durch mehrere Malaria-Parasitämien aufgebaut. Sie geht durch einen Aufenthalt außerhalb des Heimatlandes z. T. wieder verloren, jedoch nicht gänzlich. Eine exakte Zeitangabe ist nicht möglich, da individuelle Unterschiede bestehen. Dies liegt vor allem daran, daß einige der Personen, die über längere Zeit im Ausland außerhalb des Landes, bzw. in einem von Malaria freien Gebiet leben, offensichtlich chronische Parasitämien haben können, die nicht zu Krankheitserscheinungen führen, jedoch zu einem Erhalt der Semi-Immunität. Zumindest geht die Semi-Immunität nach den üblichen Erfahrungen über mehrere Jahre. Sie ist jedoch durch Labormaßnahmen nicht meßbar. Das Risiko der Erkrankung bei semi-immunen Personen ist im Vergleich zu in Deutschland geborenen Kindern oder aufgewachsenen Erwachsenen, die ihre Semi-Immunität möglicherweise verloren haben, geringer. Geringer heißt, daß die Schwere der Erkrankungen weniger ausgeprägt ist. Die Übertragung der Malaria ist nicht geringer. Exakte Zahlen darüber, wieviele Rückkehrer nach längerem Auslandsaufenthalt innerhalb eines Jahres an Malaria erkranken, liegen nicht vor. Wir wissen jedoch von zahlreichen Asylbewerbern, die nach mehrjährigem Aufenthalt in ihr Heimatland zurückkehren, daß sie – wenn keine Präventionsmaßnahmen durchgeführt werden – nach Rückkehr an Malaria erkranken.

Vorbeugungsmaßnahmen auf den Erwerb einer Semi-Immunität sind wie folgt zu beschreiben:

Handelt es sich bei den Vorbeugungsmaßnahmen um einen kompletten Schutz gegen Übertragung, beispielsweise durch die konsequente Anwendung von Moskitonetzen, kann eine Parasitämie nicht auftreten und somit eine Semi-Immunität nicht erworben werden. Handelt es sich dagegen um eine inkonsequente Anwendung solcher Präventionsmaßnahmen oder durch eine unzureichende Medikamenten-Prophylaxe, kann darunter eine Semi-Immunität erworben werden.

zu 6:

Die Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten einer Malaria bestehen in der Demokratischen Republik Kongo landesweit. Es handelt es sich ja um eine Erkrankung die, zumindest in ländlichen Gegenden, alle Einwohner umfaßt. Es gibt ein Netz von Krankenhäusern und Behandlungszentren, insbesondere auch von Nicht-Ärzten, die in die Diagnostik und in die Behandlung eingewiesen sind. Die Sterblichkeitsrate in Malaria tropica ist ohne Behandlung relativ hoch. Mit Behandlung, bei rechtzeitiger Diagnostik, gegen Null.

Die Erfolgsaussichten traditioneller Behandlungsmethoden sind schwer abzuschätzen, da die traditionellen Behandlungsmethoden hier nicht definiert sind. Handelt es sich um Geistesbesprechungen oder andere Maßnahmen sog. „Heiler“ ist die Erfolgsaussicht gleich Null. Handelt es sich bei traditionellen Behandlungsmethoden um die gängige Anwendung von Medikamenten gegen Malaria, sind die Erfolgsaussichten gut. Bei nicht Semi-immun Erkrankten ist eine frühe Diagnose und rechtzeitig einsetzende Behandlung durch Malaria-wirksame Medikamente erforderlich. In der Regel wird dieses erkannt und beachtet. Es ist, im Gegenteil, so, daß alle Krankheitszeichen in einem Land wie der Demokratischen Republik Kongo als Malaria betrachtet und als solche behandelt werden, auch wenn es sich um ganz andere Erkrankungen handelt. In der Realität ist es so, daß bei Kopfschmerzen, Frieren und anderen Erscheinungen eine Malaria-Behandlung in der Regel unverzüglich eingeleitet wird.

zu 7:

Die körperliche Konstitution kann auf den Krankheitsverlauf einer Malaria tropica Auswirkungen haben. Wenn eine Grundkrankheit vorliegt, wie schwere Abwehrtchwäche, schwere Organschädigungen, z. B. koronare Herzerkrankungen o. ä., wenn eine Ersterkrankung an Malaria tropica in höheren Alter erworben wird (über 70) ist der Krankheitsverlauf i. d. Regel schwer. Eine spezielle Ernährung spielt keine Rolle, es sei denn, es liegt eine schwere Mangelernährung vor mit entsprechenden Organschädigungen, wie es beispielsweise bei der sog. Kwashiorkor-Erkrankung der Fall ist. Auch andere gleichzeitig bestehende Infektionskrankheiten können zu einem schwereren Verlauf der Malaria führen.

Für Säuglinge, die in Europa geboren bzw. aufgewachsen sind und keiner Mangelernährung unterworfen waren, ergibt sich bei einer Rückkehr in die genannten Gebiete eine günstigere Einschätzung bezüglich eines möglichen Krankheitsverlaufes als bei Säuglingen, die in dieser Region geboren und immer dort verblieben sind unter der Voraussetzung, daß schwere Grunderkrankungen anderer Art vorliegen oder gleichzeitig schwere Infektionskrankheiten vorliegen, die zu einer Organschädigung geführt haben. Die Säuglingssterblichkeit ist, wenn Präventionsmaßnahmen nicht durchgeführt werden, an Malaria in solchen Gebieten relativ hoch trotz eines von der semi-immunen Mutter auf die Säuglinge übertragene passive Teilimmunität. Die Frage, in welchem Zeitraum nach einer Rückkehr sich Folgen einer Mangelernährung zeigen können, kann nicht beantwortet werden. Schließlich muß man davon ausgehen, daß eine Mangelernährung vermieden wird. Mangelernährungen entstehen vor allem im tropischen Regenwaldgebiet durch mangelnde Kenntnis einer vitaminreichen, eiweißreichen und kalorienreichen Nahrung. Es gibt üblicherweise im Regenwaldgürtel keinen Mangel an Nahrungsmitteln, im Gegensatz zu der Sahelzone und den Savannengebieten. Grundsätzlich treten Folgen einer Mangelernährung je nach Lebensalter innerhalb von Monaten oder von Jahren ein. Dies betrifft Mangel an bestimmten Vitaminen, beispielsweise Vitamin A, Vitamin-B-Komplex, Folsäure. Eiweißmangelernährung oder kalorienarme Ernährung (Unterernährung) können innerhalb von Wochen zu Krankheitsfolgen führen, insbesondere auch einer Abwehrtchwäche.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. M. Dietrich