

Malaria – und das Stechen geht weiter

Bald ist Ferienzeit! – Wieder reisen viele Urlauber*innen in tropische und subtropische Regionen, wo blutrünstige Moskitos sich an frischem Menschenblut laben. Den meisten Schrecken verbreiten die Weibchen der Anopheles Mücken, die angesichts ihrer Proteinabhängigkeit den roten Saft gnadenlos aus den Adern ihrer Opfer saugen. Sie brauchen es nach der Befruchtung durch die Männchen, damit sich ihre Eizellen entwickeln und sich ihre Brut fortpflanzt. Ohne Skrupel rammen sie ihren Stechrüssel durch die Haut in die Blutbahnen, spritzen ein Drüsensekret zur Verhinderung der Blutgerinnung hinein und starten dann den Aderlass. Rund 40 der insgesamt etwa 460 verschiedenen Anopheles Arten weltweit übertragen dabei einen Parasiten, der Krankheit, Elend und Tod bringt – Malaria!

In Europa, Nordamerika, großen Teilen der Karibik sowie einigen Gebieten Südamerikas und Asiens konnte Malaria erfolgreich bekämpft und ausgerottet werden. Begrenzt ist bisher der Erfolg in den Ländern Afrikas südlich der Sahara. Um Malaria nachhaltig Einhalt zu gebieten, erfordert es eine große Palette von Strategien: Dazu gehören statistische Erhebungen und das Erkennen begünstigender Faktoren in betroffenen Ländern sowie ein klares Prioritäten-Bekenntnis und -Handeln der jeweiligen Regierungen. Es benötigt den entsprechenden Ausbau des Gesundheitssystems, die Einbeziehung der Kommunen sowie eine gezielte Aufklärungsarbeit usw. ... Das alles kostet Geld und braucht Zuverlässigkeit. Dinge, die im afrikanischen Raum in dieser Kombination häufig schwer anzutreffen sind.

Und dennoch hat sich in den letzten 20 Jahren laut WHO einiges zum Positiven verändert: Die Rate der weltweiten Neuerkrankungen ist in diesem Zeitraum um 27% gefallen und die Rate der Malaria bedingten Todesfälle sogar um rund 56% in allen Altersgruppen. Auch der neue Impfstoff *RTS,S/AS01* mit dem Handelsnamen *Mosquirix* ist erstmalig ein zartes Licht am Horizont der Malaria-Bekämpfung. Seine Durchschlagskraft liegt zwar noch weit entfernt von wünschenswert. Aber immerhin berichtet die WHO in seinen Studienergebnissen zur Impfstoff-Wirkung über eine Effizienz von 30 % zur Reduzierung tödlicher Malaria.¹ Das hätte 2019 rund 85.000 Kinder vor dem Tod retten können. Es scheint also ein Ansatz gefunden, der mehr verspricht und Hoffnung macht, diese Krankheit irgendwann ausrotten zu können.



¹ <https://www.who.int/news/item/06-10-2021-who-recommends-groundbreaking-malaria-vaccine-for-children-at-risk>

Allerdings ist der Impfstoff bisher nur für Kinder gedacht, die ihn im Idealfall zwischen dem fünften Monat und dritten Lebensjahr vier Mal injiziert bekommen sollen. Erwachsene müssen sich also weiterhin ohne Impfstoff schützen.

Weniger erfreulich ist allerdings die Tatsache, dass gerade die südlich der Sahara gelegenen afrikanischen Staaten die größte Malaria-Last auf ihren Schultern tragen. Allein ihr Anteil beträgt über 90% aller Krankheits- und Todesfälle. Diese Region ist also weiterhin mit Vorsicht zu genießen.

Daher ist eine genaue Betrachtung der einzelnen Reiseländer wichtig und richtig. Ebenso die Frage, wie man in den jeweiligen Ländern reist. Schließlich mögen sich viele nur ungern die Prophylaxe-Mittel in den Schlund schieben und in ihrem Urlaub vermeintlichen Nebenwirkungen zum Opfer fallen. Folgende Überlegungen können helfen:

- Wie hoch wird das Malaria-Risiko eines Landes z.B. von der WHO eingeschätzt? (derzeit Kenia z.B. hoch, Südafrika mittel bis niedrig, Namibia, Botswana, Swasiland eher niedrig)
- Sind alle Regionen des Landes gleichermaßen betroffen? (Es macht zum Beispiel einen Unterschied, ob ich in Tansania auf dem Kilimanjaro-Berg oder in der Serengeti unterwegs bin. In Südafrika ist der Kruger Nationalpark Malariagebiet, der Addo Elephant Nationalpark und der Garden Route Nationalpark gelten als malariafrei.)
- In welcher Jahreszeit bin ich unterwegs? (Namibia zum Beispiel ist ein Land, dass zwar im Nordosten des Landes das größte Malaria-Risiko vorweist, aber die meiste Zeit des Jahres und vor allem in den mittleren und südlichen Teilen des Landes aufgrund der Trockenheit und Dürre keine ausreichenden Lebensbedingungen für Malaria-Mücken hat. Der Etosha Nationalpark gilt häufig als Grenzgebiet der Malariazone wird aber in der Regel aufgrund der Trockenheit gerne als malariafrei eingestuft. In den Malariagebieten Südafrikas im Nordosten kann man aufgrund der Trockenheit von Juni bis September mit relativ geringem Malariarisiko unterwegs sein.)
- Welche der 5 verschiedenen Malaria-Übertragungsparasiten sind in einer bestimmten Region dominant und erfordern welche Medikation? (Es sind vor allem die Parasiten „Plasmodium falciparum“ and „Plasmodium vivax“, welche die größte Bedrohung darstellen und die wenigsten Prophylaxe-Kompromisse zulassen.)
- Wie anfällig ist man selbst für alle Arten von Mückenstichen? (Ich zum Beispiel brauche in der Präsenz anderer fast keinen Mückenschutz, weil ich regelmäßig Gäste dabei habe, die die Mücken anziehen wie Magnete das Eisen. Wer also Lieblingsfutter von Mücken ist, sollte natürlich noch stärker auf entsprechende Vorsichtsmaßnahmen bauen.)

Die Erkenntnisse aus diesen Fragestellungen helfen euch sicherlich schon mal bei eurem Arzt- und Apotheken- Besuch und bilden eine gute Grundlage einer Prophylaxe-Strategie, die sich aus vier Säulen zusammensetzen sollte:

- Risiko-Management (siehe beispielhafte Fragen oben)
- Stich-Prävention (Haut bedeckende Kleidung vom Hals bis ganz hinunter zu den Füßen, Mückenschutz-Spray, Mosquito-Netze oder Ähnliches insbesondere in den aktiven Zeiten der Malariamücke zwischen Beginn der Dämmerung am frühen Abend und dem Sonnenaufgang am Morgen.)
- Prophylaxe- oder Stand-by-Medikamente
- Schnelle Diagnose und Behandlung (bitte zum Beispiel bei fiebrigen Erkältungen nach dem Urlaub in einem Malaria-Land immer an die Möglichkeit dieser Erkrankung denken)

Also – viel Spaß im Urlaub und lasst den Mücken keine Chance!