

Richtlinie

Fieber nach Reiserückkehr - Ablauf Kindernotfall

Autorenschaft M. Wendelspiess	Erstellungsdatum 01.10.2025	Überarbeitungsdaten	Aktualisierungsdaten
	Nächste Überarbeitung		
Gültigkeitsbereich Medizinbereich Kinder und Jugendliche, NZKJ	Genehmigung Steuergruppe Richtlinien	Vernehmlassung I. Steiner, T. Martinez, Kader NZKJ ärztlich und pflegerisch, P. Agyeman, N. Schöbi	
Schlagworte			

1 Präklinik /Triage

Keine Speziellen Triage Empfehlungen, Triage nach Allgemeinzustand.

2 Management / Therapie

Bei Fieber, Reise in Endemiegebiet und passender Inkubationszeit (siehe Tabelle im Anhang) soll minimal eine Diagnostik für Malaria und S. typhi durchgeführt werden.

Spezifische, erweiterte Anamnese bei Fieber innerhalb 4 Monate nach Tropenaufenthalt

- Impfstatus (inklusive je nach Alter: Hepatitis A, Gelbfieber, Typhus (inkompletter Schutz), Influenza (inkompletter Schutz))
- Abflug- und Rückkehrdatum (Rückschluss auf Inkubationszeit), Zwischenstopps
- Verlauf der Symptome
- Reiseziel (Land, Region, Stadt vs ländliches Gebiet)
- Reisestil (Hotel, einfache Bedingungen, Campen)
- Besuch bei Freunden/Verwandten
- Kontakt zu kranken Personen/Aufenthalt in einer Gesundheitseinrichtung, Aktivitäten während der Reise
- Kontakt zu Tieren
- Süsswasserexposition
- Unsicheres Trinkwasser
- Mückenexposition
- Malariaphylaxe (Substanz?) bei Reisen in Risikogebieten
- Therapie vor Ort (Antimalariamittel, frei verkäufliche Antibiotika)

Risiko für schwere Verläufe

- Kleinkinder bis 5 Jahre
- Fieber länger als 3 Tage ohne Fokus
- Vorerkrankungen

Minimaldiagnostik

Guter Allgemeinzustand/Keine Risikofaktoren	Schlechter Allgemeinzustand/Risikofaktoren
- Malaria diagnostik ZLM* - CRP - Grosses BB - Blutkulturen (S. typhi?) - Ggf. weitere Diagnostik**	- Malaria diagnostik ZLM* - CRP - Grosses BB - ASAT/ALAT, Billirubin, Kreatinin - Blutkultur - Nullserum - Urinstatus - Gerinnungsstatus - BGA - Ggf. weitere Diagnostik ** - Ggf Stuhl diagnostik auf Bakt bei Diarrhöe

*Beinhaltet Schnelltest (Turn-around 1h) und Mikroskopie (Turn-around mind. 2h für prov. Ergebnis, definitiver Befund ggf. erst Folgetag)

** Gemäss Tabelle im Anhang und nach Rücksprache mit Kinderinfektiologie (inkl. Dengue)

Management

Eine Hospitalisation ist immer indiziert bei schlechtem Allgemeinzustand, schwerer Malaria, Dengue mit Warnzeichen oder schwerer Dengueinfektion (mit Information an Kinderinfektiologie, siehe [CDC Dengue Pocket guide](#))

(Cave Auslandsscreening bei:

Patientinnen / Patienten, die direkt aus einem Spital im Ausland verlegt wurden

Patientinnen / Patienten, die in den letzten 6 Monaten in einem Spital im Ausland stationär behandelt wurden

Patientinnen / Patienten, die in den letzten 6 Monaten in einem Spital im Ausland ambulant zusammengezählt mind. 24h behandelt wurden)

Definition „schwere“ Malaria	Definition „schwere“ Dengue Infektion*	Dengue Warnzeichen*
- Schlechter Allgemeinzustand / Schwäche - Bewusstseinsstrübung (GCS < 11) - Pulmonale Beteiligung (Hypoxie, Lungenödem, ARDS) - Krampfanfälle - Akute Niereninsuffizienz - Kardiovaskuläre Beteiligung (Hypotension, Rekap >3 sek Zentral) - Hyperbilirubinämie >50 µmol/l (>3mg/dl) - Schwere Anämie - Gerinnungsstörung - Laktat > 5mmol/L - Hypoglykämie - Relevante Blutung - Parasitendichte > 10%	- Dengue-Schock Syndrom (schweres Plasmaleck oder Lungenödem mit Atemnotsyndrom) - Relevante Blutung - Organdysfunktion (Myokarditis, Hepatitis oder Enzephalitis)	- Persistierendes Erbrechen - Bauchschmerzen - Mukosale Blutung - Hepatomegalie - Kombination hoher Hämatokrit und Thrombopenie

* cave: treten in der Regel um den Tag 4 auf und nach dem Entfiebern

Therapie der Malaria (festgelegt immer in Rücksprache mit päd. Infektiologie):

Siehe Therapieguidelines des Schweizer Tropen Institutes:

Orale Therapie (erhaltener AZ, Medikamenteneinnahme gewährleistet).

First Line: Riamet (Artemether, Lumefantrin)

Second Line: Malarone (Atovaquon, Proguanil hydrochlorid)

Gabe erste Dosis muss auf dem NF gegeben werden (oft Malcompliance bei Kindern, dann Alternative mit Infektiologie besprechen)

Erhaltener AZ und Parasitämie < 5%: orale Therapie zu Hause möglich, ansonsten Überwachung auf BEO und kurzfristige Verlaufskontrolle empfohlen

Riamet ist bei uns in der Spezialmedikation vorhanden, Malarone verfügbar in beiden Apotheken am Bahnhof.

Intravenöse Therapie (Schwere Malaria, kontinuierliches Erbrechen)

mit Artesunate (via Spitalpharmazie bestellen)

3 Austritt

Bei Ambulantom Vorgehen und Parasitendichte > 2%: klinische Kontrolle am Folgetag (auf dem NZKJ oder in der Sprechstunde Kinderinfektiologie). Zeitpunkt der Nachkontrollen bei Parasitämie <2% nach Absprache Infektiologie.

4 Literatur

APA: Knoll, R. L., & Dennebaum, M. S. (2021). Fieber bei pädiatrischen Reiserückkehrern. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 169(5), 426-431.

ISO 690: KNOLL, Rebecca L.; DENNEBAUM, Martin S. Fieber bei pädiatrischen Reiserückkehrern. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 2021, 169. Jg., Nr. 5, S. 426-431.

5 Anhang

Erkrankung	Inkubationszeit Min	Inkubationszeit Max	Daran denken bei Intervall von		
			<14 Tage	2 – 6 Wochen	>6 Wochen
Falciparum Malaria	7 Tage	3+ Monate (98% < 3 Monate nach Rückkehr)	X	X	X
Non-falciparum Malaria	7 Tage	12 Monate (50% > 1 Monat nach Rückkehr)	X	X	X
Dengue, Chikungunya, Zika	2-4 Tage	14 Tage	X		
Japanische Enzephalitis	1 Tag	3 Wochen	X	X	
Virale hämorrhagische Fieber*	1 Tag	3 Wochen	X	X	
S. typhi	3 Tage	2 Monate	X	X	x
Leptospirose	2 Tage	1 Monat	X	X	
Hepatitis A	15 Tage	50 Tage		X	
Akute Schistosomiasis	4 Wochen	2 Monate		X	X
Viszerale Leishmaniasis	10 Tage	Jahre	x	X	X

* siehe Inselgruppe Hygiene-Richtlinien (HYG-281, hochkonsequenz Infektion)