

Tuberkulose bei Flüchtlingen und Asylbewerbern: Tuberkulose-Screening bei Einreise und Fallmanagement

Stellungnahme des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V., Fachausschuss Infektionsschutz, Arbeitskreis Tuberkulose

Vorbemerkungen

Eine Grundvoraussetzung für die Eindämmung der Tuberkulose im Sinne des Infektionsschutzes ist die frühzeitige Diagnose sowie die adäquate und vollständige Therapie der Tuberkulose bei Flüchtlingen so schnell wie möglich nach Einreise. Die Patienten sollen grundsätzlich in der medizinischen Regelversorgung behandelt werden. Für Kinder muss der Zugang für eine pädiatrische Versorgung sichergestellt werden. Kinder sollten die notwendigen Vorsorgeuntersuchungen erhalten und grundsätzlich spätestens vor der Einschulung (auch in höhere Klassen) oder vor Eintritt in einer Kindertagesstätte pädiatrisch untersucht werden. In diesem Rahmen ist unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie (DGPI) immer auch die Indikation zur Durchführung einer Tuberkulose-Diagnostik zu prüfen.

Nach bisher vorliegenden Untersuchungen in Erstaufnahmestellen und Gesundheitsämtern im Rahmen der Erstuntersuchung nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz und § 62 Asylgesetz beträgt die Prävalenz der latenten tuberkulösen Infektion bei Kindern und Schwangeren (definiert als positiver Interferon-Gamma-Test (IGRA) ohne Krankheitszeichen einer Tuberkulose), je nach Alter und Herkunftsland zwischen ca. 1 % und ca. 17 % (nicht publizierte Daten aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst, u. a. Stuttgart, Trier-Saarburg, Stadt Augsburg, Land Brandenburg). Bisher sind keine validen Aussagen darüber möglich, wie hoch das Risiko für latent infizierte Personen aus verschiedenen Herkunftsländern ist, manifest an Tuberkulose zu erkranken, und ob ein risikobasiertes Screening z. B. auf Basis der Herkunftsländer sinnvoll ist. Internationale Studiendaten zeigen, dass Asylbewerber, Flüchtlinge und andere Zuwanderer aus Hochprävalenzländern noch Jahre nach der Einreise ein höheres Erkrankungsrisiko aufweisen.

Tuberkulose-Screening bei Einreise

Gesetzliche Regelungen

§ 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz sieht vor, dass Personen, die in eine Gemeinschaftsunterkunft für Flüchtlinge oder Asylbewerber aufgenommen werden, vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen haben, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind. Bei Aufnahme in einer Gemeinschaftsunterkunft für Flüchtlinge oder Asylbewerber muss sich das Zeugnis bei Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, auf eine in Deutschland erstellte Röntgenaufnahme der Lunge stützen. Bei Schwangeren empfiehlt das Gesetz, von der Röntgenaufnahme abzusehen. Stattdessen ist ein ärztliches Zeugnis vorzulegen, dass nach sonstigen, im Gesetz nicht näher spezifizierten Befunden eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose nicht zu befürchten ist. Hinsichtlich Kindern unter 15 Jahren sind im Infektionsschutzgesetz keine Regelungen getroffen.

§ 62 Asylgesetz regelt, dass Ausländer, die in einer Aufnahmeeinrichtung oder Gemeinschaftsunterkunft zu wohnen haben, verpflichtet sind, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich Röntgenaufnahme der Atmungsorgane zu dulden. Das Asylgesetz verweist hinsichtlich der Ausgestaltung der ärztlichen Untersuchung auf die obersten Landesgesundheitsbehörden. Somit lässt sich keine verbindliche Ausgestaltung der duldungspflichtigen Untersuchungen aus dem Asylgesetz ableiten. Die Regelungen in den Ländern sind sehr unterschiedlich; zum Teil existieren keine aktuellen verbindlichen Regelungen oder die praktische Umsetzung erfolgt abweichend von gültigen Regelungen.

Die aktuellen Empfehlungen des Robert Koch-Instituts bestätigen die Sinnhaftigkeit des Röntgenscreenings bei erwachsenen Personen, die in eine Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerber aufgenommen werden, und schlagen ein Vorgehen bei Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren vor (http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/T/Tuberkulose/TB-Screening_Asylsuchende_Tab.html).

Epidemiologischer Hintergrund

Da es sich bei der aktuellen Zuwanderung um eine Situation handelt, die epidemiologisch im Hinblick auf die Tuberkulose noch nicht zuverlässig beurteilt werden kann, fehlt es derzeit noch an fachlich-wissenschaftlicher Evidenz, die ein bestimmtes Vorgehen in seiner Wirksamkeit und Effektivität eindeutig favorisieren könnte. Dem gegenüber besteht die Notwendigkeit für die zuständigen Gesundheitsämter, Untersuchungen selber durchzuführen oder in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen sicherzustellen. Für den bestmöglichen Infektionsschutz der Bevölkerung werden die zur Verfügung stehenden personellen und finanziellen Ressourcen hinsichtlich der Effizienz eingesetzt.

Für eine wirksame und wirtschaftliche Bekämpfung der Tuberkulose müssen Standards festgelegt und regelmäßig auf deren Wirksamkeit überprüft werden. Eine Vereinheitlichung und Koordination der Praktiken erscheint notwendig.

Eine Grundvoraussetzung für die gezielte Identifikation von Tuberkulosekranken und den Therapieerfolg ist die sprachliche Verständigung. Sprachmittlerdienste sollten

bei der Erstaufnahme zur Verfügung stehen. Häufig ist die Tuberkulose in den Herkunftsländern stark stigmatisiert, so dass die Inanspruchnahme fachlicher Hilfe aus Scham verzögert wird.

Unter Berücksichtigung der bisher zur Verfügung stehenden Daten, der gesetzlichen Grundlagen und der bekannten wissenschaftlichen Erkenntnisse schlägt der Arbeitskreis Tuberkulose derzeit folgendes Vorgehen für das Aufnahmescreening auf Tuberkulose vor.

I. Empfehlung für das Aufnahmescreening

1. Erwachsene Personen und Jugendliche ab dem vollendeten 15. Lebensjahr

Diese müssen entsprechend § 36 Abs. 4 IfSG eine Röntgenuntersuchung der Lunge in einer Ebene (gegebenenfalls zusätzlich seitlich) erhalten.

Auf Tuberkulose verdächtige Befunde sind stets durch die bakteriologische Untersuchung dreier Sputumproben und erforderlichenfalls durch weitere Diagnostik (ggf. Tuberkulin-Hauttest, IGRA) abzuklären, ferner müssen in diesen Fällen grundsätzlich eine körperliche Untersuchung und eine Anamnese in der Muttersprache erfolgen. Bei dringendem Ansteckungsverdacht erfolgt sofort eine stationäre Einweisung zur weiteren medizinischen Versorgung.

Primär abklärungsbedürftig oder überwachungsbedürftig erscheinende Röntgenbefunde, die im Rahmen des Einreisescreeing oder später auffallen, sollten bei Zweifeln zunächst von einer zweiten fachkundigen Person begutachtet werden, um aufwendige und mitunter nicht indizierte Diagnostik und stationäre Aufenthalte zu vermeiden.

2. Schwangere

Diese werden körperlich untersucht und erhalten routinemäßig einen IGRA, alternativ einen Tuberkulin-Hauttest. Wenn dieser positiv ausfällt und weitere Indizien für eine potentielle Gefährdung für Mutter und Kind durch eine zu spät diagnostizierte Tuberkulose sprechen, sollte nach fachärztlicher Indikation eine Röntgenuntersuchung der Thoraxorgane (in der Regel in einer Ebene) spätestens nach der Entbindung erfolgen, bei klinischem Verdacht auf Tuberkulose auch während der Schwangerschaft. Neuere wissenschaftliche Daten weisen darauf hin, dass die Gefährdung durch eine zu spät diagnostizierte Tuberkulose das Risiko einer Thorax-Röntgenaufnahme während der Schwangerschaft bei weitem überwiegt. Zusätzlich sollten bei jeglichem klinischen Verdacht 3 qualifizierte Sputumuntersuchungen durchgeführt werden. Dies bedeutet eine Sputumabgabe möglichst unter Aufsicht, um zu vermeiden, dass lediglich Speichel abgegeben wird.

3. Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren

Diese erhalten eine standardisierte Anamnese in der Muttersprache (durch fremdsprachige Anamnesebögen, durch muttersprachliche Dolmetscher, durch muttersprachliche Online-Anamnesesysteme etc.) und eine körperliche Untersuchung. Diese umfasst mindestens die Erfassung von Größe und Gewicht, eine

Auskultation der Lunge, eine Erhebung des Lymphknotenstatus sowie eine Temperaturmessung. Eine reine Inaugenscheinnahme ist nicht ausreichend. Bei auffälligen Befunden erfolgt niederschwellig eine weitere diagnostische Abklärung beim Facharzt. Eine Testung auf eine latente tuberkulöse Infektion (Tuberkulin-Hauttest oder IGRA) erfolgt nur im Rahmen der üblichen Umgebungsuntersuchung – dazu zählt auch ein anamnestisch ermittelbarer Kontakt zu Tuberkulose in der Heimat oder auf der Flucht – oder bei Verdacht auf eine Erkrankung an Tuberkulose.

4. unbegleitete minderjährige Ausländerinnen und Ausländer

Die Erfahrungen von Gesundheitsämtern haben Hinweise auf eine erhöhte Prävalenz latent-tuberkulöser Infektionen und in der Folge Erkrankungen an Tuberkulose gezeigt. Deshalb sollte bei dieser Zielgruppe ein routinemäßiger IGRA oder Tuberkulin-Hauttest erwogen werden.

Präventive Behandlung im Rahmen des Aufnahmescreenings

Eine im Einzelfall indizierte präventive Behandlung einer festgestellten latenten tuberkulösen Infektion ist primär eine individualmedizinische Maßnahme. Sie sollte nur begonnen werden, wenn die vollständige Durchführung über 3 bis 9 Monate gesichert erscheint. Hinsichtlich der Indikationen und der Durchführung einer präventiven Behandlung wird auf die Empfehlungen des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK) und der DGPI verwiesen. Grundvoraussetzung für die Durchführung einer präventiven Therapie ist eine gesicherte Betreuung durch einen erfahrenen Facharzt.

II. Fallmanagement

Therapieadhärenz und Sicherstellung des Behandlungserfolges:

Weil die Mitarbeit ganz entscheidend für den Behandlungsabschluss ist, sollte die Aufklärung grundsätzlich in der Muttersprache erfolgen, die dem Patienten die Möglichkeit bietet, Fragen zu stellen und Vertrauen zu fassen. Muttersprachliche Infolyer und / oder die App „Explain Tb“ können eine wertvolle Unterstützung darstellen. Bei Asylbewerbern und Flüchtlingen sollte grundsätzlich eine direkt überwachte Medikamentengabe (DOT) erwogen werden. Bei unbegleiteten minderjährigen Ausländern sollte grundsätzlich eine direkt überwachte Medikamentengabe (DOT) durch medizinisches Personal oder Betreuungspersonen erfolgen. Die Überwachung des Behandlungsverlaufes und das Fallmanagement erfolgen in der Regel durch das zuständige Gesundheitsamt bzw. die zuständige Tuberkuloseberatungsstelle. Patienten, die noch eine Tuberkulose-Therapie erhalten, sollten möglichst nicht in andere Landkreise oder Kommunen verlegt werden. Es sollte keine Ausweisung aus Deutschland erfolgen, wenn unklar ist, ob die Therapie im Zielland erfolgreich abgeschlossen werden kann. Im Falle eines Umzuges oder einer Verlegung sollte grundsätzlich eine standardisierte Fallübergabe von Gesundheitsamt zu Gesundheitsamt erfolgen mit Weitergabe relevanter Informationen an die behandelnden Ärzte. Die Therapiekarte des DZK kann dabei hilfreich sein.

Umgebungsuntersuchungen

Diese werden wie gewohnt nach den Empfehlungen des DZK durchgeführt. Insbesondere ist bei Risikopersonen mit nachgewiesener latenter Infektion genau wie bei anderen Kontaktpersonen zur Möglichkeit einer präventiven Behandlung zu

beraten und diese ggf. zu empfehlen. Personen, die durch regelmäßigen Kontakt zu Asylbewerbern und Flüchtlingen unter Umständen ein erhöhtes Infektionsrisiko im Hinblick auf die Tuberkulose haben, sollten über ihren Betriebsarzt adäquat informiert sein.

Reihenuntersuchungen

Derzeit gibt es keine Erkenntnisse, die regelmäßige Reihen- oder Nachuntersuchungen bei Flüchtlingen und Asylbewerbern ohne besonderen Anlass rechtfertigen. Wichtig ist ein niederschwelliger und diskriminierungsfreier Zugang der Flüchtlinge zur medizinischen Regelversorgung und die Sensibilisierung des Personals der Einrichtungen, die Risikogruppen betreuen.

-