

Tuberkulose bei unbegleiteten Minderjährigen

Untersuchung des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit zu Tuberkulose-Erkrankungen bei unbegleiteten minderjährigen Asylbewerbern in Bayern

Nachdem in den vergangenen Jahren die gemeldeten Fälle an Tuberkulose in Bayern auf einem konstanten Niveau waren, zeigte sich in den Jahren 2015, 2016 und zum Teil 2017 ein Anstieg der bekannt gewordenen Tuberkulose-Erkrankungsfälle. Dies lässt sich auch mit der stärkeren Zuwanderung 2015/16 unter anderem aus Hochprävalenzländern und der für alle Asylsuchenden verpflichtenden Untersuchung auf Tuberkulose bei Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung erklären. Im hier untersuchten Zeitraum von September 2015 bis September 2016 (KW 40/2015 bis KW 35/2016) fanden sich in Bayern 622 Tuberkulose-Fälle, die Asylsuchenden zugeordnet werden konnten, davon waren 613 Tuberkulose-Fälle bei Asylsuchenden älter als 15 Jahre. 14 Prozent der gemeldeten Tuberkulose-Fälle fanden sich in der Gruppe der unbegleiteten Minderjährigen. Um diese schwerwiegende Infektionskrankheit weiterhin effektiv einzudämmen, ist es wichtig, dass der Ärzteschaft sowie allen an der Diagnostik Beteiligten, das Vorkommen und die Symptome der Krankheit bewusst sind, damit sie im Rahmen der Diagnosefindung wieder vermehrt berücksichtigt wird.

Gemäß § 62 Asylgesetz (AsylG) in Verbindung mit § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG) sind asylsuchende Personen, die in einer Aufnahmeeinrichtung oder Gemeinschaftsunterkunft wohnen, verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane zu dulden. In Bayern erfolgt spätestens am dritten Tag nach der Aufnahme und Registrierung des Asylsuchenden in der Aufnahmeeinrichtung die Tuberkulose-Untersuchung, ab Vollendung des 15. Lebensjahres mittels einer Röntgenaufnahme der Lunge und ab Vollendung des zehnten bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres sowie bei Schwangeren

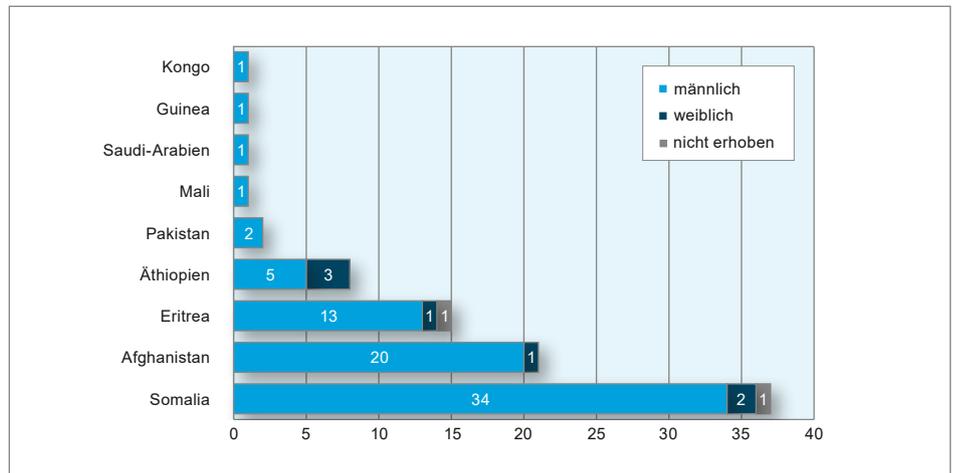


Abbildung 1: Tuberkulose-Fälle bei unbegleiteten Minderjährigen nach Herkunftsland, Bayern, 2015/16, n=87

mittels eines anderen geeigneten Verfahrens (zum Beispiel Interferon-Gamma-Release-Assay – IGRA) [1]. Kinder unter zehn Jahren werden nicht systematisch auf Tuberkulose untersucht. Auch wenn unbegleitete Minderjährige nicht den Status eines Asylsuchenden haben und somit nicht unter das AsylG fallen, wird in Bayern § 62 AsylG zur Gesundheitsuntersuchung nach Inobhutnahme durch das zuständige Jugendamt analog angewandt. Es gibt keine bundesweit einheitliche Regelung für die Gesundheitsuntersuchung von unbegleiteten Minderjährigen.

Unter anderem um eine Weiterverbreitung von Infektionskrankheiten wie auch der Tuberkulose innerhalb und außerhalb der Gemeinschaftseinrichtung zu verhindern, unterliegen Gemeinschaftsunterkünfte für Asylsuchende gemäß § 36 Abs. 1 Nr. 4 IfSG der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt. Die Tuberkulose ist nach §§ 6, 7 IfSG meldepflichtig. Untersuchungsergebnisse müssen demnach gemäß § 8 IfSG durch den behandelnden Arzt bzw. das diagnostizierende Labor an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet werden. Bei einem positiven Tuberkulose-Befund ermittelt das Gesundheitsamt unter anderem Name, Alter, Herkunftsland,

Geschlecht und weitere Details zur Erkrankung des Patienten. Die an das Gesundheitsamt der Hauptwohnung namentlich gemeldeten Erkrankungen und Todesfälle an einer behandlungsbedürftigen Lungen-Tuberkulose sowie Nachweise von Krankheitserregern werden gemäß § 11 IfSG spätestens am folgenden Arbeitstag anonymisiert an die zuständige Landesbehörde (in Bayern gemäß § 66 Zuständigkeitsverordnung – ZustV – das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit – LGL) weitergeleitet [2]. Von dort werden sie an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. Von der 40. KW 2015 bis Ende 2017 sollte in der Meldesoftware auch der Asylbewerberstatus erfasst werden.

Im Rahmen dieser Arbeit wurden die an das LGL gemäß § 11 IfSG übermittelten Daten zu Tuberkulose-Erkrankungen der 76 Gesundheitsämter Bayerns elektronisch abgefragt und analysiert. Verfügbar waren diese Daten in der Meldedatenbank des LGL mittels der Meldesoftware SurvNet@RKI [5].

Unter den 622 Tuberkulose-Fällen, die bei Asylsuchenden identifiziert werden konnten, waren in 87 Fällen unbegleitete Minderjährige betroffen (14,0 Prozent). 78 der insgesamt 87 erkrankten unbegleiteten Minderjährigen waren männlich

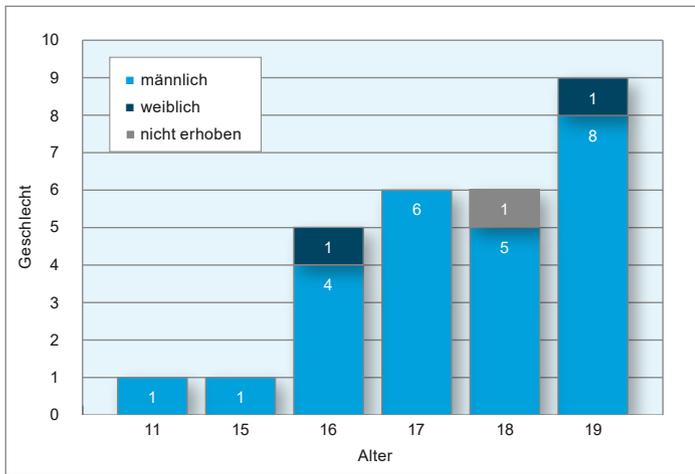


Abbildung 2: Follow-Up-Diagnosen von Tuberkulose bei unbegleiteten Minderjährigen nach Alter, Bayern, 2015/16, n=28

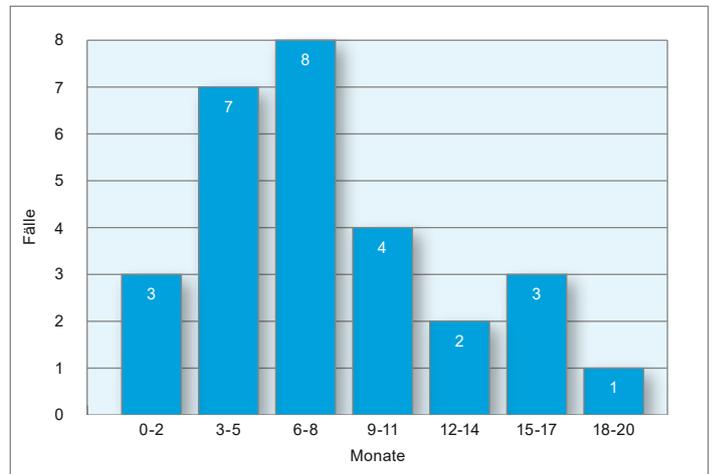


Abbildung 3: Follow-Up-Diagnosen von Tuberkulose bei unbegleiteten Minderjährigen pro Zeitintervall (Monate), Bayern, 2015/16, n=28

(89,7 Prozent). In sieben Fällen waren die Erkrankten weiblich und in zwei Fällen konnte das Geschlecht nicht mehr ermittelt werden. Die meisten der unbegleiteten Minderjährigen mit Tuberkulose stammten aus Somalia, Afghanistan und Eritrea (Abbildung 1).

In 28 Fällen wurde bei unbegleiteten Minderjährigen die Diagnose Tuberkulose erst zwei Monate oder später nach der Gesundheitsuntersuchung § 62 AsylG gestellt (32,2 Prozent). Am häufigsten stammten die nachträglich diagnostizierten Fälle (sogenannte Follow-Up-Diagnosen) aus Eritrea (n=8, alle männlich). Sieben Fälle stammten aus Somalia und sechs Fälle aus Afghanistan. Drei Erkrankte stammten aus Äthiopien sowie jeweils ein Erkrankter aus Pakistan, Saudi-Arabien, Mali und der Demokratischen Republik Kongo.

Tuberkulose-Fälle bei 19-Jährigen werden in der Auswertung nach unbegleiteten Minderjährigen mitberücksichtigt, sofern zum Zeitpunkt der Einreise das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet war (Abbildung 2).

Abbildung 3 zeigt die zeitliche Verteilung der diagnostizierten Erkrankungen zwischen der Einreise in Deutschland und der Diagnosestellung bei unbegleiteten Minderjährigen. Die maximale Differenz betrug hier 20 Monate. Der Median lag bei sieben Monaten.

Durch die Gesundheitsuntersuchung von unbegleiteten Minderjährigen analog zur § 62 AsylG konnte zwar ein großer Anteil der Tuberkulose-Fälle in dieser Gruppe bereits detektiert werden. Allerdings wurde immerhin ca. ein Drittel der Fälle nicht gefunden und mindestens zwei Monate nach der Gesundheitsuntersuchung gemeldet. Der größte Anteil von Tuberkulose-Fällen fand sich bei Menschen aus Herkunftsländern mit hoher Tuberkulose-Prävalenz. Dazu kommen die

schwierigen Bedingungen im Rahmen der Flucht, die eine Tuberkulose begünstigen, wie beengte Unterkünfte oder mangelhafte hygienische Verhältnisse. Die Ergebnisse zeigen, dass Tuberkulose weltweit weiterhin ein sehr ernstes Problem darstellt und im Rahmen von Flucht oder Migration auch in Tuberkulose-Niedrigprävalenzländern wie Deutschland wieder vermehrt auftreten kann. Dieser Artikel soll auch dazu dienen, Tuberkulose wieder stärker ins Bewusstsein der Ärzteschaft zu rücken, damit die Erkrankung im Rahmen differenzialdiagnostischer Betrachtungen wieder vermehrt mit berücksichtigt wird (Stichwort „Think Tb!“) [3, 4]. Es sollte immer bedacht werden, dass ein negatives Tuberkulose-Screening-Ergebnis bei der Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylG eine Erkrankung in den Folgemonaten keineswegs ausschließt. Eine ausführliche Information Asylsuchender über Tuberkulose und die ersten Anzeichen der Erkrankung soll Betroffenen die Tragweite einer möglichen Erkrankung verständlich machen, damit sie bereits bei ersten Symptomen die Hausärzte oder das Gesundheitsamt aufsuchen und auch Ärzte frühzeitig an eine Tuberkulose-Erkrankung denken. Dafür wurde vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege und dem LGL ein Informationsblatt „Tuberkulose rechtzeitig erkennen und behandeln“ für Asylsuchende in 19 Sprachen veröffentlicht (www.lgl.bayern.de/gesundheit/infektionsschutz/asylbewerber_gesundheit/index.htm).

Eine Infektion mit dem Erreger aus dem Mycobacterium tuberculosis-Komplex (MTBK) verläuft zunächst symptomlos. Unter immunkompetenten Personen erkranken im Verlauf etwa fünf bis zehn Prozent, meist innerhalb der ersten zwei Jahre an einer aktiven Tuberkulose mit Symptomen wie Schwäche, Gewichtsabnahme, subfebrilen Temperaturen, danach entwickelt sich oft eine Lungen-Tuberkulose mit Husten, Brustschmerzen oder Atemnot. Auch andere Organe können

befallen werden (extrapulmonale Tuberkulose). In 90 bis 95 Prozent der Fälle gelingt der Immunabwehr die erfolgreiche Kontrolle des Erregers. Es entsteht eine Infektion ohne klinisch fassbare Krankheitszeichen, die latente tuberkulöse Infektion (LTBI). Noch nach Jahren kann es zu einer Reaktivierung der Tuberkulose-Bakterien kommen (postprimäre Tuberkulose).

Beweisend für das Vorliegen einer Tuberkulose ist der direkte Nachweis des Erregers aus Patientenproben (zum Beispiel Sputum) innerhalb von 24 Stunden über Mikroskopie oder PCR, bei geringen Keimzahlen kann der Erregernachweis über kulturelle Anzuchtverfahren bis zu acht Wochen dauern. Die nicht resistente Tuberkulose ist mit Antibiotika sehr effektiv behandelbar bzw. heilbar. Standardtherapie bei nicht immunsupprimierten Patienten mit Lungen-Tuberkulose ist eine sechsmonatige Kombinationstherapie.

Das Literaturverzeichnis kann im Internet unter www.bayerisches-ärzteblatt.de (Aktuelles Heft) abgerufen werden.

Autoren

Dr. Nikolaus Ackermann
Eva Hierl
Dr. Katharina Schönberger
Professor Dr. Bernhard Liebl
Professor Dr. Dr. Andreas Sing

Korrespondenzadresse:
Dr. Nikolaus Ackermann, Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie, LGL, Veterinärstraße 2, 85764 Oberschleißheim