

Meldepflichtige Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden Eine Bilanz für 2016

In der zweiten Jahreshälfte 2015 ist die Zahl der nach Deutschland eingereisten Personen erheblich angestiegen. Für den Infektionsschutz stellte sich unter anderem die Frage, ob die Zunahme von Asylsuchenden zu einer Einschleppung von Infektionskrankheiten, die in Deutschland sonst sehr selten oder gar nicht auftreten, führen könnte. Bei dem Vergleich der Anzahl gemeldeter Erkrankungen von Asylsuchenden mit den gesamten Meldezahlen (Tabelle 1) fällt auf, dass mehr als die Hälfte der übermittelten Masernmeldungen und mehr als ein Viertel der Tuberkulosemeldungen auf diese Gruppe entfielen. Bei den anderen Erkrankungen war der Anteil deutlich geringer. Eine Einschleppung von seltenen Erkrankungen zeigte sich nicht.

Die beengte Wohnsituation in Flüchtlingsunterkünften ist mit einem erhöhten Risiko für die Ausbreitung von Infektionskrankheiten verbunden. Außerdem sind viele Personen von den Bedingungen auf der Flucht geschwächt und damit anfälliger. Eine nicht mehr adäquat funktionierende Gesundheitsversorgung in den Herkunftsländern führt darüber hinaus zu Impflücken, insbesondere bei Kindern. In vielen afrikanischen Ländern kommen Windpocken viel seltener vor als in Europa, sodass je nach Herkunftsland auch bei Erwachsenen oft keine erworbene Immunität gegen Windpocken vorhanden ist. Vor diesem Hintergrund ist es nicht überraschend, dass es zu einigen Erkrankungshäufungen in Erstaufnahmeeinrichtungen für Asylsuchende kam (Tabelle 2).

Aus Infektionsschutzgründen notwendige Maßnahmen können für Massenunterkünfte mit einem erheblichen organisatorischen Aufwand verbunden sein, zum Beispiel wenn Erkrankte und Kontaktpersonen isoliert werden müssen. Dazu kommen logistische Probleme bei der Verteilung der Asylsuchenden, wenn Zu- und Abverlegungen zeitweise in mehreren Aufnahmeeinrichtungen gleichzeitig untersagt werden müssen.

Um die Arbeit der vor Ort zuständigen Gesundheitsämter zu unterstützen, wurden vom NLGA Managementempfehlungen für Masern- und Windpockenausbrüche in Gemeinschaftsunterkünften herausgegeben. Serologische Untersuchungen auf Immunität gegen Masern, Röteln und Windpocken bei allen Schwangeren werden am NLGA durchgeführt.

Eine möglichst frühzeitige Impfung aller asylsuchenden Personen gemäß den Empfehlungen der ständigen Impfkommission (STIKO) kann helfen, Krankheitsausbrüche in Gemeinschaftsunterkünften zu vermeiden. Außerdem sollte das gesamte hauptamtlich und ehrenamtlich tätige Personal einen vollständigen Impfschutz aufweisen.

Eine fortgesetzte Übertragung impfpräventabler Erkrankungen außerhalb von Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende, insbesondere in Schulen und Kindergärten, dürfte aufgrund der guten Masern- und Windpockendurchimpfung der eingeschulten Kinder eine Ausnahme bleiben.

Erkrankung	Asylsuchende	gesamt	Anteil Asylsuchende
Windpocken	209	1.335	16 %
Tuberkulose*	112	394	28 %
Influenza (nur laborbestätigte Fälle)	24	3.180	1 %
Hepatitis A	10	68	15 %
Hepatitis B	17	123	14 %
Rotavirus (nur laborbestätigte Fälle)	10	1.436	1 %
Masern	10	17	59 %

(* gezielte Untersuchung während der Erstaufnahme)

Tab. 1: Übermittelte meldepflichtige Erkrankungen (bei Asylsuchenden ab 10 Fälle), Niedersachsen 2016: SurvNet@RKI, Datenstand 27.02.2017.

Tuberkulose ist eine Erkrankung, die in einigen Herkunftsländern deutlich häufiger als in Deutschland vorkommt. Deshalb ist in §36 Infektionsschutzgesetz eine Röntgen-Thorax-Untersuchung (RTU) für alle Asylsuchenden, die in eine Gemeinschaftsunterkunft aufgenommen werden, vorgeschrieben. Auf diese Weise konnten im Jahr 2016 mindestens 37 Tuberkulosefälle frühzeitig nach der Ankunft in Deutschland erkannt und einer Behandlung zugeführt werden. Allerdings werden latente Tuberkulosen bei der vorgeschriebenen RTU, die lediglich eine Momentaufnahme darstellt, nicht erkannt. Durch Reaktivierungen können sich noch mehrere Jahre nach der Ankunft behandlungsbedürftige und ansteckungsfähige Tuberkuloseerkrankungen entwickeln. Ein guter Zugang der Geflüchteten zur medizinischen Versorgung und eine hohe Wachsamkeit der behandelnden Ärzte sind von großer Bedeutung um nachhaltig einem Anstieg von Tuberkuloseerkrankungen in Deutschland entgegen zu wirken.

Erkrankung	Anzahl Ausbrüche	Anzahl Fälle pro Ausbruch
Windpocken	17	2 - 46
Masern	4	2 - 4
Tuberkulose	3	2 - 5
Hepatitis A	2	2
Rotavirus	1	2*
Adenoviruskonjunktivitis	1	ca. 30 Fälle mit Symptomen
Meningokokken	1	3

(* nur laborbestätigte Fälle gezählt)

Tab. 2: Nach Infektionsschutzgesetz übermittelte Krankheitsausbrüche in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende in Niedersachsen im Jahr 2016.

MRE / BasisPlus

Ein neues Konzept für eine angemessene Vorgehensweise bei MRE in stationären Einrichtungen

In zunehmendem Maße werden stationäre Einrichtungen wie Tagesstätten oder Heime mit Klienten konfrontiert, die eine Kolonisation oder Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE) vorweisen. Entscheidungsträger, Hygieneverantwortliche und behördliche MitarbeiterInnen stehen vor der Frage, wie mit diesem Thema vor Ort angemessen umzugehen ist. Um hier eine Hilfe anzubieten, hat das NLGA ein computerbasiertes Konzept bzw. eine Arbeitshilfe mit dem Titel „MRE / BasisPlus“ entwickelt, welche(s) auf der Website www.mre-netzwerke.niedersachsen.de zum Download seit Ende letzten Jahres bereit steht.



Mit „MRE / BasisPlus“ soll zunächst anhand von Checklisten der Stand der Basishygiene in der jeweiligen Einrichtung ermittelt werden. Zur Berücksichtigung möglicher Fragen enthalten die Prüfpunkte der Checklisten Links zu weiterführenden Informationen, die in Form von

Detaildateien bei Bedarf aufrufbar sind. Nach Beseitigung basishygienischer Defizite wird überprüft, welche zusätzlichen Maßnahmen bei Auftreten von MRE wie MRSA, MRGN oder VRE zu ergreifen sind. Hierbei ist zu berücksichtigen, welche Dispositionen die zu betreuende Klientel vorweist und welche Tätigkeiten in der betreffenden Einrichtung praktiziert werden.

Als disponiert gelten Personen

- mit nicht intakter Haut bzw. Schleimhaut (chronische Wunden, „blühende“ Schuppenflechte etc.),
- mit einem Device (Harndrainage, Tracheostoma etc.) oder
- mit einer besonderen Immunschwäche (multimorbide Klienten, onkologische Patienten etc.).

An Tätigkeiten werden unterschieden

- Sozialkontakte,
- grundpflegerische Tätigkeiten und
- medizinisch-pflegerische Tätigkeiten.

Das Konzept „MRE / BasisPlus“ geht davon aus, dass Einrichtungen, deren Klienten nicht disponiert sind und in denen es bei Sozialkontakten bleibt, auch im Falle von MRE keinen über die Basishygiene hinausgehenden Handlungsbedarf haben. Umgekehrt verhält es sich bei Einrichtungen mit disponierten Klienten in Verbindung mit medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten.

Realistisch gesehen lassen sich durch Ausschöpfung der gebotenen Präventionsmaßnahmen die Übertragungsmöglichkeiten von MRE zwar minimieren aber nicht ausschließen. Somit gehören die verbleibenden MRE-Übertragungen zu den „Risiken des täglichen Lebens“ innerhalb der betreffenden Einrichtungen.

Die zu akzeptierenden Restrisiken finden ihre Grenzen in drei Ausnahmesituationen:

- Infektionsausbrüche unter Beteiligung von MRE, d. h. das Auftreten von 2 oder mehr Infektionsfällen in einem örtlichen und zeitlichen Zusammenhang. Auch eine auffällige Häufung von MRE-Kolonisationen gilt als Ausnahmesituation, sofern anzunehmen ist, dass die Ursache dieser Häufung mit dem Aufenthalt in der betreffenden Einrichtung in Verbindung steht.
- Das Vorhandensein von Klienten mit 4MRGN, 3MRGN *Klebsiella pneumoniae* oder 3MRGN *Acinetobacter baumannii* und gleichzeitiger Gegenwart von Klienten mit MRE-relevanten Dispositionen.
- Das Vorhandensein von Klienten, die PVL-bildende Staphylokokken vorweisen; unabhängig davon, ob diese multiresistent sind (CA-MRSA) und unabhängig von der gleichzeitigen Gegenwart von Klienten mit MRE-relevanten Dispositionen.

In diesen Fällen sollte das zuständige örtliche Gesundheitsamt bzw. in medizinischen Pflegeeinrichtungen der zuständige ärztliche Ansprechpartner unverzüglich hinzugezogen werden, um die weiteren Entscheidungen und Anordnungen treffen zu können. Insbesondere die Anordnung von Separationsmaßnahmen (räumliche Isolierung, Ausschluss vom Gemeinschaftsleben) in Einrichtungen gemäß §1 des Niedersächsischen Gesetzes über unterstützende Wohnformen (NuWG) erfordert eine behördliche Entscheidung.

Derzeit nimmt „MRE / BasisPlus“ Bezug auf

- Gesundheits- oder Sozialeinrichtungen ohne krankenpflegerische Betreuung
- Alten- und Pflegeheime
- Pflegeheime mit einem medizinischen Schwerpunkt
- Tagespflegeeinrichtungen
- ambulante Wohngemeinschaften

Eine Ausweitung des Konzeptes auf Gemeinschaftseinrichtungen wie Kindergärten, Inklusionsklassen, Behinderten-Tageseinrichtungen etc. ist geplant.

Mit Hilfe von „MRE / BasisPlus“ sollen angemessene Lösungen bezogen auf die jeweilige Situation vor Ort gefunden werden. Um diesen Anspruch zu erfüllen, sind wir in hohem Maße auf Rückmeldungen, Kommentare und Korrekturen angewiesen.

Ansprechpartner im NLGA: Peter Bergen
(peter.bergen@nlga.niedersachsen.de / 0511-4505-208)



5. Nationale Impfkonzferenz

10. - 11. Mai 2017

Weser-Ems-Hallen | Oldenburg

www.nationale-impfkonzferenz.de



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung

Die Senatorin für Wissenschaft,
Gesundheit und Verbraucherschutz



Freie
Hansestadt
Bremen

Rückblick: Basiskurs Antibiotikatherapie im stationären Bereich

Die Niedersächsische Hygieneverordnung benennt konkrete Rahmenbedingungen für einen verantwortungsvollen Umgang mit Antibiotika im Krankenhaus und fordert die Berufung von Antibiotikabeauftragten in der Klinik.

Um Ärztinnen und Ärzten beziehungsweise Apothekerinnen und Apothekern in Niedersachsen, die für diese Aufgabe vorgesehen sind, grundlegende Kenntnisse zu vermitteln, hat das NLGA in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Niedersachsen und der Apothekerkammer Niedersachsen vom 15. bis 17.02.2017 in Hannover zum vierten Mal den Basiskurs Antibiotikatherapie für den stationären Bereich durchgeführt.

Dabei wurde Grundlagenwissen zur mikrobiologischen Diagnostik und Befundinterpretation, zum Wirkspektrum und zu pharmakologischen Charakteristika von Antibiotika sowie zum Umgang mit Antibiotikaresistenz- und Antibiotikaverbrauchsstatistiken vermittelt. Ein weiterer inhaltlicher Schwerpunkt des Kurses war die fachliche und personelle Etablierung eines „Antibiotic Stewardship (ABS)“.

Seine Abrundung erhielt der Kurs durch vier praxisorientierte Vorträge von Klinikärzten in Leitungsfunktionen, die über langjährige, praktische Erfahrungen bei der Implementierung eines qualitätsgesicherten Antibiotikamanagements verfügen. Zahlreiche Fragen der Teilnehmer belegten das große inhaltliche Interesse an der Veranstaltung und trugen wesentlich zu ihrem Gelingen bei.

Veranstaltungshinweis: MRE-Netzwerke in Niedersachsen am 19. Juni 2017

Die Fachtagung MRE-Netzwerke in Niedersachsen ermöglicht einen Rückblick in die Netzwerkarbeit der vergangenen 8 Jahre und erlaubt einen Einblick in die zahlreichen innovativen Projekte, die durch die regionalen Hygienenetze initiiert werden, um den nachhaltigen Umgang mit antibiotikaresistenten Erregern zu verbessern. Unter dem Motto „Netzwerke als regionale Innovatoren in der Infektionsprävention und Hygiene“ stellen die niedersächsischen Hygienenetze ihre interessantesten Aktivitäten vor.

Die Fachtagung steht unter der Schirmherrschaft von Niedersachsens Sozial- und Gesundheitsministerin Cornelia Rundt. Sie unterstützt damit das Anliegen, durch vernetztes Vorgehen die Versorgung von MRE-positiven Patienten in Niedersachsen zu verbessern.

Die Veranstaltung richtet sich an interessierte Fachleute aus dem Gesundheitswesen, der Politik sowie an die Einrichtungen der Selbstverwaltung und an die Berufsverbände.

Veranstaltungsort: Geozentrum Hannover, Stilleweg 2, 30655 Hannover.

Programm und Anmeldung unter

www.fortbildung.nlga.niedersachsen.de

Neuerscheinung „Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen“

Zu den Kernaufgaben der kommunalen Gesundheitsämter und der Landesgesundheitsämter gehört die Erstellung von Gesundheitsberichten. Zeit und Ressourcen für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) sind jedoch oft knapp bemessen.

Das aktuell erschienene Handbuch „Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen“, das unter Beteiligung des NLGA entstanden ist, bietet in komprimierter Form Anregungen für eine hochwertige Berichterstattung. In elf Leitlinien werden die Grundlagen der GBE – von ethischen Prinzipien über die erforderlichen Rahmenbedingungen, Themenauswahl, Arbeitsgrundlagen, Datenverarbeitung, Datenschutz und Kommunikation bis hin zu Qualitätssicherung – dargelegt. Eine tabellarische Übersicht im zweiten Teil der Broschüre bietet Orientierung über die relevanten Aspekte für die Erstellung von Gesundheitsberichten. Diese Checkliste fasst die Basisanforderungen an einen Bericht zusammen und kann je nach inhaltlichem Schwerpunkt angepasst werden.

„... die „Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung“ (bietet) eine fachliche Orientierung für das Erstellen von Gesundheitsberichten. Sie soll dazu dienen, die Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler sowie auf Landes- und Bundesebene zu unterstützen und eine hochwertige Berichterstattung sicherzustellen... Um die Erfahrungen der Fachöffentlichkeit mit der „Guten Praxis Gesundheitsberichterstattung“ Version 1.0 zu sammeln, ist ein Stellungnahme-Verfahren vorgesehen.“ (Robert Koch-Institut)

Die Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung wurde im Journal of Health Monitoring, Ausgabe 1/2017, veröffentlicht und kann auf der Internetseite des Robert Koch-Instituts abgerufen werden:

www.rki.de > Gesundheitsmonitoring > Journal of Health Monitoring

Impressum

Herausgeber:

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt
Rösebeckstr. 4-6, 30449 Hannover
Fon: 0511/4505-0, Fax: 0511/4505-140

Redaktion:

Katja Claußen, Michael Hoopmann, Masyar Monazahian,
Holger Scharlach (v.i.S.d.P.), Christel Zühlke
März 2017