



2017

Meldepflichtige Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden



Niedersächsisches
Landesgesundheitsamt

**Meldepflichtige
Infektionskrankheiten
bei Asylsuchenden**

Herausgeber:

Niedersächsisches
Landesgesundheitsamt
Roesebeckstr. 4-6, 30449 Hannover

Januar 2019

Autorinnen und Autor:

Rebecca Bartels, NLGA
Johannes Dreesman, NLGA
Dagmar Ziehm, NLGA
Christel Zühlke, NLGA

Kontakt:

Christel Zühlke
christel.zuehlke@nlga.niedersachsen.de
Telefon: 0511/4505-133

Satz und Layout:

Petra Neitmann

Inhaltsverzeichnis ●●●

1.	Einleitung	2
2.	Meldepflichtige Infektionskrankheiten bei Flüchtlingen in Niedersachsen	4
2.1	Überblick	4
2.2	Alters- und Geschlechterverteilung	6
2.3	Herkunftsländer/-regionen	7
2.4	Ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden	8
	2.4.1 Tuberkulose	9
	2.4.2 Windpocken (Varizellen)	11
	2.4.3 Hepatitis B	11
3.	Fazit	12

1. Einleitung

Nach Angaben des Hohen Flüchtlingskommissariats der Vereinten Nationen waren 2017 weltweit rund 68,5 Millionen Menschen aufgrund von Kriegen, Konflikten, Verfolgungen und Menschenrechtsverletzungen auf der Flucht. Das sind fast drei Millionen mehr als 2016 (65,6 Millionen Menschen).¹

In Deutschland und somit auch in Niedersachsen sind die Zahlen im Vergleich zu den Ausnahme-

monaten August 2015 bis Februar 2016 hingegen drastisch gesunken. Seit dem Frühjahr 2016 hat sich die Anzahl der monatlich in Niedersachsen ankommenden Schutzsuchenden von maximal fast 20.000 im November 2015 auf durchschnittlich 1.400 (min. 1.067 – max. 1.702) in den Monaten 03/2016 bis 12/2017 verringert (vgl. Abb. 1).

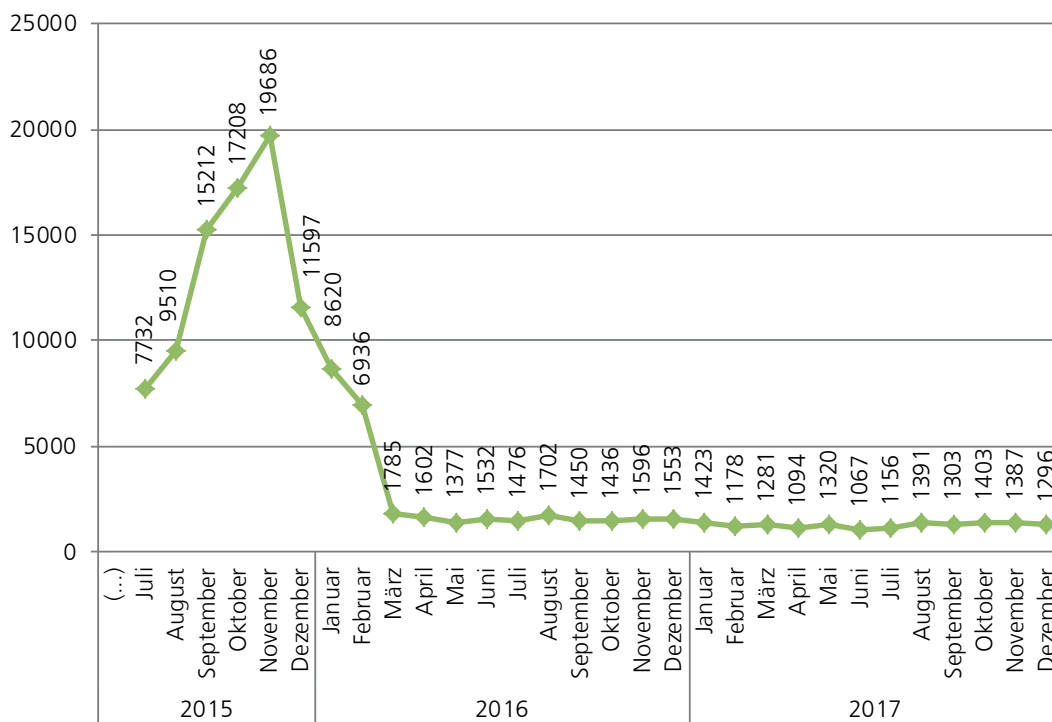


Abb. 1: Monatliche Zugänge in Niedersachsen 07/2015 bis 12/2017; Quelle: Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport (MI)/BAMF: Statistische Daten zur Flüchtlingssituation (Zahlen aus EASY = IT-System zur Erstverteilung Asylbegehrender in Deutschland), Stand: Juni 2018

Flüchtlinge, die in Deutschland ankommen, werden in der Regel zunächst in einem Ankunftszentrum bzw. in einer Erstaufnahmeeinrichtung untergebracht. Dort angekommen, werden Flüchtlinge gemäß § 62 Asylgesetz (AsylG) und § 36 Infektionsschutzgesetz (IfSG) ärztlich auf übertragbare Krankheiten untersucht. Dies schließt eine verpflichtende Thorax-Röntgenun-

tersuchung bei allen Asylsuchenden im Alter über 15 Jahre ein.²

¹vgl. <https://www.unhcr.org/dach/de/23912-weltfluechtlingsbericht-deutlich-weniger-asylsuchende-deutschland-dramatische-entwicklung-weltweit.html>, Stand: 12/2018

²Zur Untersuchung auf Anzeichen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose dürfen Schwangere und Personen unter 16 Jahren nicht geröntgt werden. Für diese Personengruppe ist ein ärztliches Dokument vorzulegen, das „nach sonstigen Befunden eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose nicht zu befürchten ist“.

Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) hat mit Erlass vom 07.10.2015³ geregelt, dass jeweils die Leitungen der Einrichtungen die Ärztin/den Arzt bestimmen, die/der die Gesundheitsuntersuchungen durchführt und Impfungen vornimmt. Sofern klinisch oder anamnestisch im Einzelfall angezeigt, sind Blut- und Stuhluntersuchungen durchzuführen. Diese Untersuchungen finden im Niedersächsischen Landesgesundheitsamt (NLGA) statt.

Impfungen sollen Asylsuchenden in Niedersachsen gemäß den vom Robert Koch-Institut (RKI) bereitgestellten Empfehlungen⁴ angeboten werden. Ziel dieses RKI-Impfkonzepts ist es zum einen, die Asylsuchenden individuell zu schützen⁵. Zum anderen sollen Ausbrüche impfpräventabler Krankheiten verhindert bzw. zumindest begrenzt werden. Da Schwangeren keine Lebendimpfstoffe verabreicht werden dürfen, findet bei dieser Personengruppe eine Blutentnahme zur serologischen Untersuchung auf Masern-, Röteln- und Varizellen-Antikörper statt, um im Ausbruchsfall zeitnah Maßnahmen zum Schutz der Schwangeren und ihrer ungeborenen Kinder (z. B. Verlegung in eine andere Einrichtung, Vergabe von entsprechenden Immunglobulinen) durchzuführen. Die Untersuchung

auf Masern-, Röteln- und Varizellen-Antikörper bei Schwangeren erfolgt gleichfalls NLGA.⁶

Die Diagnose bestimmter übertragbarer Krankheiten sowie der Labornachweis entsprechender Krankheitserreger sind in Deutschland meldepflichtig.⁷ Die gesetzliche Grundlage hierfür findet sich im Infektionsschutzgesetz (IfSG). Zweck der Meldepflicht ist es, Infektionen frühzeitig zu erkennen, ihre Weiterverbreitung zu verhindern und so übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen. Aufgrund des erhöhten Zuzugs von Flüchtlingen⁸ seit Mitte des Jahres 2015 und der sich daraus ergebenden Notwendigkeit, das Auftreten von Infektionskrankheiten auch innerhalb dieser Personengruppe zu beobachten, hat das Robert Koch-Institut (RKI) die Meldesoftware im Oktober 2015 entsprechend modifiziert. Durch diese Erweiterung wurde es möglich, Angaben zum Asylstatus der jeweiligen Person einzutragen und diese Information bei der Auswertung der Daten entsprechend zu berücksichtigen.

Nachfolgend werden die meldepflichtigen Infektionskrankheiten, die für Flüchtlinge 2017 an das NLGA übermittelt wurden, vorgestellt.

³Dieser genannte Erlass vom 07.10.2015 ist am 27.08.2018 dahingehend modifiziert worden, dass nun schwangere Asylsuchende mittels eines IGRA-Tests auf Tuberkulose untersucht werden sollen.

⁴vgl. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/41/Art_01.html, Stand 12/2018

⁵Seit 2018 sollen Asylsuchende nach den aktuellen Empfehlungen der STIKO (Ständige Impfkommission) (https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Impfempfehlungen_node.html, Stand 12/2018) geimpft werden. Das RKI-Konzept zur Impfung von Flüchtlingen (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/41/Art_01.html, Stand 12/2018) soll bei evtl. erforderlichen Priorisierungen weiterhin herangezogen werden.

⁶vgl. hierzu Fußnote 3; auch die Untersuchungen der IGRA-Tests bei schwangeren Asylsuchenden können beim NLGA erfolgen.

⁷Gemäß IfSG sind bestimmte übertragbare Infektionskrankheiten (§ 6 IfSG) bzw. die Nachweise bestimmter Erreger (§ 7 IfSG) an das zuständige Gesundheitsamt zu melden. Die Gesundheitsämter übermitteln die ihnen gemeldeten Fälle an die Landesbehörde, die ihrerseits die Fälle an das Robert Koch-Institut übermittelt (§ 11 IfSG). Die übermittelten Daten zu den Fällen beinhalten u. a. Angaben zu Geschlecht, Monat und Jahr der Geburt, Nennung des zuständigen Gesundheitsamts sowie anamnestisch bzw. diagnostisch relevante Daten.

⁸Die Begriffe „Asylsuchende/r“, „Flüchtling“, „Schutzsuchende/r“ werden im vorliegenden Bericht synonym für die Personen verwendet, die in Deutschland Asyl suchen, Asyl beantragt haben oder Asyl bzw. subsidiären Schutz gewährt bekommen haben. Davon unterscheiden ist die Bezeichnung „Asylbewerber/in“; hiermit sind lediglich die Personen gemeint, die bereits einen Antrag auf Gewährung von Asyl beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) gestellt haben.

2. Meldepflichtige Infektionskrankheiten bei Flüchtlingen in Niedersachsen

2.1 Überblick

Im Jahr 2017 wurde dem NLGA von den kommunalen niedersächsischen Gesundheitsämtern in insgesamt 23.921 Fällen das Auftreten einer meldepflichtigen Infektionskrankheit übermittelt. Für die etwa acht Millionen Personen umfassende Bevölkerung Niedersachsens ergab sich für den Meldezeitraum Januar bis Dezember 2017 somit eine Meldeinzidenz von rund 300 Fällen pro 100.000 Einwohner.

Von 23.921 übermittelten meldepflichtigen Erkrankungsfällen traten 175, also weniger als ein Prozent (0,73 Prozent),⁹ bei Asylsuchenden auf. Sowohl für das Jahr 2017 als auch für die eineinhalb Jahre zuvor wurde für die nach Deutschland gekommenen Asylsuchenden keine meldepflichtige Infektionskrankheit übermittelt, die nicht auch in der niedersächsischen Wohnbevölkerung vorkam (vgl. Tab. 1).

Unter Verwendung der Zuzugszahlen der Jahre 2015, 2016 und 2017, lebten 2017 schätzungsweise etwa

140.000 Asylsuchende in Niedersachsen. Legt man diese Schätzung zugrunde, so läge die Meldeinzidenz in dieser Bevölkerungsgruppe bei ca. 125 Fällen pro 100.000 Asylsuchende und wäre damit niedriger als bei der niedersächsischen Bevölkerung insgesamt. Die Meldeinzidenz von impfpräventablen Krankheiten, hierbei insbesondere Windpocken, war unter Asylsuchenden jedoch höher als bei der hiesigen Bevölkerung. Gleichfalls war in dieser Bevölkerungsgruppe eine erhöhte Meldeinzidenz für Tuberkuloseerkrankungen zu beobachten.

Die Anzahl der übermittelten Erkrankungsfälle unter Asylsuchenden hat sich im Vergleich zum Vorjahr verringert. Lag die Anzahl der Übermittlungen im ersten Quartal des Jahres 2016 noch bei 226 Fällen, so waren es im ersten Quartal 2017 nur noch 46. Eine gleichbleibend niedrige Meldezahl (min. n = 28; max. n = 55) ist seit dem dritten Quartal 2016 zu beobachten (vgl. Abb. 2).

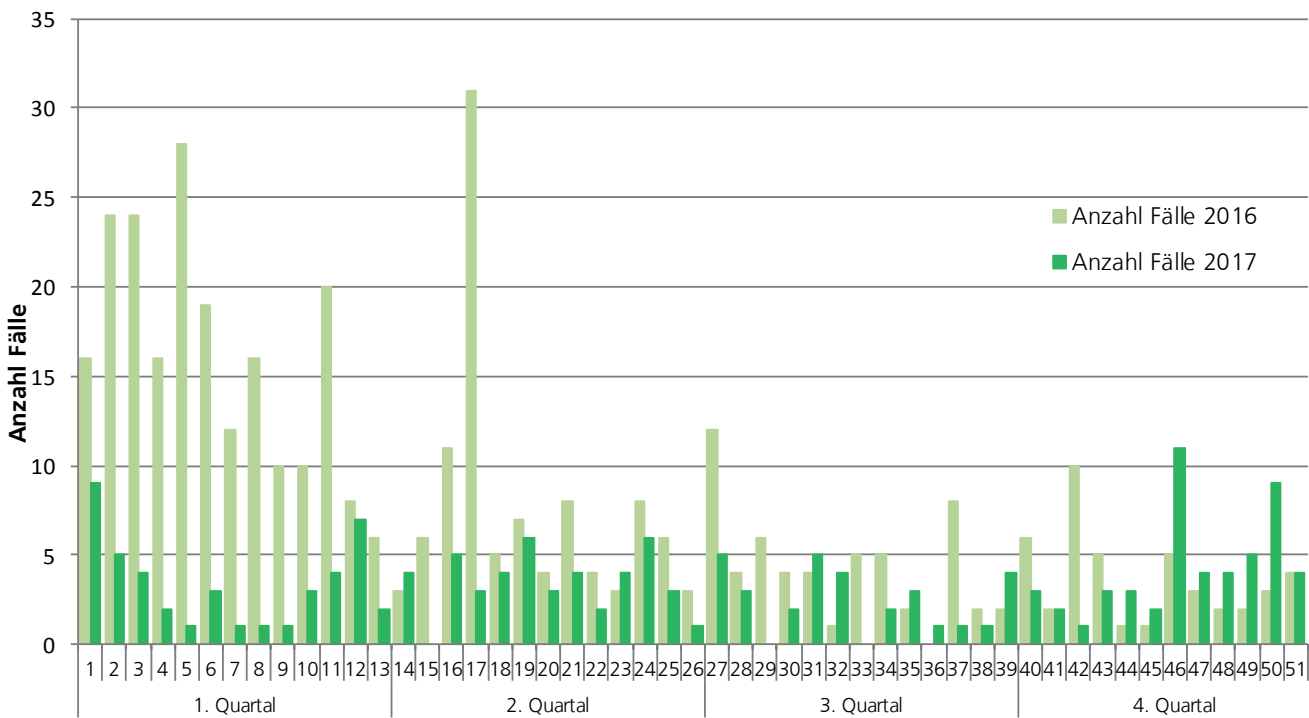


Abb. 2: Anzahl der übermittelten Fälle von meldepflichtigen Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden, Niedersachsen 2016/2017 (nach KW); Datenquelle: SurvNet, Stand 02/2018

⁹Datenstand 02/2018

Tab. 1: Anzahl der übermittelten Fälle von meldepflichtigen Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden und Niedersachsen gesamt nach Erkrankung und Quartal, Niedersachsen 2017; Datenquelle: SurvNet, Stand: 02/2018

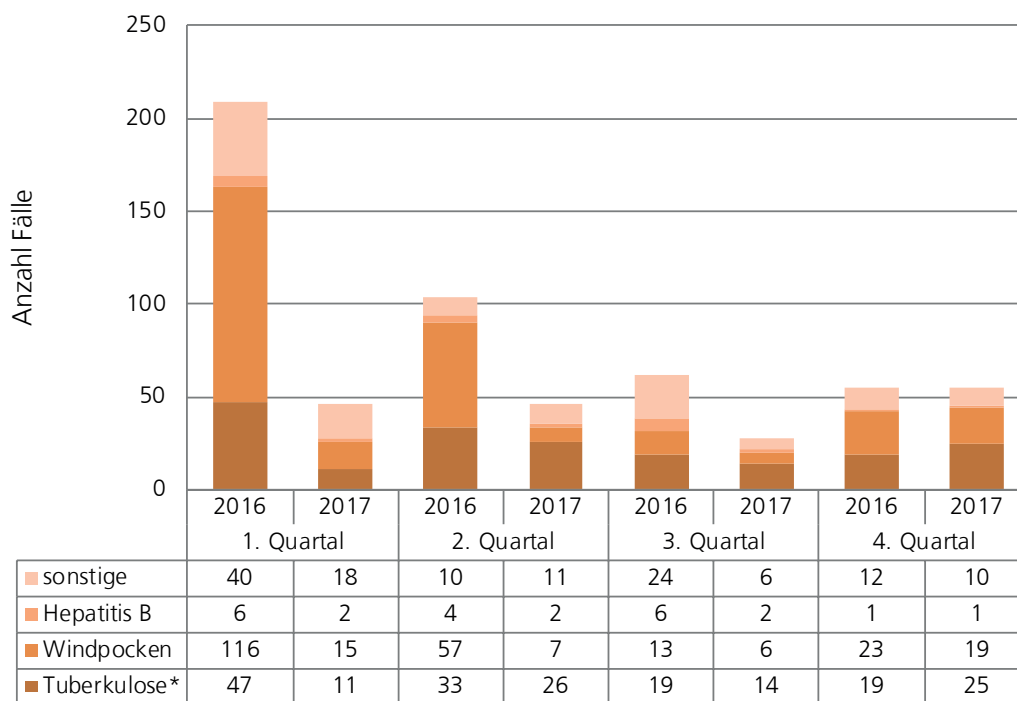
Übermittlungskategorie	Anzahl Fälle Asylsuchende					Anzahl Fälle Niedersachsen gesamt
	I. Quartal	II. Quartal	III. Quartal	IV. Quartal	I. - IV. Quartal	I. - IV. Quartal
Acinetobacter-Infektion oder -Kolonisation	-	-	-	-	-	29
Adenovirus-K(eratok)onjunktivitis	-	-	-	-	-	14
Botulismus	-	-	-	-	-	1
Brucellose	-	1	-	1	2	5
Campylobacter-Enteritis	-	1	-	-	1	5.688
Chikungunya-Fieber	-	-	-	-	-	1
Creutzfeld-Jakob-Krankheit	-	-	-	-	-	8
Clostridium-difficile-Erkrankung	-	-	-	-	-	251
Denguefieber	-	-	-	-	-	26
Diphtherie	-	-	-	-	-	2
E.-coli-Enteritis	-	-	-	-	-	1
EHEC-Erkrankung	-	-	1	-	1	257
Enterobacteriaceae-Infektion oder -Kolonisation	-	2	-	-	2	110
Frühsommer-Meningoenzephalitis	-	-	-	-	-	5
Giardiasis	3	1	-	-	4	187
Haemophilus-influenzae-Meningitis oder -Sepsis	-	-	-	-	-	87
Hantavirus-Erkrankung	-	-	-	-	-	120
Hepatitis A	3	-	-	2	5	73
Hepatitis B	2	2	2	1	7	118
Hepatitis C	1	-	3	2	6	298
Hepatitis E	-	-	-	-	-	229
HUS, enteropathisch	-	-	-	-	-	16
Influenza	4	-	-	-	4	4.008
Keuchhusten	2	-	1	-	3	866
Kryptosporidiose	-	-	-	-	-	102
Legionellose	-	-	-	-	-	54
Leptospirose	-	-	-	-	-	11
Listeriose	-	-	-	-	-	73
Masern	-	-	-	-	-	15
Meningokokken, invasive Erkrankung	-	1	-	-	1	28
MRSA-Infektion	-	-	-	-	-	318
Mumps	-	-	-	-	-	57
Norovirus	3	-	-	3	6	4.621
Ornithose	-	-	-	-	-	3
Paratyphus	-	-	-	-	-	4
Q-Fieber	-	-	-	-	-	3
Rotavirus-Erkrankung	2	4	-	-	6	2.836
Röteln	-	-	-	-	-	1
Salmonellose	-	1	1	2	4	1.461
Shigellose	-	-	-	-	-	9
Tuberkulose*	11	26	14	25	76	350
Tularämie	-	-	-	-	-	3
Typhus	-	-	-	-	-	4
Windpocken	15	7	6	19	47	1.358
Yersiniose	-	-	-	-	-	208
Zikavirus-Infektion	-	-	-	-	-	2
Gesamt	46	46	28	55	175	23.921

*Im Rahmen der Aufnahme von Flüchtlingen in eine Gemeinschaftsunterkunft findet ein verpflichtendes TB-Screening statt

Die geringere Anzahl übermittelter Erkrankungsfälle ist vor allem darauf zurückzuführen, dass im Jahr 2017 weniger Asylsuchende nach Deutschland kamen. Infolge dessen hat sich vermutlich auch die Unterbringungssituation der Asylsuchenden, die insbesondere Ende 2015 und Anfang 2016 aufgrund von Kapazitätsproblemen problematisch war, verbessert. Durch diese weniger beengte Wohnsituation der Asylsuchenden verringerte sich das Ausbreitungsrisiko von Infektionserkrankungen. Der Anstieg von Über-

mittlungen im vierten Quartal 2017 kann vornehmlich auf das Auftreten von drei Windpockenausbrüchen mit jeweils drei bis sieben Erkrankten sowie der im Vergleich zum ersten und dritten Quartal erhöhten TB-Melderate zurückgeführt werden.

Somit zählten – wie im Jahr zuvor – auch 2017 Windpocken und TB-Erkrankungen zu den häufigsten, im Zusammenhang mit Asylsuchenden übermittelten Infektionskrankheiten (vgl. Abb. 3):



*Im Rahmen der Aufnahme von Flüchtlingen in eine Gemeinschaftsunterkunft findet ein verpflichtendes TB-Screening statt

Abb. 3: Übermittelte Fälle von meldepflichtigen Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden, Niedersachsen 2016 und 2017 nach Quartal und Krankheit bzw. Krankheitsgruppe; Datenquelle: SurvNet, Stand 02/2018

2.2 Alters- und Geschlechterverteilung

68,2 Prozent der im Jahr 2017 zugewanderten Personen waren zwischen 0 und 29 Jahren alt. Für diese Altersgruppe wurden entsprechend auch die meisten Fälle (n = 132; 75 Prozent der Meldedefälle) übermittelt (vgl. Abb. 4).

Die Altersklassen der 0- bis 9- bzw. 19- bis 29-Jährigen waren hierbei stärker vertreten als die 10- bis 19-Jährigen. Für die 0- bis 9-jährigen wurden hauptsächlich Windpockenerkrankungen übermittelt,

wohingegen die Altersklasse der 20 bis 29-Jährigen vornehmlich von TB-Erkrankungen betroffen war (vgl. Tab. 2):

Über alle Altersklassen hinweg wurden, entsprechend der Geschlechtsstruktur der Asylsuchenden, deutlich mehr männliche als weibliche Erkrankungsfälle übermittelt.

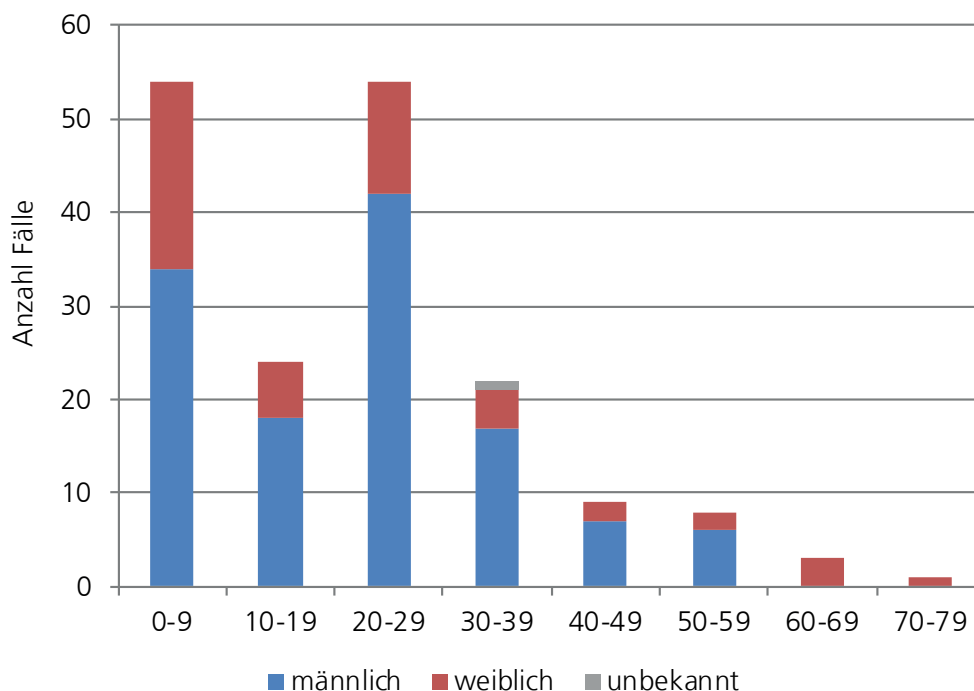


Abb. 4: Anzahl der übermittelten Fälle von meldepflichtigen Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden nach Altersklassen und Geschlecht, Niedersachsen 2017; Datenquelle: SurvNet, Stand: 02/2018

Tab. 2: Anzahl der übermittelten Fälle von meldepflichtigen Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden nach Krankheit bzw. Krankheitsgruppe und Altersklassen, Niedersachsen 2017; Datenquelle: SurvNet, Stand: 02/2018

	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89
Tuberkulose*	3	9	41	11	6	4	2	0	0
Windpocken	30	6	8	3	0	0	0	0	0
Hepatitis	3	4	4	2	2	3	0	0	0
Sonstige**	18	5	1	6	1	1	1	1	0
gesamt	54	24	54	22	9	8	3	1	0

*Im Rahmen der Aufnahme von Flüchtlingen in eine Gemeinschaftsunterkunft findet ein verpflichtendes TB-Screening statt

**Brucellose, Campylobacter-Enteritis, EHEC/STEC-Erkrankung, durch Enterobacteriaceae hervorgerufenen Erkrankungen, Giardiasis, Influenza, Keuchhusten, Meningokokken, Norovirus-Gastroenteritis, Rotavirus-Erkrankung, Salmonellose

2.3 Herkunftsländer/-regionen

Auch im Hinblick auf die Herkunft der im Jahr 2017 gemeldeten Erkrankungsfälle lassen sich entsprechend der Zuzugszahlen aller 2017 nach Niedersachsen zugezogenen Asylsuchenden Parallelen erkennen. In diesem Jahr kamen die meisten Asylsuchenden aus Syrien, dem Sudan (ohne Südsudan) und dem Irak. Lediglich die Herkunftsländer Eritrea und Somalia wiesen, bezogen auf die Anzahl der aus diesen Ländern eingereisten asylsuchenden Personen,

mehr gemeldete Erkrankungsfälle auf, als anhand der Zuzugszahlen zu erwarten gewesen wären (vgl. Tab. 3):

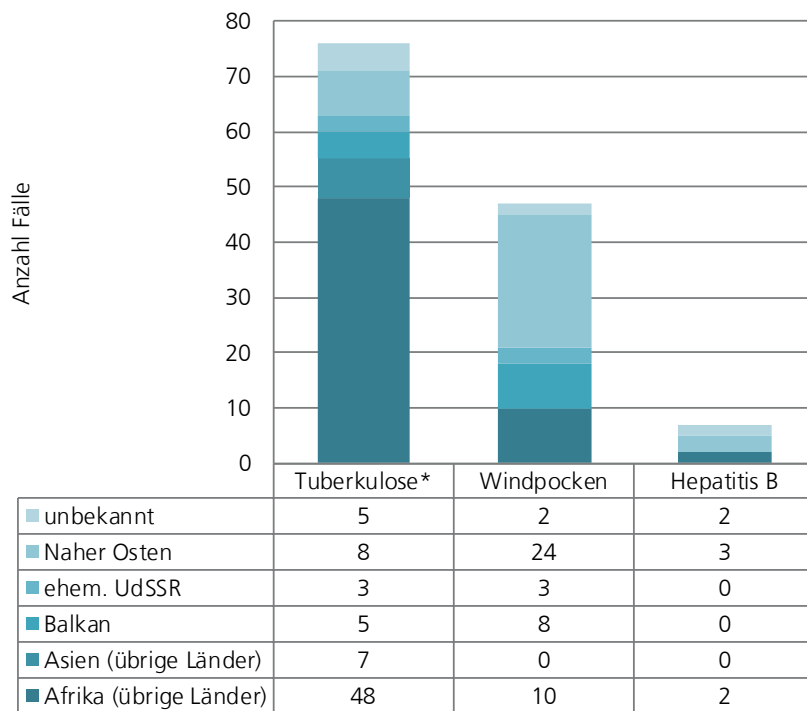
Tab. 3: Anzahl der übermittelten Fälle von meldepflichtigen Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden nach Herkunftsland (die fünf am häufigsten genannten Herkunftsländer), Niedersachsen 2017; Datenquelle: SurvNet, Stand: 02/2018

Geburtsland	Anzahl Fälle
Syrien	31
Sudan	21
Irak	19
Eritrea	17
Somalia	12

2.4 Ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden

Nachfolgend werden Windpocken, TB und Hepatitis B bei Asylsuchenden näher betrachtet, da diese Krankheiten auch im Jahr 2017 die drei häufigsten für Asylsuchende übermittelten Infektionskrankheiten waren (vgl. Abb. 5). Die Gründe hierfür sind mannigfaltig, liegen vermutlich aber vor allem darin, dass die Inzidenz dieser Erkrankungen in einigen der Herkunftsländer höher ist als in Deutschland. Dies gilt besonders für Tuberkulose und Hepatitis B, die darüber hinaus Infektionskrankheiten mit einem langen, häufig zunächst

inapparenten Verlauf sind. Für die vergleichsweise hohe Zahl an Windpocken-Meldefällen bei Asylsuchenden kann als ursächlich angesehen werden, dass in einigen Herkunftsländern keine Immunisierung – sei es durch eine durchgemachte Erkrankung oder eine Impfung – stattgefunden hat. Außerdem kann durch das Zusammenleben in Gemeinschaftsunterkünften eine Verbreitung von Infektionskrankheiten begünstigt werden.



*Im Rahmen der Aufnahme von Flüchtlingen in eine Gemeinschaftsunterkunft findet ein verpflichtendes TB-Screening statt

Abb. 5: Übermittelte Fälle von Tuberkulose (n= 76), Windpocken (n= 47) und Hepatitis B (n= 7) bei Asylsuchenden nach Herkunftsregion, Niedersachsen 2017; Datenquelle: SurvNet, Stand 02/2018

2.4.1 Tuberkulose

Im Jahr 2017 wurden dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt insgesamt 350 TB-Fälle übermittelt. Mit einer Inzidenz von 4,4 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner zählte die TB zu den weniger häufig gemeldeten Infektionskrankheiten in Niedersachsen. Seit dem Jahr 2001 konnte ein stetiger Rückgang der TB-Fallzahlen in ganz Deutschland verzeichnet werden, ab dem Jahr 2010 ist jedoch wieder ein leichter Anstieg der Fallzahlen zu beobachten. Ein Zusammenhang mit den höheren Meldedaten bei Asylsuchenden kann vermutet werden. Im Jahr 2017 war bei 76 der 350 in Niedersachsen übermittelten TB-Fälle vermerkt, dass es sich um Asylsuchende handelt (22 Prozent).

Als eine der Ursachen für die vergleichsweise häufige Diagnose von TB bei den Asylsuchenden können die z. T. sehr hohen TB-Inzidenzen in einigen der Herkunftsländer angesehen werden (vgl. Tab. 4):

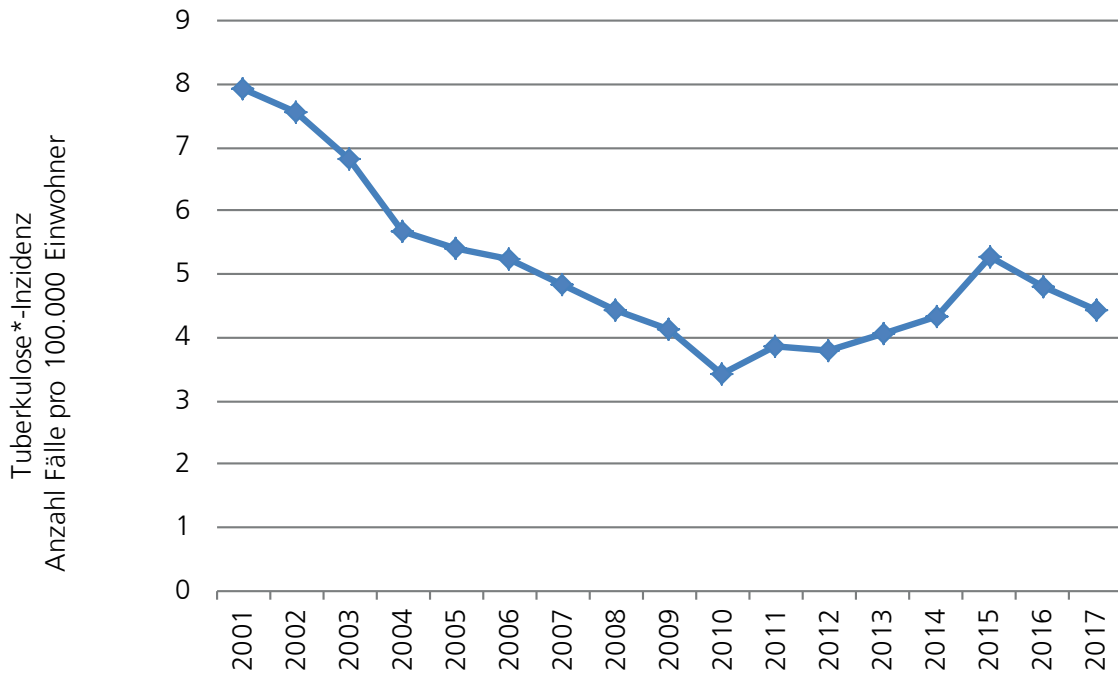
So betrug die Anzahl der TB-Neuerkrankungen laut WHO¹⁰ im Jahr 2016 beispielsweise in Somalia 270 Fälle pro 100.000 Einwohner, in Afghanistan und in Pakistan jeweils 189 pro 100.000 Einwohner. Die Inzidenz in Deutschland lag demgegenüber im gleichen Zeitraum weit darunter bei 7,2 pro 100.000¹¹; in Niedersachsen wurden 2016 nur 4,8 Erkrankungsfälle pro 100.000 Einwohner übermittelt (vgl. Abb. 6).

Tab. 4: Übermittelte Fälle von Tuberkulose bei Asylsuchenden nach Herkunftsland, Niedersachsen 2017; Datenquellen: SurvNet, Stand 02/2018, Inzidenzen (Fälle pro 100.000) in den Herkunftsländern: WHO 2017: Global Tuberculosis Report 2017 (Download unter: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js23360en/>)

Tuberkulose		
Herkunftsland	übermittelte Fälle	Inzidenz Herkunftsland (Fälle pro 100.000 Einwohner)
Sudan	15	82
Eritrea	14	74
Somalia	11	270
Afghanistan	6	189
Elfenbeinküste	5	153
Irak	4	43
Syrien	4	21
Albanien	1	16
Russische Föderation	2	66
Gambia	1	174
Georgien	1	92
Guinea	1	176
Kosovo	1	19
Libyen	1	40
Mazedonien	1	16
Montenegro	1	16
Pakistan	1	189
Serbien	1	19
unbekannt	5	-
gesamt	76	-

¹⁰vgl. <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/>, Stand: 02/2018

¹¹vgl. RKI-Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2016 https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/T/Tuberkulose/Archiv_Berichte_TB_in_Dtl_tab.html, Stand 12/2018



*Im Rahmen der Aufnahme von Flüchtlingen in eine Gemeinschaftsunterkunft findet ein verpflichtendes TB-Screening statt

Abb. 6: Inzidenz der nach IfSG übermittelten Tuberkulose-Infektionen in Niedersachsen 2001 – 2017, Datenquelle: SurvNet, Stand: 03/2018

Die meisten der im Jahr 2017 im Kontext Asyl übermittelten TB-Fälle, bei denen ein Herkunftsland angegeben war, kamen aus dem Sudan (n = 15), Eritrea (n = 14) und Somalia (n = 11). Am häufigsten waren Asylsuchende im Alter von 20 bis 29 Jahren (n = 41) von einer TB-Erkrankung betroffen (vgl. Tab. 5). Dies spiegelt in etwa die Altersstruktur der Flüchtlinge im Jahr 2017 wider.

Neben hohen Inzidenzen in den Herkunftsländern können auch die zum Teil sehr schwierigen Fluchtumstände sowie relativ beengte Lebens- und Wohnverhältnisse in Flüchtlingsunterkünften eine Ansteckung mit einer TB bzw. die Aktivierung einer bereits bestehenden latenten TB-Infektion begünstigt haben. Zudem trägt die Tatsache, dass sich Asylsuchende vor der Aufnahme in eine Gemeinschaftsunterkunft

Tab. 5: Übermittelte: Übermittelte Fälle von Tuberkulose bei Asylsuchenden nach Altersgruppen, Niedersachsen 2017; Datenquelle: SurvNet, Stand 02/2018

Tuberkulose	
Altersklasse	Anzahl Fälle
0-9	3
10-19	9
20-29	41
30-39	11
40-49	6
50-59	4
60-69	2
gesamt	76

einem systematischen Screening auf TB unterziehen müssen, dazu bei, dass die TB-Meldeinzidenz in der Bevölkerungsgruppe der Asylsuchenden höher ausfiel als in der niedersächsischen Wohnbevölkerung. Dieses Screening, das sich auf § 36 Abs. 4 IfSG und § 62 Asylgesetz (AsylG) stützt, dient dazu, TB-Erkrankungen bei

Flüchtlingen frühzeitig zu entdecken, um frühzeitig therapieren zu können und eine Weiterverbreitung zu verhindern. Naturgemäß werden auf diese Weise auch Fälle von Tuberkulose entdeckt, die klinisch noch nicht auffällig sind.

2.4.2 Windpocken (Varizellen)

Im Jahr 2017 wurden dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt insgesamt 1.358 Varizellen-Fälle übermittelt; 47 Fälle (3 Prozent) davon entfielen auf Asylsuchende. Betrachtet man die Meldefälle für alle Krankheiten des Jahres 2017, die im Zusammenhang mit Flucht oder Asyl standen (n = 175), so zeigt sich, dass 27 Prozent davon Varizellen-Fälle waren. Nach TB waren Windpocken somit die am zweithäufigsten übermittelte meldepflichtige Infektionskrankheit bei Flüchtlingen.

Die meisten der insgesamt 47 Windpockenfälle traten bei Kindern von 0 bis 9 Jahren auf (n = 30, rund 64 Prozent). Entsprechend dem Anteil der 2017 registrierten Zuzüge von Flüchtlingen nach Niedersachsen wurden besonders häufig Fälle von Windpocken-erkrankungen unter Asylsuchenden aus Syrien und dem Irak übermittelt (vgl. Tab. 6).

Über 70 Prozent der übermittelten Windpockenfälle bei Asylsuchenden wurden im Rahmen kleinerer Ausbrüche mit zwei bis sieben Erkrankten diagnostiziert (n = 34).

Tab. 6: Übermittelte Fälle von Windpocken bei Asylsuchenden nach Herkunftsland, Niedersachsen 2017; Datenquelle: SurvNet, Stand 02/2018

Windpocken	
Herkunftsland	Anzahl Fälle
Syrien	13
Irak	10
Mazedonien	7
Sudan	6
Kasachstan	3
Eritrea	2
Albanien	1
Elfenbeinküste	2
Iran	1
unbekannt	2
gesamt	47

2.4.3 Hepatitis B

Für den Berichtszeitraum 2017 wurden von den niedersächsischen Gesundheitsämtern insgesamt 118 Fälle von Hepatitis B, davon sieben Fälle (knapp sechs Prozent) bei Asylsuchenden, an das NLGA übermittelt. Die Betroffenen (sechs Männer und eine Frau) waren zwischen 20 und 55 Jahren alt. Die Fälle, bei denen ein Herkunftsland angegeben war, kamen vorwiegend aus dem Nahen Osten (drei Fälle) und aus Afrika (zwei Fälle).

In vier der sieben Fälle handelte es sich um eine akute Hepatitis-B-Infektion. Die übrigen drei Fälle sind, wie es die übermittelten Informationen vermuten lassen, chronische Infektionen.

3. Fazit

- Die **Zahl der in Deutschland eingereisten Asylsuchenden** ist nach dem außerordentlichen Zuzug 2015/2016 stark gesunken. 2017 kamen in Niedersachsen monatlich im Schnitt 1.275 Flüchtlinge an, im Vorjahr waren im Mittel mehr als doppelt so viele Menschen (n = 2.598) in Niedersachsen angekommen.
- Auch 2017 hat sich das **Spektrum an Infektionskrankheiten**, das 2017 in Niedersachsen übermittelt wurde, durch den Zuzug von Flüchtlingen nicht verändert. Seltene oder gar „exotische“ übertragbare Krankheiten sind nicht aufgetreten.
- Wie auch im Jahr 2016 war 2017 die Meldeinzidenz für **Tuberkulose, Windpocken sowie Hepatitis A und B** unter den Asylsuchenden höher als für die hiesige Bevölkerung. Als eine der möglichen Ursachen kann vermutet werden, dass viele Personen von den Bedingungen auf der Flucht geschwächt und damit anfälliger sind. Eine nicht mehr adäquat funktionierende Gesundheitsversorgung in den Herkunftsländern hat darüber hinaus insbesondere bei Kindern Impflücken zur Folge. Zudem sind die Prävalenzen der genannten Erkrankungen in einigen der Herkunftsländer höher als in Deutschland.
- Am häufigsten wurden bei Asylsuchenden in Niedersachsen Fälle von **Tuberkulose** übermittelt. Die gesetzlich vorgeschriebene Röntgen-Thorax-Untersuchung der Flüchtlinge bei Aufnahme in Gemeinschaftsunterkünfte hat erheblich zur Fallfindung beigetragen und sich damit bewährt, nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass in einigen der Herkunftsländer die Tuberkuloseinzidenzen sehr hoch sind. Latente Tuberkulosen werden bei der vorgeschriebenen Röntgen-Thorax-Untersuchung allerdings nicht erkannt. Durch Reaktivierungen können sich noch mehrere Jahre nach der Ankunft aktive Tuberkuloseerkrankungen entwickeln.

Um auch bei schwangeren Asylsuchenden, die nicht geröntgt werden können, Tuberkulose-Erkrankungen feststellen zu können, hat das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) den Erstuntersuchungskatalog mit Erlass vom 27.08.2018 um einen IGRA-Test (Interferon-Gamma-Release-Assay), der bei Schwangeren durchgeführt werden soll, erweitert.

- Nach der Tuberkulose wurden Erkrankungsfälle von **Windpocken** am zweithäufigsten übermittelt. In vielen afrikanischen Ländern kommen Windpocken 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 Gemeinschaftseinrichtungen für Asylsuchende kam.
- **Masern** wurden im Jahr 2017 für Asylsuchende nicht übermittelt, im Vorjahr waren 10 Masernfälle bei Asylsuchenden übermittelt worden.
- Einige der Infektionsmeldungen betrafen Erkrankungen, die durch **Impfungen** hätten verhindert werden können. Hier zeigt sich, wie wichtig das Impfangebot für Flüchtlinge gemäß den Empfehlungen des RKI ist – und dies nicht nur im Rahmen der Erstuntersuchung. Durch Impfungen wird nicht nur der Erkrankung bei den Geimpften selbst vorgebeugt, vielmehr kann durch eine entsprechend hohe Durchimpfungsrate die Ausbreitung von Infektionskrankheiten in Gemeinschaftsunterkünften wirksam verhindert werden. Das 2015 vom Robert Koch-Institut (RKI) bereitgestellte „Konzept zu Impfungen bei Asylsuchenden“, war vor dem Hintergrund der 2015 stark angestiegenen Flüchtlingszahlen entwickelt worden, um einen höchstmöglichen Infektionsschutz für die Asylsuchenden zu erreichen.¹²

¹²vgl. genauer hierzu Epidemiologisches Bulletin 41/2015, 439 f.

Seit Herbst 2018 soll in den Ankunftszentren des Landes regulär nach den Empfehlungen der STIKO (Ständige Impfkommission) geimpft werden. Das 2015 vom RKI erstellte „Konzept für Impfungen bei Asylsuchenden“ galt für „Situationen in denen die STIKO-Empfehlungen nicht vollständig umgesetzt werden können... Sobald es die Situation zulässt,“ so das RKI, „sollte entsprechend den STIKO-Empfehlungen geimpft werden.“¹³ Da die Zugangszahlen seit Mitte 2016 auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau stagnieren, sollen nun zusätzlich zu dem Mindestimpfangebot des RKI auch alle weiteren von der STIKO empfohlenen Impfungen durchgeführt werden.

Wenn bei bisher ungeimpften Personen oder Personen mit unklarem Impfstatus nicht alle Impfungen gleichzeitig durchgeführt werden können, bietet das Impfkonzept für Flüchtlinge des RKI eine Orientierungshilfe für die zeitliche Priorisierung der Impfungen. Nach der Verlegung des/der Asylsuchenden in die Kommune sollte dafür Sorge getragen werden, dass bislang noch nicht durchgeführten Impfungen erfolgen.

- Die **Gesundheitsämter** der Landkreise und kreisfreien Städte haben eine wichtige Funktion für den Infektionsschutz bei Flüchtlingen. Sie sind in die infektionshygienische Überwachung der Gemeinschaftsunterkünfte involviert und in den Fällen des Auftretens von übertragbaren Krankheiten kümmern sie sich darum, geeignete Maßnahmen zu treffen, die einen Ausbruch verhindern bzw. zumindest eindämmen.

- Für die Zukunft nach wie vor wünschenswert wären Maßnahmen, die den **Übergang von der Erstversorgung der Flüchtlinge hin zur medizinischen Regelversorgung** erleichtern und verbessern. Im Rahmen der Schuleingangs- und der Seiteneinsteigenden-Untersuchung¹⁴ legen die Gesundheitsämter bei der Untersuchung von Kindern mit Flucht-Hintergrund besonderen Wert auf die Überprüfung des Impfstatus' der Kinder und sprechen bei Bedarf eine Empfehlung zum Aufsuchen eines Kinderarztes/einer Kinderärztin aus. Eine erweiterte gesundheitliche Beratung – auch der Eltern – könnte in diesem Setting evtl. bestehende Zugangsbarrieren zur Regelversorgung verringern.

¹³vgl. ebd.

¹⁴In Niedersachsen können nicht nur Schulanfänger, sondern auch Kinder, die neu in eine Schule kommen (= Seiteneinsteigende), untersucht werden.

www.nlga.niedersachsen.de