

## Kommentar des Robert Koch-Instituts zu den Beiträgen zum Tuberkulosescreening bei Asylsuchenden in Deutschland 2015

Das Tuberkulose-Screening von Migranten wird, insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen Migrationsbewegungen und der Tuberkulose-Eliminationsstrategie der Weltgesundheitsorganisation (WHO)<sup>1</sup>, international und auch in Deutschland lebhaft, kritisch und durchaus divergent diskutiert. Manche Länder untersuchen auf breiter Basis einreisende Migranten – in einigen Ländern wie den USA und UK bereits im Herkunftsland vor Einreise – auf Tuberkulose. Einige Länder wie z. B. die Niederlande haben ihre Screeningstrategien auf aktive Tuberkulose in den letzten Jahren dahingehend modifiziert, dass sie nur Personen untersuchen, für die ein vergleichsweise hohes Erkrankungsrisiko angenommen wird. Häufig orientiert sich die Risikoeinschätzung an der Tuberkulose-Inzidenzschätzung für das Herkunftsland. Die von den Zielländern hierfür gewählten Schwellenwerte unterscheiden sich dabei erheblich (zwischen  $>40/100.000$  und  $>200/100.000$ ) und variieren mitunter auch für verschiedene Migranten- und Altersgruppen. Auch bezüglich der geeignetsten Screeningmethode (durch Röntgen, mittels Triage durch vorgeschaltete immundiagnostische Tests, anamnestiche Fragebögen oder symptom basiert) sowie der Tuberkulose-Falldefinitionen und Screening-„Yields“ existieren keine einheitlichen Standards.<sup>2</sup>

Neben unterschiedlichen Screeningstrategien erschweren auch andere Faktoren den internationalen Vergleich: So unterscheiden sich die einreisenden Migranten nach Herkunftsländern bzw. -regionen, Anzahl und soziodemografischer Zusammensetzung, Migrationsrouten und -modalitäten sowie bezüglich der Zustände und Gesundheitsversorgung in den Herkunfts-, Transit- und Zielländern. Verschiedene Surveys belegen zudem Unterschiede bezüglich der Rechtsgrundlagen, Zuständigkeiten und Organisationsstruktur für das Screening. Obwohl internationale Standards und Risikobeurteilungen wichtig sind, ersetzen diese nicht, dass jedes Land eigene Situationsanalysen vornehmen muss.

In Deutschland erlauben die Meldedaten zur Tuberkulose allein keine Berechnung von Fallfindungsraten, wie sie zur Evaluierung eines Screenings benötigt werden, da sie keinen Nenner der in Gemeinschaftsunterkünften aufgenommenen und gescreenten Personen enthalten. Beide Autorengruppen der in dieser Ausgabe veröffentlichten Artikel haben für das Jahr 2015 daher Daten des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) herangezogen. Aber auch hier ergeben sich Limitationen, die es erschweren, einen Screening-„Yield“ zu objektivieren. Da wäre zum einen der verwendete Zähler, der auf Meldedaten basiert: Sowohl Untererfassungen als auch Doppelmeldungen sind möglich, und es ist nicht auszuschließen, dass Angaben zu Herkunftsland, Alter und Fallfindungskategorie (aktive oder passive Fallfindung) nicht immer korrekt sind.

Schwierig ist vor allem die Wahl des Nenners, da keine bundesweite Statistik zur Anzahl tatsächlich gescreenter Personen vorliegt. Im ersten Beitrag wird die Anzahl der Erstasyl-Antragsstellungen verwendet und durch zusätzliche Berücksichtigung des ersten Halbjahres 2016 einer zeitlichen Verzögerung beim Ablauf der Antragsstellung Rechnung getragen. Im zweiten Beitrag wurde die offizielle Zahl registrierter Asylsuchender für das untersuchte Jahr 2015 gewählt, da die Registrierung direkt bei der Meldung bei einer staatlichen Stelle stattfindet. Ein Vergleich der jeweils berechneten „Fallfindungszahlen“ macht deutlich, dass sich mit der ersten Berechnungsweise z. T. deutlich höhere Prävalenzen ergeben. Für Syrien, Gambia, Äthiopien, Irak und Albanien liegen die Prävalenzen noch im von den Autoren des Robert Koch-Instituts (RKI) berechneten 95 % Konfidenzintervall. Für Somalia, Eritrea, Afghanistan, Pakistan und Kosovo sind die Prävalenzen jedoch um etwa ein Drittel bis um die Hälfte höher.

Trotz dieser Unterschiede ermittelten beide Autorengruppen insbesondere für die Länder Somalia, Eritrea, Gambia und Äthiopien, die der Afrikanischen Region nach WHO angehören, deutlich höhere Prävalenzen, als sie gemäß der von der WHO geschätzten Inzidenzen in den Herkunftsländern vermuten lassen (seit dem Meldejahr 2015 werden von der WHO keine Prävalenzschätzungen mehr zur Verfügung gestellt). Dies trifft auch für die in der RKI-Publikation zusätzlich angeführten Länder Georgien und Serbien zu.

Beide für Deutschland bundesweit verfügbaren und hier hilfswise genutzten Nenner (Anzahl der Erstasyl-Antragsstellungen, offizielle Anzahl registrierter Asylsuchender) haben ihre Limitationen, sie unterscheiden sich und weichen teilweise deutlich von den im ersten Beitrag angeführten Fallfindungsraten, wie sie von Erstaufnahmeeinrichtungen berichtet werden, ab.

Alle Autoren sind sich jedoch einig: Durch die Untersuchung Asylsuchender bei Aufnahme in eine Gemeinschaftsunterkunft auf das Vorliegen einer infektiösen Lungentuberkulose nach § 36 Abs. 4 IfSG wurden 2015 eine relevante Anzahl an Tuberkulosen diagnostiziert. Diese Zielgruppe hat aufgrund ihrer Herkunft aus Hochprävalenzregionen oder durch ein erhöhtes Expositionsrisiko auf dem Migrationsweg ein erhöhtes Erkrankungsrisiko. Zum einen konnten die so identifizierten Erkrankten durch die frühzeitige Diagnose einer Behandlung zugeführt werden. Zum anderen reduzierte sich das Transmissionsrisiko für ihre unmittelbaren Kontaktpersonen in Gemeinschaftsunterkünften, wo eine Übertragung, insbesondere auf vulnerable Gruppen wie kleine Kinder, durch die engen räumlichen Verhältnisse begünstigt wird. Damit konnte vermutlich auch der Bedarf an ressourcenaufwendigen Umgebungsuntersuchungen verringert werden.

In Niedrig-Inzidenzländern werden insgesamt grundsätzlich geringe Übertragungsraten beobachtet. Zur konkreten Frage der Infektionsgefährdung für die Allgemeinbevölkerung durch Migranten zeigen internationale (darunter auch zwei deutsche) Studien, die sich auf molekularepidemiologische Untersuchungen stützen, dass die Übertragungsraten von im Ausland Geborenen auf die einheimische Bevölkerung gering bis moderat sind. Sie unterscheiden sich nicht wesentlich von den Raten der Übertragungen von Einheimischen auf im Ausland Geborene.<sup>3</sup>

Um besser einschätzen zu können, ob Screeningmaßnahmen gezielter erfolgen können oder sollten, bedarf es einer besseren Datenlage. Gleiches gilt hinsichtlich der Überlegungen, ob für bestimmte Risikogruppen eine Ausweitung im Sinne eines Screeningangebots auf latente tuberkulöse Infektion sinnvoll ist (und wenn ja, ob dies auch praktisch umsetzbar ist und Akzeptanz und Therapieadhärenz ausreichend hoch wären). Um den Screening-„Yield“ tatsächlich korrekt evaluieren zu können, wäre bundesweit eine systematische Dokumentation und Auswertung dieser Screeninguntersuchungen erforderlich.

Unumstritten ist, dass auch nach Einreise – auch bei unauffälliger Einganguntersuchung! – bei jeder Person mit entsprechender Symptomatik an eine Tuberkulose gedacht

werden muss und im Erkrankungsfall die üblichen Instrumente der Infektionskontrolle, inkl. Umgebungsuntersuchung, einzusetzen sind. Neben einer frühzeitigen Diagnose ist es zudem entscheidend, Erkrankte medizinisch und ggf. psychosozial adäquat und ausreichend lange zu betreuen, um einen erfolgreichen Therapieabschluss sicherzustellen. An dieser Stelle sind alle gefordert, die mit der Betreuung, Versorgung und Beratung von Asylsuchenden betraut sind.

#### Literatur:

1. Weltgesundheitsorganisation: The End TB Strategy. Genf, Schweiz: WHO, 2015
2. Kunst H, Burman M, Arnesen TM, Fiebig L et al.: Tuberculosis and latent tuberculosis infection screening of migrants in Europe: comparative analysis of policies, surveillance systems and results. *Int J Tuberc Lung Dis* 21(8):840–851
3. Lönnroth K, Mor Z, Erkers C, Bruchfeld J et al.: Tuberculosis in migrants in low-incidence countries: epidemiology and intervention entry points. *Int J Tuberc Lung Dis* 21(6):624–636

---

■ Dr. Barbara Hauer  
Robert Koch-Institut | Abteilung für Infektionsepidemiologie  
FG 36 Respiratorisch Übertragbare Erkrankungen  
Korrespondenz: HauerB@rki.de

■ Vorgeschlagene Zitierweise:  
Hauer B: Kommentar des Robert Koch-Instituts zu den Beiträgen zum Tuberkulosescreening bei Asylsuchenden in Deutschland 2015  
*Epid Bull* 2017;43:492–493 | DOI 10.17886/EpiBull-2017-059