

Die neue S3-Leitlinie „Tuberkuloseprävention bei neu zugewanderten Menschen (TB-Risk)“

Hintergrund

Die neue S3-Leitlinie „Tuberkuloseprävention bei neu zugewanderten Menschen (TB-Risk)“ wurde vom Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK), mit der methodischen Begleitung der Abteilung Epidemiologie im Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung gemeinsam mit 28 Mandatstragenden aus 17 Fachgesellschaften und Organisationen sowie vier Vertretungen von Menschen mit Einwanderungsgeschichte entwickelt. Die Auswahl der Mandatstragenden und die Erstellung der Leitlinie erfolgte gemäß den Vorgaben und dem Regelwerk der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Das übergeordnete Ziel der Leitlinie ist die evidenzbasierte Verbesserung der Tuberkulose-(TB-)Prävention und -Versorgung bei neu zugewanderten Menschen in Deutschland.

Nach systematischer Aufbereitung und Bewertung der Evidenz wurden durch die Leitliniengruppe 38 Empfehlungen formuliert und konsentiert. Diese umfassen ein risikoadaptiertes Screening auf tuberkulöse Infektion (TBI) und TB, präventive Therapie, Implementierungsbedingungen der empfohlenen Maßnahmen (Strukturen, Zeitpunkt, Barrieren und Förderfaktoren, Monitoring und Evaluation) sowie Kommunikations- und Informationsstrategien, sowohl mit Blick auf zugewanderte Menschen als auch auf die Versorgenden, welche Prävention und Gesundheitsversorgung anbieten.

Ausgangspunkt der Leitlinie ist die Tatsache, dass einer TB-Infektion und -Erkrankung eine relevante Exposition vorausgeht. Die Expositionswahrscheinlichkeit ist in Hochinzidenzländern und somit bei Personen höher, die in Ländern geboren wurden, die von TB stärker betroffen sind, oder dort längere Zeit gelebt haben. Entsprechend zeigt sich in Deutschland wie auch in anderen TB-Niedriginzidenzländern ein höherer Anteil von Erkrankungen bei im Ausland geborenen Personen.¹ Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das Europäische

Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) empfehlen daher, TB-Prävention und -Versorgung verstärkt auf vulnerable Gruppen wie neu zugewanderte Menschen auszurichten.²⁻⁴

Aktuelle Situation

In Deutschland existiert derzeit ein gesetzlich vorgeschriebenes TB-Screening gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) für Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen untergebracht werden. Dieses erfolgt bei Menschen über 15 Jahren in der Regel mittels Thoraxröntgen, bei Schwangeren und Kindern unter 15 Jahren ohne primäre Röntgendiagnostik. Ein systematisches Screening außerhalb von Gemeinschaftseinrichtungen ist nicht vorgesehen.

Der aktuelle TB-Screening-Ansatz berücksichtigt keine individuellen Risikofaktoren oder die TB-Situation im Herkunftsland. Eine systematische Datenerhebung zu Fallfindungsraten, Umsetzung, Effektivität oder Kosteneffizienz des Screenings findet in Deutschland bislang nicht statt. Ein TB-Screening stellt lediglich eine Momentaufnahme dar. Erkrankungen, die durch Reaktivierung einer früher erworbenen TBI erst im weiteren Verlauf auftreten, werden damit nicht gefunden und können nicht verhindert werden. Daher ist ein gezielteres, risikoadaptiertes TB-Screening in Kombination mit einem TBI-Screening und präventiver Therapie bei positivem Test sinnvoll.

Empfehlungen

Im Folgenden werden die wichtigsten Kernaussagen der Leitlinie dargestellt. Die Langversion der Leitlinie und Begleitdokumente sind im [Leitlinienregister der AWMF](#) verfügbar. (Zum Zeitpunkt der Drucksetzung des *Epidemiologischen Bulletins* war die Leitlinie noch nicht im Leitlinienregister eingestellt.)

Basis des Screenings sollte immer eine Anamneseerhebung sein. In Abhängigkeit von Alter, Herkunftsland, Zeitpunkt der Einreise und weiteren Risikofaktoren wie Begleiterkrankungen oder infektionsrelevanten Migrationsbedingungen wird ein Screeningangebot auf TBI und/oder TB empfohlen. Sofern Screeninguntersuchungen nicht gesetzlich vorgeschrieben sind, wird ein freiwilliges Angebot gemacht. Für das TBI-Screening gelten stärkere Empfehlungsgrade als für das TB-Screening (in der Leitliniensprache *soll* > *sollte* > *kann*), da mit dieser Maßnahme präventiv gehandelt wird und daher von einem größeren und nachhaltigeren epidemiologischen Nutzen ausgegangen werden kann. Den Empfehlungen liegen die TB-Inzidenzschätzungen der WHO im Herkunftsland zugrunde. Liegen allerdings davon abweichende Daten zu TB-Inzidenzen im Ankunftsland vor, so sollten diese berücksichtigt werden.

TBI-Screening

Personen von 15 bis 35 Jahren, die innerhalb der letzten zwei Jahre nach Deutschland eingereist sind und aus Herkunftsländern mit einer Inzidenz über 100/100.000 Einwohnenden kommen, *soll* ein TBI-Screening angeboten werden. Mit einer niedrigeren Sicherheit der Evidenz *sollte* dieses auf Personen von 36 bis 45 Jahren erweitert werden. Bei neu zugewanderten Personen über 45 Jahren aus Herkunftsländern mit einer Inzidenz von über 150/100.000 Einwohnenden *kann* ein TBI-Screening nach individueller Risiko-Nutzen-Abwägung angeboten werden. Dies gilt auch unabhängig von Alter und Inzidenz bei Vorliegen komplexer Migrationsbedingungen mit erhöhter Expositionsgefährdung (z. B. lange Fluchtwege). Das TBI-Screening *soll* mittels Interferon-Gamma-Release-Assay (IGRA) oder Hauttest durchgeführt werden.

Bei Vorliegen einer TBI *soll* eine präventive Therapie mit Isoniazid und Rifampicin über drei Monate oder mit Rifampicin über vier Monate angeboten werden. Alternativ *kann* bei Kontraindikationen Isoniazid über sechs bis neun Monate verwendet werden. Rifamycin-basierte Kurzzeitregime werden aufgrund höherer Abschlussraten und geringerer Raten an unerwünschten Arzneimittelwirkungen bevorzugt. Rifapentin-haltige Regime wären eine

weitere Option, sind allerdings zum Zeitpunkt der Leitlinienerstellung weiterhin ohne EU-Zulassung. Bei Herkunft aus Ländern mit einer Rate an Multi- oder Rifampicin-resistenter TB (MDR-/RR-TB) >10 % *sollte* bezüglich einer präventiven Behandlung eine individuelle Risiko-Nutzen-Abwägung erfolgen. Ist die Indexperson bekannt und eine Fluorchinolonresistenz ausgeschlossen, *sollte* eine präventive Therapie mit Levofloxacin über sechs Monate angeboten werden.

TB-Screening

Neu zugewanderten Menschen ab 15 Jahren aus Ländern mit einer TB-Inzidenz über 100/100.000 Einwohnenden *sollte* zeitnah nach Einreise ein Screening angeboten werden, insbesondere wenn zusätzliche Risikofaktoren vorliegen oder die Person in einem Setting mit Ausbruchspotenzial oder in Bereichen mit vulnerablen Gruppen untergebracht oder tätig wird. Das Screening *sollte* mit einer Kombination aus Symptomscreening und Thoraxröntgen erfolgen, da ein alleiniges Symptomscreening deutlich weniger sensitiv ist und ein relevanter Anteil der erkrankten Menschen keine Symptome zeigt oder berichtet. Bei auffälligen Befunden ist eine leitliniengerechte Abklärung erforderlich.⁵ Bei eingeschränkter Verfügbarkeit oder Ablehnung einer Thoraxröntgen-Untersuchung *kann* bei immunkompetenten, asymptomatischen Menschen unter 65 Jahren initial ein IGRA verwendet werden.

Neu zugewanderten Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren, die aus einem Land mit einer TB-Inzidenz über 100/100.000 kommen, *soll* ein TBI- und ein TB-Screening angeboten werden, bei Vorliegen weiterer Risikofaktoren unabhängig von der Inzidenz. Geflüchteten Kindern unter fünf Jahren *soll* immer ein Screening angeboten werden. Im Kindesalter *sollte* das Screening mittels Symptomabfrage kombiniert mit einem TBI-Screening (IGRA oder Hauttest) durchgeführt werden.

Implementierung von Screeningmaßnahmen und Forschungsbedarf

Für die erfolgreiche Umsetzung sind klar definierte organisatorische, strukturelle und kommunikative Voraussetzungen notwendig. Ziel ist eine niedrig-

schwellige, diskriminierungsfreie Versorgung unabhängig vom Aufenthaltsstatus. Alle Screeningmaßnahmen *sollen* von einem systematischen Monitoring und einer Evaluation begleitet werden, um die Implementierung und Wirksamkeit der Leitlinienempfehlungen zu überprüfen und diese Erkenntnisse für Anpassungen zu nutzen.

Alle medizinischen Versorgungsstrukturen, zu denen neu zugewanderte Menschen Zugang haben, *sollten* ein Screening anbieten. Hierzu zählen u. a. haus- und fachärztliche Praxen, betriebsmedizinische Einrichtungen, Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Erstaufnahmeeinrichtungen und Justizvollzugsanstalten. Die Evidenz zeigt, dass kein einzelnes Setting eindeutig überlegen ist. Entscheidend ist weniger der Ort des Screenings als vielmehr die kontinuierliche Begleitung entlang der gesamten Versorgungskaskade – vom Screeningangebot über Diagnostik bis hin zum

Abschluss einer präventiven oder kurativen Therapie unter Koordination einer verantwortlichen Person. Alle beteiligten Berufsgruppen *sollen* geschult sein, um leitliniengerecht beraten und die empfohlenen Maßnahmen umsetzen zu können. Screeningangebote *sollen* kostenfrei und freiwillig erfolgen. Das Screening *sollte* in der Regel nach Einreise erfolgen, bei Arbeitsmigration *kann* dies auch vor Einreise sein.

Zu den Themenbereichen Information und Kommunikation verweisen wir auf den [Artikel von Hauer et al.](#) in dieser Ausgabe.

Die Leitlinie formuliert zuletzt zu allen wichtigen Bereichen Forschungsfragen, deren Beantwortung Evidenz für ein Update der Empfehlungen schaffen und somit zu einer verbesserten Versorgung zugewandelter TB-gefährdeter Menschen führen soll.

Literatur

- 1 RKI, Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2024, Robert Koch-Institut Berlin, 2025
- 2 WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 1: prevention – tuberculosis preventive treatment, second edition. Geneva: World Health Organization 2024. Licence: CC-BY-NC-SA 3.0 IGO
- 3 WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 2: screening – systematic screening for tuberculosis disease. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 4 European Centre for Disease Prevention and Control. Guidance on tuberculosis control in vulnerable and hard-to-reach populations. Stockholm: ECDC; 2016.
- 5 Schaberg T, Brinkmann F, Feiterna-Sperling C, et al. S2k-Leitlinie Tuberkulose im Erwachsenenalter. Pneumologie. 2022 Nov;76(11):727-819.

Autoren

Im Namen der Leitliniengruppe TB-Risk:

^{a,b} Dr. Brit Häcker | ^b Prof. Dr. Berit Lange |

^b Dr. Torben Heinsohn | ^a Dr. Ralf Otto-Knapp |

^c Dr. Barbara Hauer | ^{a,d} Prof. Dr. Torsten Bauer |

^a Prof. Dr. Tom Schaberg

^a Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Berlin

^b Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung, Braunschweig

^c Robert Koch-Institut, Berlin

^d Klinik für Pneumologie, Helios-Klinikum Emil von Behring, Berlin

Korrespondenz: brit.haecker@helmholtz-hzi.de

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Vorgeschlagene Zitierweise

Im Namen der Leitliniengruppe TB-Risk: Häcker B, Lange B, Heinsohn T, Otto-Knapp R, Hauer B, Bauer T, Schaberg T: Die neue S3-Leitlinie „Tuberkuloseprävention bei neu zugewanderten Menschen (TB-Risk)“

Epid Bull 2026;12:21-23 | DOI 10.25646/13897

Open access



Creative Commons Namensnennung 4.0 International