

**Fachausschuss Infektionsschutz**

Sprechergremium: Dr. Jürgen Rissland, Dr. Bernhard Bornhofen, Dipl.-Med. Gudrun Widders

Herrn Dr. Franke
Thüringer Ministerium für
Soziales, Familie und Gesundheit
Referat 44
Werner-Seelenbinder-Straße 6
99096 Erfurt

Berlin, 28.08.2015

Infektionsschutz im Zusammenhang mit der Versorgung von Flüchtlingen**Entwicklung bundesweit einheitlicher Standards bei der Umsetzung
von § 62 Asylverfahrensgesetz sowie für Impfangebote**

Sehr geehrter Herr Dr. Franke,

stellvertretend für alle Mitglieder der AGI richten wir dieses Schreiben an Sie als Infektionsschutzreferent des gegenwärtigen Vorsitzlandes der Arbeitsgruppe der Infektionsschutzreferenten der Bundesländer.

Die gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen ist gegenwärtig bundesweit ein besonderes Thema des Öffentlichen Gesundheitsdienstes – wie auch in Ihrer Arbeitsgruppe. Dabei ist der Fachausschuss Infektionsschutz des BVÖGD an einer einheitlichen Umsetzung von Regelungen des Infektionsschutzes unter den Gesichtspunkten des Gesundheitsschutzes der Gesamtbevölkerung sowie des effizienten Einsatzes von Ressourcen besonders interessiert.

Für eine Einschätzung der Situation und als Grundlage für die Erarbeitung von Vorschlägen liegen dem Fachausschuss Infektionsschutz die Ergebnisse einer eigenen Befragung der Landesverbände zu den Rahmenbedingungen und zu Praxiserfahrungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bei der Umsetzung von § 62 Asylverfahrensgesetz sowie bei der Durchführung von Impfungen bei Flüchtlingen vor (15 Antworten aus 12 Bundesländern, Stand: 02.08.2015). Im Vergleich dazu kann auch auf die Ergebnisse der Befragung der Infektionsschutzreferenten der Bundesländer zurückgegriffen werden (Antworten aus 14 Bundesländern, Stand: 2014).

Folgende **Schlussfolgerungen können aus beiden Erhebungen** zunächst gezogen werden:

- 1) **Einrichtungen:** Die Anzahl und Verteilung von Erstaufnahmeeinrichtungen, notbelegten Unterkünften und Gemeinschaftseinrichtungen für Flüchtlinge sowie die Organisation der Erstaufnahme stellen sich in den Bundesländern sehr verschieden dar. Ferner entstehen derzeit wegen des starken Andranges ständig neue Einrichtungen, ein genauer Überblick ist deshalb fast unmöglich.
- 2) **Erstuntersuchungen:** Unterschiedlich sind auch die Zuständigkeiten geregelt. So gibt es Bundesländer, in denen die Erstuntersuchungen von kommunalen Gesundheitsämtern

durchgeführt werden (8 von 11 in der Befragung des BVÖGD, die diese Frage beantwortet haben) neben Bundesländern, in denen die Erstuntersuchungen in der Zuständigkeit des Landes oder der Bezirksregierung erfolgen bzw. an z. B. Krankenhäuser oder niedergelassene Ärzte delegiert worden sind (3 von 11 in der Befragung des BVÖGD). Verschiedene Regelungen im gleichen Bundesland sind möglich. Befragungsergebnisse der AGI: 8x ÖGD, 5x externe Dienstleister, 3x Vertragsärzte, 2x Unterstützung durch niedergelassene Ärzte oder Kliniken. Landesrechtliche Regelungen hierzu haben 7 Bundesländer. 3 gaben an, keine Rechtsregelungen zu haben. Die übrigen Bundesländer beantworteten diese Frage nicht.

3) **Umfang der Erstuntersuchungen nach § 62 Abs. 1 Satz 1 AsylVfG:**

N=14

- Anamnese: 9, keine Angaben: 5
- Körperliche Untersuchung: 7 (davon 1x weitergehende Untersuchung bei Verdacht), orientierende körperliche Untersuchung: 3 (davon 1x intensivere Untersuchung bei Bedarf), Untersuchung auf Anzeichen von Infektionskrankheiten: 4, weitere ambulante Untersuchungen bei Verdacht: 4
- Röntgen-Thorax: 14 (ab 15 J., 3x ab 16 J.)
- Tuberkulintest: 5 (Kinder), Quantiferontest: 3
- Stuhluntersuchungen 6, davon auf pathogene Darmkeime, z. B. TPER, Ruhr, Cholera, Salmonellen, Shigellen: 3 und auf Parasiten: 4
- Serologie Varizellen: 3
- Serologie Masern: 2
- Serologie Röteln: 1
- Serologie Poliomyelitis: 1
- Serologie Hepatitis B: 7
- Serologie Hepatitis C: 6
- Serologie Lues: 5
- Serologie HIV: 8
- Weitere serologische Untersuchungen möglich: 4
- Schwangerschaftstest vor Röntgen-Thorax: 1
- Erhebung der Impfanamnese im Rahmen der Erstuntersuchungen: 2 (in der Befragung des BVÖGD: 8)
- Impfangebote in den Erstaufnahmeeinrichtungen: 2 (in der Befragung des BVÖGD: 1)

4) **Impfangebote**

Befragung des BVÖGD, N=12

- Bestimmung des Impfstatus in der Erstaufnahmeeinrichtung N=12: ja=4, nein=8
 - o Wenn ja, wie?: Anamnese 4, Impfbuchkontrolle 5, Serologie 5 (Mehrfachantworten möglich)
 - o Wenn ja, wer?: ÖGD 4, Honorarkräfte 4, medizinisches Personal der Erstaufnahmeeinrichtungen 1 (ein Bundesland wurde zweimal berücksichtigt)
- Impfung der Asylbewerber routinemäßig? N=5: ja=5, ja bei negativer Serologie:1, nein=6
 - o Wenn ja, durch wen?: ÖGD 2, Honorarkräfte 3, Medizinisches Personal der Erstaufnahmeeinrichtungen 1 (ein Bundesland wurde zweimal berücksichtigt)
 - o Wenn ja, gegen welche Infektionskrankheiten?
Die 5 impfenden Bundesländer antworteten darauf sehr unterschiedlich. Die Antworten reichten von nur MMR bei nach 1970 Geborenen, Impfungen nur von Kindern, Erwachsene nach bestimmten Festlegungen bis alle nach STIKO. Es wurden jeweils unterschiedliche Vorgehensweisen nach Altersgruppen mitgeteilt.
- Werden im Ausbruchfall Impfungen durchgeführt? N=12: ja=11, nach Kapazität=1, nein=0
 - o Wenn ja, durch wen?: N=11, ÖGD 11, unter Einbeziehung auch von Honorarkräften oder anderweitigem medizinischen Personal
 - o Wenn ja, gegen welche Infektionskrankheiten? N=11, alle impfpräventablen Infektionskrankheiten=9, nur MMR+V bzw. MMRV=2 (Mehrfachantworten möglich)

- Gibt es Regelungen des Bundeslandes zu Impfungen von Flüchtlingen? N=13: ja=5, nein=6, unbekannt=2
 - o Wenn ja, welche Erfahrungen liegen vor? N=5: gute=0, schlechte=2, unbestimmt=3 (schlecht= zu umfangreich und zu unpraktikabel)
- Gibt es Vorschriften des Landes oder der Kommune zur Haftung bei unzureichender Aufklärung? N=12: nein=4, nicht bekannt=6, keine Angaben=2
- Gab es Regressansprüche wegen fehlender Aufklärung? N=12: nein=5, nicht bekannt=6, keine Angaben=1

II

In der **Gesamtbetrachtung der gegenwärtigen Situation in Deutschland** können somit folgende Aussagen getroffen werden:

- 1) Die Anzahl der Flüchtlinge, die in Deutschland versorgt werden müssen, steigt weiterhin erheblich. Eine Flüchtlingsbewegung, wie sie gegenwärtig stattfindet, gab es hier seit dem 2. Weltkrieg nicht. Dementsprechend fehlt es an Erfahrungen im Management und an Ressourcen. Auf eingespielte Routinen kann nicht zurückgegriffen werden.
- 2) Die Kapazitäten an Erstaufnahmeeinrichtungen und Unterkünften sind begrenzt und stellen Länder und Kommunen vor große Herausforderungen. Dies beinhaltet den Umstand, dass die Verweildauer in Erstaufnahmeeinrichtungen von wenigen Tagen bis zu mehreren Monaten reichen kann. Zunehmend müssen auch Notunterkünfte eingesetzt werden. In infektionsepidemiologischer Hinsicht führen diese Rahmenbedingungen zu hohen Expositionswahrscheinlichkeiten bei infizierten Mitbewohnern.
- 3) Die finanziellen und personellen Ressourcen von Ländern und Kommunen sind längst nicht mehr ausreichend für die Bewältigung der anstehenden Aufgaben im Zusammenhang mit der Versorgung von Flüchtlingen. Es besteht darüber hinaus eine große Heterogenität in den Vorgehensweisen der einzelnen Bundesländer bezüglich der Erstuntersuchung und den Impfangeboten.
- 4) Aus dem Blickwinkel des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist der gesundheitliche Schutz der Gesamtbevölkerung zunächst prioritär gegenüber der individualmedizinischen Versorgung einzelner Flüchtlinge. Diese gesellschaftliche Verantwortung kann von dem üblichen System der ambulanten und stationären Versorgung nur partiell wahrgenommen werden.
- 5) Die Kommunikation mit den Einrichtungen und den Bewohnern gestaltet sich teilweise schwierig, da es an Ansprechpartnern und Sprachmittlern mangelt.

III

Fazit und Vorschläge zu einem einheitlichen Vorgehen

Da wie beschrieben die finanziellen und personellen Ressourcen in den Ländern und Kommunen beschränkt sind, müssen die Aufgaben bei der Versorgung von Flüchtlingen effizient und mit geeigneten Mitteln erfüllt werden, wie z. B. Erstuntersuchung und Impfungen.

- 1) Der **Umfang der Erstuntersuchungen** sollte bundesweit einheitlich geregelt, effizient auf den Ausschluss schnell übertragbarer Infektionskrankheiten ausgerichtet sein und nicht in unnötiger Weise Ressourcen binden. Schwerpunkte bei der Einschätzung sollten die Übertragungswege, Kontagiosität, Infektiosität und die zu erwartende Schwere der Krankheitsbilder sein. Gleichzeitig sollten die epidemiologischen Erkenntnisse über Ausbrüche von meldepflichtigen Infektionskrankheiten in Asylunterkünften Berücksichtigung finden.

Der Fachausschuss Infektionsschutz empfiehlt:

- Anamnese
- Körperliche Untersuchung vorrangig unter dem Gesichtspunkt von Infektionskrankheiten einschließlich Scabies und Kopfläusen (mit therapeutischer Konsequenz bei positivem Befund)

- Ausschluss einer ansteckungsfähigen Tuberkulose:
 - o Vorgeschlagen wird eine Röntgen-Thorax-Untersuchung ab dem vollendeten 9. Lebensjahr mit nachfolgender Änderung des IfSG.
 - o Empfohlen wird ggf. eine zweite Röntgen-Thorax-Untersuchung, veranlasst über das kommunale Gesundheitsamt bzw. die beauftragte Stelle, 3 bis 6 Monate nach Einreise aus einem Land mit hoher Prävalenz
 - o Bei einmaligem Untersuchungskontakt in Erstaufnahmeeinrichtungen empfiehlt sich bei Kindern und Schwangeren der IGRA-Test. Ansonsten wird der Tuberkulin-Hauttest (Mendel-Mantoux) favorisiert.
- Keine serologischen Untersuchungen, nur bei begründetem Verdacht und nicht im Rahmen einer Impfentscheidung
- Stuhluntersuchungen nur bei Symptomen

2) Präventiven Maßnahmen wie **Impfungen** ist gegenüber Ressourcen-bindenden Untersuchungen der Vorrang zu geben. Bezüglich der Impfaufklärung wird auf die in 15 Sprachen verfügbaren Merkblätter des Robert Koch-Instituts verwiesen.

Vor Impfentscheidungen sind nach Ansicht des Fachausschusses Infektionsschutz **keine** serologischen Untersuchungen erforderlich.

In der gegenwärtigen Situation und zur Verhinderung von Ausbrüchen ist dringend notwendig, so schnell wie möglich so viele Menschen wie möglich umfassend zu impfen. Nicht zuletzt zeigte das der Masern-Ausbruch in Berlin.

Bei den Impfungen sollten so viele schnell übertragbare Infektionskrankheiten wie möglich berücksichtigt werden, auch unter dem Gesichtspunkt möglicher schwerer Komplikationen bei Erkrankung. Schwerpunkte sind vor dem Hintergrund der Epidemiologie in Deutschland zu setzen bei Masern, Mumps, Röteln, Windpocken und Pertussis. Auch sollte ein Impfschutz gegen Tetanus, Diphtherie und Poliomyelitis gegeben sein.

Grundsätzlich ist entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) zu verfahren, allerdings darf nicht im Off-Label-Use geimpft werden. Die Schwierigkeit besteht darin, dass für die Grundimmunisierung in verschiedenen Altersgruppen nicht die erforderlichen Impfstoffe zur Verfügung stehen, sondern nur für die Auffrischimpfung ab dem 4. oder 5. Lebensjahr. Außerdem ist kein monovalenter Pertussisimpfstoff verfügbar.

Zu bedenken ist auch, dass die meisten Flüchtlinge nur zu einem Zeitpunkt gesehen werden und geimpft werden können. Mehr als zwei (maximal drei) Injektionen sollten in einem Termin nicht gesetzt werden.

Deshalb kommt der Fachausschuss Infektionsschutz des BVÖGD zu folgenden Schlüssen (s. auch Anlage 1):

- Für Erwachsene und Kinder ab dem 11. Lebensjahr wird die einmalige kontralaterale Impfung mit zwei Kombinationsimpfstoffen gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Poliomyelitis (Tdap-IPV als Auffrischimpfung) sowie gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR) empfohlen.
- Für kleine Kinder wird die Grundimmunisierung entsprechend der STIKO empfohlen.
 - o So können Kinder in den ersten zwei Lebensjahren die Grundimmunisierung mit einem Sechsfachimpfstoff (Tdap-IPV-Hib-Hep) erhalten und zusätzlich gegen MMM+V geimpft werden.
 - o Der Sechsfachimpfstoff ist bis zum 36. Lebensmonat zugelassen. Für ältere Kinder bis zu 5 Jahren empfiehlt sich der Fünffachimpfstoff Tdap-IPV-Hib. Zusätzlich soll MMRV geimpft werden.
- Kinder ab 5 Jahren können wie die Erwachsenen nur eine Auffrischimpfung mit einem Vierfachimpfstoff (Tdap-IPV) erhalten und sollen gegen Masern, Mumps, Röteln und Windpocken (MMRV) geimpft werden (bis zum 13. Lebensjahr).

Zu einer gegenwärtig laufenden Diskussion, dass bei fehlenden Impfstoffen der Grundimmunisierung gegen Tetanus und Diphtherie (Td) der Vorrang gegeben werden sollte, gibt der Fachausschuss Infektionsschutz zu bedenken, dass mit diesem Vorgehen über Jahre

der Weg zur Pertussisimpfung verbaut wird, da kein monovalenter Impfstoff zur Verfügung steht. Wenn Menschen als (zukünftige) Betreuungspersonen nicht geimpft sind, wird damit bereits vorab eine Gefährdung von Säuglingen bzw. in der Zukunft geborenen Kindern durch Pertussisinfektionen gesetzt. Erfahrungen zeigen auch, dass die meisten Asylbewerber angeben, in ihrer Kindheit geimpft worden zu sein, insbesondere gegen Tetanus und Diphtherie. Die meisten Länder, aus denen die Menschen zu uns kommen, hatten Gesundheitssysteme, in denen geimpft wurde. Die meisten Menschen haben aber keinen Impfschutz gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen.

Der Fachausschuss Infektionsschutz des BVÖGD hofft, mit seinen Vorschlägen zu einem bundeweit einheitlichen Vorgehen beitragen zu können und freut sich darauf, mit Ihnen hierzu in die Diskussion eintreten zu können.

Mit freundlichen Grüßen

Gudrun Widders

Dr. Bernhard Bornhofen

Dr. Jürgen Rissland

Anlage: Umsetzung der empfohlenen Impfangebote am Beispiel von Berlin-Spandau