

Ergebnisse der labordiagnostischen Untersuchung Asylsuchender in Sachsen

K. Flohrs¹, K. Dreier¹, I. Ehrhard¹

2015 waren weltweit 63,5 Millionen Menschen, mehr als je zuvor, auf der Flucht vor Krieg, Gewalt und Verfolgung. Vor allem der Krieg in Syrien hat im letzten Jahr zu einem starken Anstieg der Zahl Flüchtender geführt [1]. Fast 450.000 Menschen stellten im letzten Jahr in Deutschland einen Asylantrag [1]. In Sachsen waren 2015 insgesamt 69.900 Asylsuchende zu verzeichnen [2], wobei mehr als zwei Drittel aus den Ländern Syrien, Afghanistan und Irak stammten (Abb. 1).

In diesem Zusammenhang wird oft eine mögliche Gefahr für behandelndes medizinisches Personal oder die Allgemeinbevölkerung durch den Import von Infektionskrankheiten diskutiert. Im Folgenden werden die labordiagnostischen Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung bei Erstaufnahme der Asylsuchenden in Sachsen zusammengefasst und unter Beachtung der entsprechenden Meldedaten und Literaturangaben eingeordnet.

Nach § 62 Asylgesetz sind Ausländer, die in einer Aufnahme-Einrichtung oder Gemeinschaftsunterkunft zu wohnen haben, verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane zu dulden. Die Röntgenaufnahme ist von Personen vorzulegen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben. Bei unter 15-Jährigen und Schwangeren wird gemäß der sächsischen Verwaltungsvorschrift Asylbewerbergesundheitsbetreuung [3] entweder ein Tuberkulin-Hauttest oder ein Interferon-Gamma-Release-

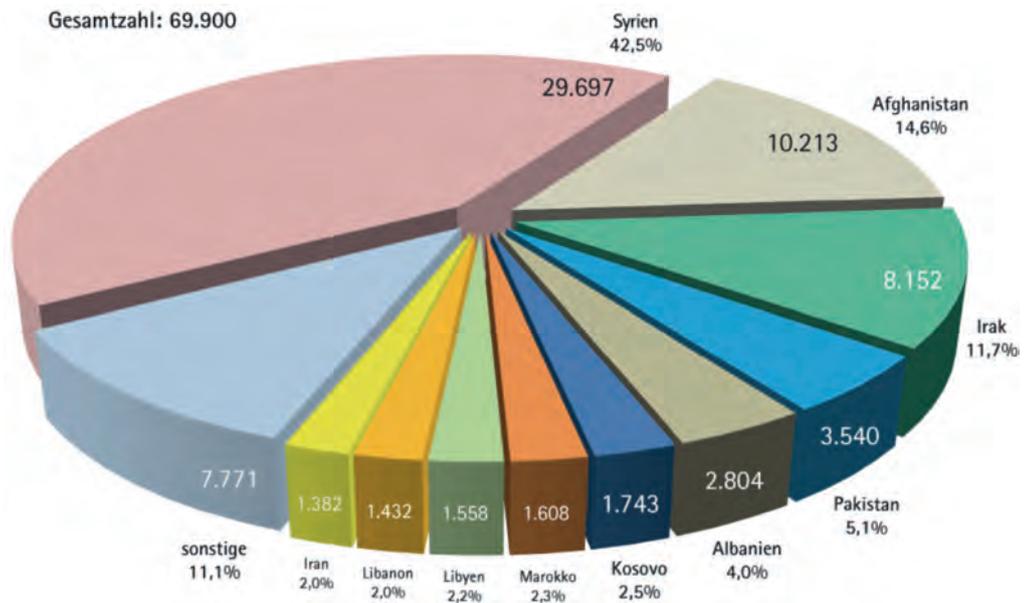


Abb. 1: Asylsuchende in Sachsen nach Herkunftsländern im Jahr 2015 (Quelle: <https://www.lids.sachsen.de/asyl>)

Assay (IGRA) durchgeführt. Der Umfang der weiteren ärztlichen Untersuchung bei Erstaufnahme wird vom jeweiligen Bundesland festgelegt. In Sachsen umfasst diese aktuell eine auf Beschwerden fokussierte Anamnese und eine allgemeine körperliche Untersuchung sowie eine serologische Untersuchung ab dem 14. Lebensjahr auf:

- Hepatitis B-Antigen (HBsAg),
- Hepatitis A-IgM-Antikörper sowie
- IgG-Antikörper gegen Masern-, Mumps-, Röteln- und Varizella-Zoster-(MMRV-)Virus (Röteln-Antikörper nur beim weiblichen Geschlecht im gebärfähigen Alter).

Bis einschließlich Juli 2015 wurde in Sachsen serologisch auch auf Syphilis, Hepatitis C und HIV-Infektion untersucht. Eine Stuhluntersuchung auf Salmonellen, Shigellen, Campylobacter, enterohämorrhagische *Escherichia coli* (EHEC), Protozoen und Helminthen soll laut Verwaltungsvorschrift Asylbewerbergesundheitsbetreuung seit August 2015 nur noch bei entsprechender Anamnese, Symptomatik oder epidemiologischen Anhaltspunkten durchgeführt werden [3]. Die Untersuchung der Proben erfolgt an der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA) Sachsen.

Immunstatus gegenüber Masern-, Mumps-, Röteln- und Varizella-Zoster-Virus

Eine Untersuchung auf IgG-Antikörper gegen Masern-, Mumps-, Röteln- und Varizella-Zoster-Virus wurde bei der Erstaufnahme-Untersuchung seit August 2015 durchgeführt. Insgesamt wurden im Jahr 2015 an der LUA ca. 18.000 Serumproben von Asylsuchenden ab 13 Jahren auf IgG-Antikörper gegen Masern-, Mumps- und Varizella-Zoster-Virus (VZV) sowie 4.323 Seren auf Röteln-Virus-IgG-Antikörper untersucht. Bei fehlendem oder grenzwertigem IgG-Antikörper-Nachweis wurde von einer Empfänglichkeit gegenüber dem diesbezüglichen Infektionserreger ausgegangen, bei Vorhandensein entsprechender IgG-Antikörper von Immunität.

Aufgrund der Ergebnisse kann bei durchschnittlich 95 Prozent der Untersuchten ab 13 Jahren Immunität gegen das Varizella-Zoster-Virus (VZV), bei 88 Prozent gegen Masern und bei 85 Prozent gegen Mumps angenommen werden. 89 Prozent der asylsuchenden Frauen im gebärfähigen Alter waren immun gegen eine Röteln-Infektion.

Für den Zeitraum August und September 2015 wurden die Ergebnisse detailliert hinsichtlich der Immunitätslage nach Geschlecht, Alter und

¹ Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA) Sachsen

Herkunftsregion (geografische Regionen gemäß der Einteilung der Vereinten Nationen, Länderzuordnung siehe Text Abb. 2) ausgewertet.

77 Prozent der Seren für die Bestimmung von Anti-Masern-IgG stammten in dieser Analyse von männlichen Personen. Wie zu erwarten, stieg die Rate immuner Personen in den höheren Altersgruppen an. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern waren gering. Aus West- und Süd-asien kamen 62 Prozent bzw. 24 Prozent der untersuchten Asylbewerber. Bei ihnen waren mit 88 Prozent bzw. 93 Prozent die höchsten Masern-Immunitätsraten nachweisbar, bei Personen aus Südeuropa die niedrigste (81 Prozent). Asylsuchende aus Syrien waren zu 88 Prozent Anti-Masern-IgG-positiv.

Den Masern kommt wegen ihrer hohen Kontagiosität und Komplikationsrate, gestiegener Fallzahlen in Deutschland sowie aufgrund des WHO-Ziels der Masern-Eliminierung eine besondere Bedeutung zu. Von einer Herdenimmunität gegen Masern wird ausgegangen, wenn 95 Prozent einer Population gegen das Virus immun sind [4]. Eine Immunitätsrate gegen Masern von 88 Prozent bei Asylsuchenden in Sachsen ist somit für die Verhinderung einer Ausbreitung von Masern-Infektionen zu niedrig. Allerdings erreicht, soweit diesbezügliche Daten verfügbar sind, auch in der deutschen Bevölkerung die Immunitätsrate gegen Masern nicht den erforderlichen Schwellenwert von 95 Prozent. So lag in einem deutschen Universitätsklinikum bei 9.933 Mitarbeitern des medizinischen Personals die Immunitätsrate gegen Masern mit 86 Prozent unter derjenigen der Asylsuchenden in Sachsen [5]. Von 13.000 Kindern, die im Rahmen der KIGGS-Studie untersucht wurden, waren 89 Prozent Anti-Masern-IgG-positiv [6].

Im Jahr 2014 waren bundesweit 19 gemeldete Ausbrüche mit insgesamt 91 Fällen unter Asylsuchenden durch **Varizellen** bedingt, mehr als durch Masern (82 Fälle) oder andere Krankheiten [7]. Für Varizellen lagen die Immunitätsraten der Asylsuchenden

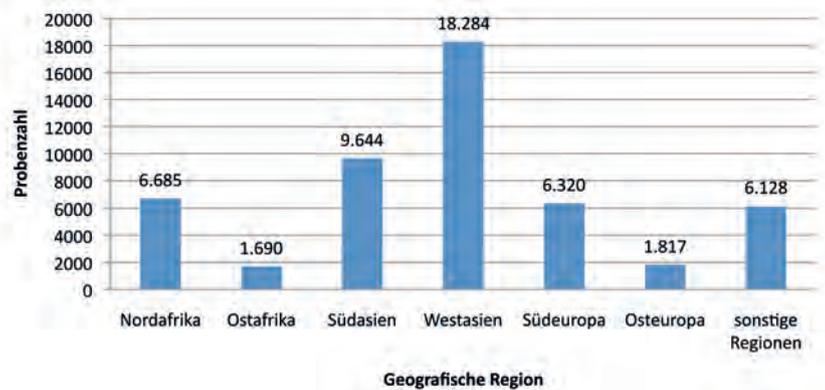


Abb. 2: Asylsuchende, die von 01/2007 bis 12/2015 in den Erstaufnahme-Einrichtungen Sachsens auf Hepatitis B-Antigen (HBsAg) untersucht wurden, nach Herkunftsregion (die fünf häufigsten Herkunftsländer fett markiert): Nordafrika (Tunesien, Libyen, Marokko, Algerien, Ägypten), Ostafrika (Eritrea, Somalia, Komoren, Äthiopien, Kenia, Dschibuti, Madagaskar), Südasien (**Afghanistan, Pakistan**, Indien, Iran, Bangladesch, Sri Lanka, Nepal), Westasien (**Syrien, Irak**, Libanon, Georgien, Aserbaidschan, Jemen, Armenien, Jordanien, Vereinigte Arabische Emirate), Südeuropa (Kosovo, **Albanien**, Serbien, Mazedonien, Bosnien-Herzegowina, Jugoslawien, Montenegro, Kroatien), Osteuropa (Russland (Russland, Ukraine, Slowakische Republik, Bulgarien, Polen, Weißrussland, Moldawien, Rumänien)

in Sachsen in den untersuchten Altersgruppen ab 13 Jahren durchschnittlich bei 95 Prozent für das männliche und 96 Prozent für das weibliche Geschlecht. Die niedrigste VZV-Immunitätsrate fand sich mit 93 Prozent in der Gruppe der 13- bis 30-jährigen Männer. Die Asylsuchenden aus den häufigsten Herkunftsländern Syrien, Afghanistan und Irak zeigten durchschnittlich 97 Prozent, 94 Prozent und 94 Prozent VZV-IgG-Antikörper-Prävalenzen.

Untersuchung auf Hepatitis A-, Hepatitis B-, Hepatitis C-, HIV- und Syphilis-Infektionen

Von 2007 bis 2015 wurden 50.568 Asylsuchende ab 13 Jahren in Sachsen serologisch auf Hepatitis B-Surface-Antigen (HBsAg) als Marker einer akuten oder chronischen **Hepatitis B-Virus**-(HBV-)Infektion untersucht. Bei durchschnittlich 2,5 Prozent erfolgte ein positiver Nachweis. Am höchsten war die Prävalenz bei Asylsuchenden aus den Herkunftsregionen Ostafrika und Südeuropa (je 4,3 Prozent), gefolgt von Osteuropa (3,5 Prozent) und Südasien (2,6 Prozent). Weltweit sind nach Schätzung der WHO ca. 240 Millionen Menschen chronisch mit HBV infiziert [8]. Die höchste Prävalenz einer chronischen Hepatitis B findet sich nach WHO-Angaben in Subsahara-Afrika und Ostasien mit betroffenen 5 bis

10 Prozent der erwachsenen Bevölkerung. In der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008 bis 2011) lag die Prävalenz einer akuten oder chronischen Hepatitis B-Infektion (Anti-HBc- und HBsAg-positiv) bei 18- bis 79-Jährigen bei 0,3 Prozent, hier waren allerdings Risikogruppen unterrepräsentiert [9].

49.360 Serumproben von Asylsuchenden wurden zwischen 2008 und 2015 auf das Vorliegen von IgM-Antikörpern gegen das **Hepatitis A-Virus** (HAV) getestet. Ihr Nachweis spricht für das Vorliegen einer akuten oder kürzlich abgelaufenen Hepatitis A. Die Positivrate war mit 0,1 Prozent (30 Fälle) niedrig. Zusammenhängende Fälle unter Asylsuchenden in Deutschland sind beschrieben [7].

Die Untersuchung von 29.896 Asylsuchenden auf das Vorliegen von Antikörpern gegen das **Hepatitis C-Virus** (HCV) zwischen 2008 und Juli 2015 erbrachte eine Positivrate von 2,1 Prozent. In Deutschland beträgt die durchschnittliche Prävalenz von Antikörpern gegen HCV bei 18- bis 79-Jährigen 0,3 Prozent [9]. Anhand der Antikörper-Ergebnisse kann nicht zwischen einer ausgeheilten oder chronischen HCV-Infektion (in der Regel 50 bis 80 Prozent der Fälle) unterschieden werden.

Eine HIV- und Syphilis-Diagnostik wurde im Zeitraum von 2007 bis Juli 2015 aus 31.106 Serumproben von Asylsuchenden ab 13 Jahren durchgeführt. 0,3 Prozent der Untersuchten waren **HIV**-positiv. Bei Asylsuchenden aus Osteuropa und Ostafrika fand sich mit 0,8 Prozent bzw. 0,6 Prozent in unserem Kollektiv die höchste HIV-Prävalenz. Weltweit sind etwa 36,7 Millionen Menschen mit HIV infiziert, über die Hälfte von ihnen stammt aus Subsahara-Afrika. Gemäß WHO leben weltweit durchschnittlich 0,8 Prozent der Erwachsenen (im Alter von 15 bis 49 Jahren) mit einer HIV-Infektion [10]. Nach Schätzung des Robert Koch-Instituts beträgt die HIV-Prävalenz in Deutschland 0,1 Prozent. 12,5 Prozent der Infizierten stammen aus dem Ausland, wo sie sich auch infiziert haben, überwiegend aus Afrika und anderen Ländern Europas [11].

Eine aktive, behandlungsbedürftige **Syphilis** fand sich bei 0,1 Prozent der Asylsuchenden.

Untersuchung auf Darmpathogene

Zwischen 2007 und 2015 wurden an der LUA Sachsen über 12.600 Stuhlproben von Asylsuchenden aller Altersgruppen (keine Altersbeschränkung) auf Salmonellen, Shigellen, Campylobacter, EHEC, *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica* sowie Helminthen untersucht. In 1,7 Prozent der Proben wurden **darmpathogene Bakterien** nachgewiesen, davon waren 56 Prozent EHEC, 25 Prozent Campylobacter, 10 Prozent

Salmonellen und 6 Prozent Shigellen. Der Typhus-Erreger *Salmonella Typhi*, der schwere systemische Infektionen verursacht, war in 0,015 Prozent (insgesamt 2 Isolate) der Stuhlproben nachweisbar. Die höchste durchschnittliche Rate positiver bakterieller Stuhlbefunde trat bei Asylbegehrenden aus Osteuropa (2,9 Prozent), die niedrigste bei Personen aus Westasien (1,4 Prozent) auf.

E. histolytica, der Erreger der Amöbenruhr, war lediglich in 0,3 Prozent der Stuhlproben nachweisbar, wobei seit 2013 nur noch diesbezüglich negative Materialien eingingen. Für **G. lamblia** betrug die Positivrate 7,8 Prozent, mit mäßigen regionalen Unterschieden: Am niedrigsten war die Nachweisrate mit 5,3 Prozent bei Asylsuchenden aus Nordafrika, am höchsten bei denjenigen aus Süd-asien mit 9,4 Prozent.

4,8 Prozent der Stuhlproben wurden positiv auf **Helminthen** getestet. Am häufigsten wurden Hakenwürmer (*Ancylostoma duodenale* oder *Necator americanus*, 33 Prozent der positiven Wurmeier-Nachweise) gefunden, gefolgt von *Trichuris trichiura* (Peitschenwurm, 28 Prozent), *Hymenolepis nana* (Zwergbandwurm, 14 Prozent) und *Ascaris lumbricoides* (Spulwurm, 12 Prozent). Die Eier von *Taenia* spp. (Rinder- oder Schweinebandwurm) hatten einen Anteil von 3 Prozent und von *Schistosoma mansoni* (Pärchenegel) und *Enterobius vermicularis* (Madenwurm) von je 4 Prozent an allen Helminthen-Nach-

weisen. Da von jeder Person lediglich eine Stuhlprobe untersucht wurde, muss bei diesen Zahlen von einer Untererfassung ausgegangen werden.

Wie zu erwarten, gab es bei den Helminthen-Nachweisen erhebliche Unterschiede abhängig von der Herkunftsregion. Am höchsten war die Rate der Wurminfektionen mit 13 Prozent bei Flüchtlingen aus Ostafrika. Insgesamt 6 Prozent der Asylsuchenden aus Ostafrika waren von einer Infektion mit intestinalen Schistosomen (Pärchenegel), den Erregern der Darmbilharziose, betroffen. Intestinale Pärchenegel wandern in die mesenterialen Venen ein und produzieren dort täglich bis zu 400 Eier, die teilweise in das Darmlumen gelangen und ausgeschieden werden. Ein Teil der Eier bleibt jedoch in der Darmwand stecken oder wird über den Blutstrom vor allem in die Leber, aber auch in Lunge, ZNS und andere Organe transportiert, wo die Eier eine chronische granulomatöse Entzündung und schließlich eine Fibrose hervorrufen. Eine Weiterverbreitung von *S. mansoni* ist in Deutschland aufgrund des fehlenden Zwischenwirtes nicht zu befürchten, jedoch kann die Infektion bei den Betroffenen im chronischen Stadium zu schweren gastrointestinalen Symptomen, Leber- und Lungenfibrose sowie fokale-neurologischen Symptomen führen. Eine frühzeitige Diagnose und Therapie ist daher entscheidend, um Komplikationen und auch Folgekosten zu vermeiden.

Tab. 1: Positivraten der serologischen Diagnostik und der Stuhluntersuchungen aus den Jahren 2007/2008 bis 2015 (Masern und Varizellen nur 2015) bei Asylsuchenden aus den 5 häufigsten Herkunftsländern im Jahr 2015 in den Erstaufnahme-Einrichtungen Sachsens (Serologische Diagnostik: ab 13 Jahren durchgeführt, Stuhluntersuchungen: alle Altersgruppen ohne Altersbeschränkung)

Land	Masern-IgG-Antikörper	Varizellen-IgG-Antikörper	HBs-Antigen	HIV-Seromarker	HCV-Seromarker	Giardia lamblia	Helminthen
Syrien	87,9%	97,0%	1,5%	0,04%	0,1%	6,0%	0,6%
Afghanistan	86,7%	94,3%	3,8%	0%	0,3%	12,1%	4,3%
Irak	88,3%	93,7%	0,8%	0%	0,2%	13,3%	2,6%
Pakistan	95,8%	87,2%	2,8%	0,06%	4,1%	10,0%	8,7%
Albanien	79,6%	89,3%	6,3%	0,13%	1,1%	6,9%	1,6%
alle Länder	87,8%	94,5%	2,5%	0,26%	2,1%	7,8%	4,8%

Eine Übersicht der wichtigsten Untersuchungsergebnisse für die fünf häufigsten Herkunftsländer der Asylsuchenden des Jahres 2015 wurde in Tab. 1 zusammengestellt.

Daten zur Tuberkulose

Eine Übersicht über die Anzahl der durchgeführten Untersuchungen auf eine Tuberkulose-Infektion bei Asylsuchenden in Sachsen sowie die Rate an Verdachtsfällen und bestätigten Tuberkulosefällen liegt nicht vor. Es kann allerdings davon ausgegangen werden, dass die Prävalenz der Tuberkulose-Erkrankung unter Asylsuchenden im Vergleich zur deutschen Bevölkerung erhöht ist.

Als Niedriginzidenzland strebt Deutschland im Rahmen der End-TB-Strategie der WHO bis 2050 eine Eliminierung der Tuberkulose an (<1 Erkrankung/1 Million Einwohner). Allerdings ist der seit 2002 bestehende Abwärtstrend bei der Tuberkulose-Inzidenz seit 2013 unterbrochen. Im Jahr 2012 lag die Inzidenz der Tuberkulose in Deutschland bei 5,2 (4.210 Fälle), 2014 bei 5,6 (4.488 Fälle) [12] und 2015 bei 7,3 (5.865 Fälle) Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner [13].

Es gibt Hinweise darauf, dass dieser Anstieg mit einer steigenden Zahl von Nachweisen bei Asylsuchenden assoziiert ist. So stieg in Sachsen die Inzidenz der Tuberkulose von 3,5 pro 100.000 Einwohner im Jahr 2014 auf 5,2 im Jahr 2015 (Daten des FG 1.6 Infektionsepidemiologie, Gesundheitsberichterstattung der LUA Sachsen). 2015 waren über zwei Drittel der Erkrankten im Ausland geboren, 2014 war dies knapp die Hälfte. Der größte Anstieg der Fallzahlen war in den Altersgruppen zwischen 15 und < 40 Jahren zu verzeichnen.

Eine signifikante Tuberkulose-Übertragung von Flüchtlingen/Migranten aus Hochprävalenzländern auf die einheimische Bevölkerung in Niedrigprävalenzländern wurde gemäß verschiedener Studien [14, 15, 16, 17] nicht festgestellt. Als Erklärung wurden die Tuberkulose-Screening-Programme für neuankommende Menschen mit Migrationserfahrung und/oder ihr nur geringes Vermischen mit

der einheimischen Bevölkerung angeführt.

Zusammenfassung und Fazit

Den Meldedaten [18] ist zu entnehmen, dass Asylsuchende vermehrt an impfpräventablen Infektionen wie **Masern** und **Windpocken** erkranken, wobei ihr diesbezüglicher Immunitätsstatus (durchschnittliche Immunität gegen Masern: 88 Prozent, gegen Varizellen: 95 Prozent) nach den Untersuchungen der LUA nicht niedriger ist als der der deutschen Allgemeinbevölkerung. Allerdings wird eine Weiterverbreitung von Infektionskrankheiten durch eine beengte Unterbringung begünstigt. Frühzeitige Impfangebote sind daher nötig, um Ausbruchsgeschehen in Asylunterkünften zu verhindern bzw. Fallzahlen reduzieren. Es sei aber darauf hingewiesen, dass auch für die deutsche Bevölkerung eine weitere Beförderung von Impfungen dringend notwendig ist. So müssen, um zum Beispiel eine Eliminierung der Masern erreichen zu können, mindestens 95 Prozent der Bevölkerung eine Masern-Immunität besitzen. Dieser Prozentsatz wird jedoch weder von den Asylsuchenden noch von der einheimischen Bevölkerung erreicht.

Die Prävalenz von serologischen Markern für eine Infektion mit **HBV**, **HCV** oder **HIV** liegt bei Asylsuchenden (HBV: durchschnittlich 2,5 Prozent, HCV: 2,1 Prozent, HIV: 0,3 Prozent) höher als in der deutschen Bevölkerung. Dies ist dadurch bedingt, dass die Asylbewerber häufig aus Herkunftsregionen mit hoher (≥ 8 Prozent) oder mittlerer (2 bis 7 Prozent) HBV-Prävalenz und hoher ($> 3,5$ Prozent) oder mittlerer (1,5 bis 3,5 Prozent) HCV-Prävalenz stammen. Allerdings ist die Seroprävalenz von HIV bei Asylsuchenden mit 0,26 Prozent niedriger als die durchschnittliche globale Infektionsrate bei Erwachsenen von 0,8 Prozent. Bei Asylbewerbern aus Osteuropa fand sich die höchste HIV-Positivrate, die mit 0,8 Prozent dem weltweiten Durchschnitt entsprach. Auch für die aktive, behandlungsbedürftige **Syphilis** ließ sich mit 0,1 Prozent

eine vergleichsweise niedrige Seroprävalenz feststellen. Eine Weiterverbreitung ist grundsätzlich durch Blut/Blutprodukte und ungeschützte Sexualkontakte möglich. Eine Übertragung durch alltägliche Sozialkontakte ist nicht zu befürchten. HBV-Infektionen lassen sich zuverlässig durch Impfung verhindern.

Bei 0,1 Prozent der untersuchten Asylbewerber fanden sich Anzeichen einer akuten oder kürzlich durchgemachten **Hepatitis A**, deren Übertragung auf fäkal-oralem Weg erfolgt.

Es soll nochmals betont werden, dass die genannten Daten bei Asylsuchenden ab 13 Jahren erhoben wurden. Hinsichtlich der Situation bei Kindern sind daher keine Aussagen möglich. Es ist auch zu beachten, dass sich die dargestellten Ergebnisse auf das Kollektiv der Menschen beziehen, die in Sachsen Asyl suchen. Aus Verschiebungen der Herkunftsländer und der Altersverteilung können andere Immunitätsraten bzw. Seroprävalenzen resultieren. Bis Ende März 2015 wurden alle Asylsuchenden (ohne Altersbeschränkung) routinemäßig auf **darmpathogene Bakterien und Parasiten** (Wurmeier, *E. histolytica*, *G. lamblia*) untersucht. Für bakterielle Darmpathogene lag die Positivrate bei durchschnittlich 1,7 Prozent (zum Beispiel für *S. Typhi* bei 0,015 Prozent), für die Protozoen *E. histolytica* bei 0,3 Prozent und *G. lamblia* bei 7,8 Prozent.

Demgegenüber stehen deutschlandweit insgesamt 6 übermittelte Shigellose-, 5 Giardiasis- und jeweils 2 Campylobacter-Enteritis- sowie EHEC-Erkrankungsfälle bei Ausbrüchen in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende im Jahr 2014, wobei hier Untererfassungen wahrscheinlich sind [7].

Darmpathogene Helminthen wurden bei 4,8 Prozent der Asylsuchenden nachgewiesen. Eine direkte Übertragung von Mensch zu Mensch ist außer bei Infektionen durch den Madenwurm (Positivrate der untersuchten Stuhlproben 0,2 Prozent) und den Zwergbandwurm *H. nana* (Positivrate 0,7 Prozent) nicht zu

befürchten [19], da entweder notwendige Zwischenwirte oder günstige ökologische Bedingungen für Entwicklungsstadien außerhalb des Menschen in Deutschland fehlen. Die individuelle Krankheitslast kann aber erheblich sein, abhängig von der Art bzw. der Stärke des Befalls.

Bei den Darmparasitosen sollte die regionenspezifische Prävalenz der Wurm-Erkrankungen beachtet werden. So ist ein

besonderes Augenmerk bei den Asylsuchenden aus Ostafrika auf das häufige Vorkommen von Infektionen mit Schistosomen zu richten, die bei 6 Prozent der Personen aus dieser Region gefunden wurden.

Erkrankungen an **Tuberkulose** sind bei Asylsuchenden häufiger als in der deutschen Bevölkerung, aufgrund zum Teil hoher Inzidenzen in den Herkunftsländern. Durch die aktive Fallsuche (generelles Tuberkulose-Screening aller Asylsuchenden) kön-

Von einer erhöhten Infektionsgefährdung der Allgemeinbevölkerung durch Asylsuchende ist derzeit nicht auszugehen [18].

nen jedoch rasch Maßnahmen ergriffen, eine Therapie eingeleitet und somit eine Weiterverbreitung der Tuberkulose verhindert werden. Eine signifikante Tuberkulose-Übertragung von Flüchtlingen/Migranten aus Hochprävalenzländern auf die einheimische Bevölkerung in Niedrigprävalenzländern konnte nicht nachgewiesen werden.

Ein direkter Vergleich der Zahl der nach Infektionsschutzgesetz gemeldeten Infektionskrankheiten bei der Allgemeinbevölkerung und bei Asylsuchenden ist nicht möglich.

Zum einen fehlt bei einem unbekanntem Anteil der Meldungen die Information, ob es sich bei dem Erkrankten um einen Asylsuchenden handelt, zum anderen führen Screening-Untersuchungen bei Asylsuchenden zu einer vermehrten Diagnose von Krankheiten im Vergleich zur nicht-gescreeneten Allgemeinbevölkerung.

25 Jahre Sächsischer Hausärztetag

Seit nunmehr einem viertel Jahrhundert treffen sich Hausärzte aus ganz Sachsen mit ihren Mitarbeitern und ihren Familien an einem verlängerten Wochenende Anfang November im Herzen des Zittauer Gebirges, in Oybin, zum Hausärztetag. Für die Organisation dieser Fortbildungsveranstaltung mit ansprechendem Rahmenprogramm engagiert sich seit 25 Jahren Dr. med. Gottfried Hanzl mit Familie und Praxisteam, zugleich stellvertretender Vorsitzender des Sächsischen Hausärztesverbandes. Mit einem inhaltlich breit gefächerten Vortrags- und Seminarangebot zu medizinischen, berufspolitischen und medizinjuristischen Themen wird „know how“ für Hausärzte vermittelt und mit Fortbildung für Praxispersonal Teamwork gestärkt.

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, sprach aus Anlass des Jubiläums ein Grußwort an die diesjährigen Teil-

nehmer. Darin betonte er, „dass die ärztliche wie medizinische Versorgung sich permanent verändert. Daher ist es wichtig, dass es solche Fortbildungen, wie den Hausärztetag gibt. Denn gerade die Hausärzte mit ihren Praxisteams spielen eine wichtige Rolle im gesamten Versorgungsprozess.“

Von dieser Tagung mit bis zu 700 Teilnehmern gingen im Laufe der Jahre auch berufs- und gesellschaftspolitische Signale aus, nicht zuletzt auch an die Bevölkerung und an Kommunalpolitiker. Die klare Botschaft „unsere Hausärzte engagieren sich vor Ort – an der Basis“ wurde auf diese Weise immer wieder transportiert.

Nach 25 Jahren übergab der Tagungsleiter Dr. med. Hanzl den Staffelstab für Planung und Organisation des Sächsischen Hausärztetages an seine „Nachfolger“ im Vorstand des Sächsischen Hausärztesverbandes. Der 26. Hausärztetag wird im November 2017 in Dresden-Rade-

Schwerwiegende importierte Infektionen (zum Beispiel Läuserückfallfieber) bei Flüchtlingen treten in Deutschland nur vereinzelt auf. Wird bei einem Asylsuchenden eine übertragbare Krankheit festgestellt, werden durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) die erforderlichen Präventionsmaßnahmen zur Verhinderung der Weiterverbreitung eingeleitet. Alltägliche soziale Kontakte bringen nach gegenwärtiger Sachlage beim Umgang mit Asylbewerbern kein relevantes Infektionsrisiko für die einheimische Bevölkerung mit sich.

Literatur bei den Autoren

Interessenkonflikte: Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Korrespondierende Autorin:

Dr. med. Ingrid Ehrhard

Landesuntersuchungsanstalt für das

Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA)

Sachsen

Jägerstraße 10, 01099 Dresden

E-Mail: ingrid.ehrhard@lua.sms.sachsen.de



Teilnehmer des 25. Sächsischen Hausärztetages in Oybin.

© Sächsischer Hausärztesverband e.V. / Jens Richter

beul stattfinden. Ein fester Termin, um die Zukunft der Hausarztmedizin mit all ihren Herausforderungen für die Ärzteschaft wirksam mitgestalten zu können.

Der Vorstand der Kreisärztekammer Görlitz dankt Dr. med. Hanzl und seinen Mitsreitern ausdrücklich für ihr Engagement über zweieinhalb Jahrzehnte.

Ute Taube

Vorsitzende der Kreisärztekammer Görlitz