

Infektionen bei Flüchtlingen

aktueller Stand



Tübingen, März 2016



**ca. 60
Millionen
Flüchtlinge**

***displaced
persons***

Ca. 40 Millionen Flüchtlinge im eigenen Land, "Binnenflüchtlinge"

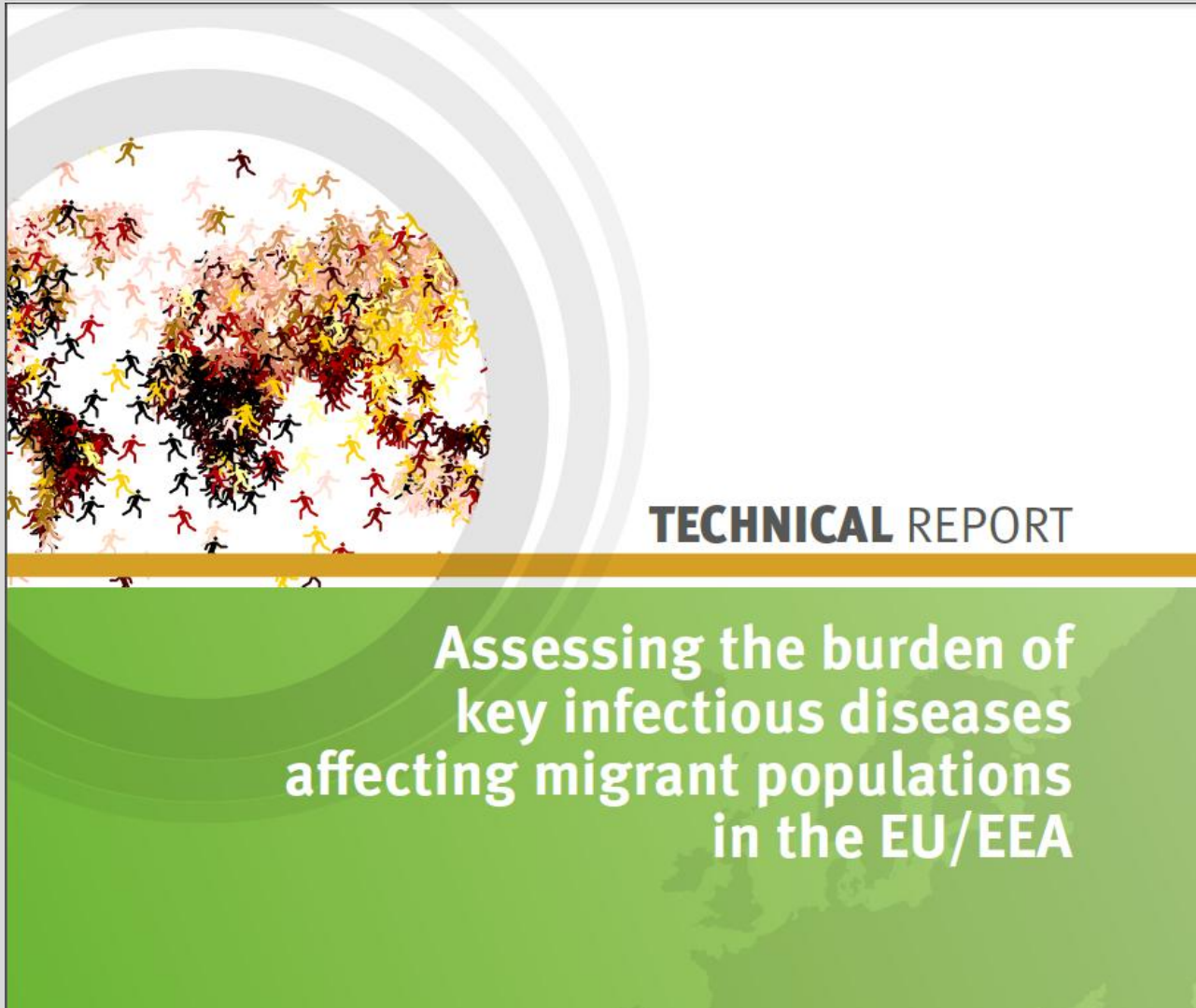
internally displaced people



Ca. 20 Millionen Flüchtlinge in fremden
Ländern

refugees (≈ asylum seekers, Asylsuchende)





ECDC 2014

Key findings:

Migranten in der EU sind überproportional häufig mit Tbc, HIV und Hepatitis B infiziert

Keine Häufung von Gonorrhoe und Syphilis

Keine Daten für Hepatitis C, Masern, Röteln

Malaria und Chagas sind ein Risiko bei Migranten aus Endemiegebieten

2015: 1,1 Millionen Flüchtlinge kommen nach Deutschland



In der folgenden Grafik ist der Bruttozugang seit Januar 2015 nach Monaten dokumentiert:

Bruttozugang von Flüchtlingen in Baden-Württemberg pro Monat seit Januar 2015



Quelle: Integrationsministerium Baden-Württemberg 2016

Anmerkung: Die Zugangszahlen sind höher als die Zahl der registrierten Asylantragsteller mit Verbleib in Baden-Württemberg, da einige Flüchtlinge über EASY in andere Bundesländer verteilt werden und andere auf eigene Faust in andere Bundesländer oder Länder weiterwandern.

Posttraumatic Stress Disorder

- Ca. 40% der Flüchtlinge erleben signifikante Traumata vor der Emigration
- Der größte Teil (> 80%) der Traumatisierten verarbeiten das Trauma spontan, wenn in Sicherheit
- PTSD bei ca. 9% der erwachsenen Flüchtlinge und 11% der Kinder

Quelle: CMAJ 2011, 183 (12)



Unzureichend behandelte Grunderkrankungen:

z. B. Bluthochdruck,
Diabetes, Rheuma

50% der Flüchtlinge haben ein
2-4 faches erhöhtes Risiko für
Diabetes mell. Typ 2

Quelle: CMAJ 2011, 183 (12)



Willkommen in Deutschland

Bild  Dung - LebensGefahr
KrankheitsMigration

HIV / AIDS



Meningitis



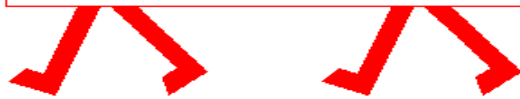
Poliomyelitis



Ebola



Malaria



Typhus



Mumps



Keuchhusten



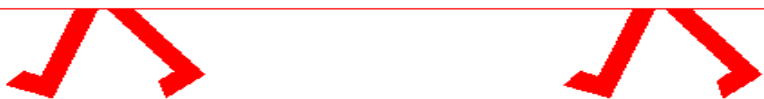
Diphtherie



Masern



Tuberkulose



Hepatitis



Krätze



Epidemiologisches Bulletin 38/15:

13 Infektionskrankheiten, die bei Asylsuchenden auftreten können

Für medizinisches Personal: Akut behandlungsbedürftige, für Deutschland ungewöhnliche Infektionskrankheiten, die bei Asylsuchenden auftreten können

Alter	Erkrankung (Pathogen)	Inkubationszeit	Symptome, klinische Hinweise			Mensch-zu-Mensch-Übertragung?	Ausbreitungsrisiko in deutschen Gemeinschaftseinrichtungen?	Gesetzliche Arzt-Meldepflicht an Gesundheitsamt	Auf dem Fluchtweg erwerbbar?	Vorkommen, Endemiegebiete					
			Fieber, allg. Krankheitsgefühl	Hautmanifestationen	Sonstige Hinweise und Symptome					Eritrea/Horn von Afrika	Subsahara-Afrika	Russ. Föd. u. Georgien	Pakistan u. Afghanistan	Syrien u. Irak	Länder des Westlichen Balkans
Alle Altersgruppen	Malaria (u. a. <i>Plasmodium falciparum</i>)	7–50 und mehr Tage, je nach Erreger	Ja; Fieber in Schüben	Nein	Oft auch gastrointestinale Symptome	Nein	Nein	(nur Labor)	Nur in Endemie-ländern	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein
	Läuserückfallfieber (<i>Borrelia recurrentis</i>)	5–15 Tage	Ja; Fieber in Schüben	Kratzspuren; Petechien möglich	Ggf. akuter Kleiderlausbefall; häufig neurologische Symptome, Ikterus	Nein	Gering (via Kleiderlaus)	(nur Labor)	Ja	Ja	Selten, nur Sudan	Nein	Selten	Nein	Nein
	Fleckfieber/Flecktyphus (<i>Rickettsia prowazekii</i>)	1–2 Wochen	Ja; Fieber in Schüben	Kratzspuren; makulöses Exanthem, teilw. konfluierend (bevorzugt am Rumpf)	Ggf. akuter Kleiderlausbefall; im Verlauf Somnolenz	Nein	Gering (via Kleiderlaus)	(nur Labor)	Ja	Ja	Zentral- und Ostafrika	Selten	Ja	Selten	Nein
	Typhus (<i>Salmonella</i> Typhi)	3–60 Tage, meist 8–14 Tage	Ja; kontinuierliches Fieber	Selten Roseolen (meist am Bauch)	Gebülhtes Abdomen, Obstipation, Somnolenz, oft relative Bradykardie	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod* (+ Labor)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein
	Amöbenleberabszess (<i>Entamoeba histolytica</i>)	Tage bis Monate	Ja	Nein	Schmerzen in Lebergegend	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel	Nein (Labor in MV, SN, TH†)	Ja	Ja	Zentral- und Ostafrika	Selten, nur Georgien	Ja	Selten	Selten
	Viszerale Leishmaniose (<i>Leishmania</i> -Protozoen)	2–6 Monate oder länger	Ja	Nein	Verlauf akut oder subakut; Hepatosplenomegalie, Panzytopenie	Nein	Nein	Nein*	Ja	Ja	Teile Ostafrikas	Selten, nur Georgien	Selten	Vor allem Irak	Selten
	Lassafieber (Lassavirus)	6–21 Tage	Ja	Eher nein	Hämorrhagien möglich	Ja, inkl. nosokomial	Möglich (vor allem im pflegerischen Kontext)	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod* als häm. Fieber (+ Labor)	Nur in Endemie-ländern	Nein	Nur Westafrika (inkl. Nigeria)	Nein	Nein	Nein	Nein
	Krim-Kongo-Fieber (CCHF-Virus)	1–12 Tage	Ja; meist kontinuierlich hohes Fieber	Petechien häufig	Relative Bradykardie, Durchfall möglich	Ja, inkl. nosokomial	Möglich (vor allem im pflegerischen Kontext)	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod* als häm. Fieber* (+ Labor)	Nur in Endemie-ländern	Nur Äthiopien	Ja	Ja	Ja	Nur Irak	Ja
	Meningitis durch <i>Neisseria meningitidis</i>	1–12 Tage	Ja	Häufig Petechien, Eckchymosen	Nackensteifigkeit, Somnolenz	Ja	Ja	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod*	Ja		Vor allem Sahelzone				
	Leptospirose (<i>Leptospira interrogans</i>)	Meist 5–14 Tage	Ja	Selten	Ikterus mit konjunktivalen Injektionen, Meningitiszeichen, Bluthusten	Nein	Nein	(nur Labor)	Ja						
	Tetanus (<i>Clostridium tetani</i>)	Meist 3–14 Tage	Selten Fieber	Nein	Schmerzhafte Spasmen, Rissus sardonius, Trismus, Dysphagie	Nein	Nein	Ja, in MV, SN, TH† Erkrankung und Tod	Ja						
	Tuberkulöse Meningitis (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>)	Wochen bis Monate	Ja	Nein	Somnolenz, Kopfschmerz, Bewusstseinsstörungen, tw. Nackensteifigkeit	Ja (Kleinkinder i. d. R. nicht infektiös)	Ja (Kleinkinder i. d. R. nicht infektiös)	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod* (+ Labor)	Ja		Weitverbreitet vorkommend				
	Andere bakterielle Meningitiden (z. B. durch <i>Haemophilus influenzae</i> b)	Wenige Tage	Ja	Nein	Nackensteifigkeit, Somnolenz	Unter ungeimpften Kindern	Unter ungeimpften Kindern	(nur Labor)	Ja						



Malaria

Läuserückfallfieber

Fleckfieber

Typhus

Amöbenleberabszess

Viszerale Leishmaniose

Lassafieber

Krimkongofieber

Meningitis (Neisseria)

Leptospirose

Tetanus

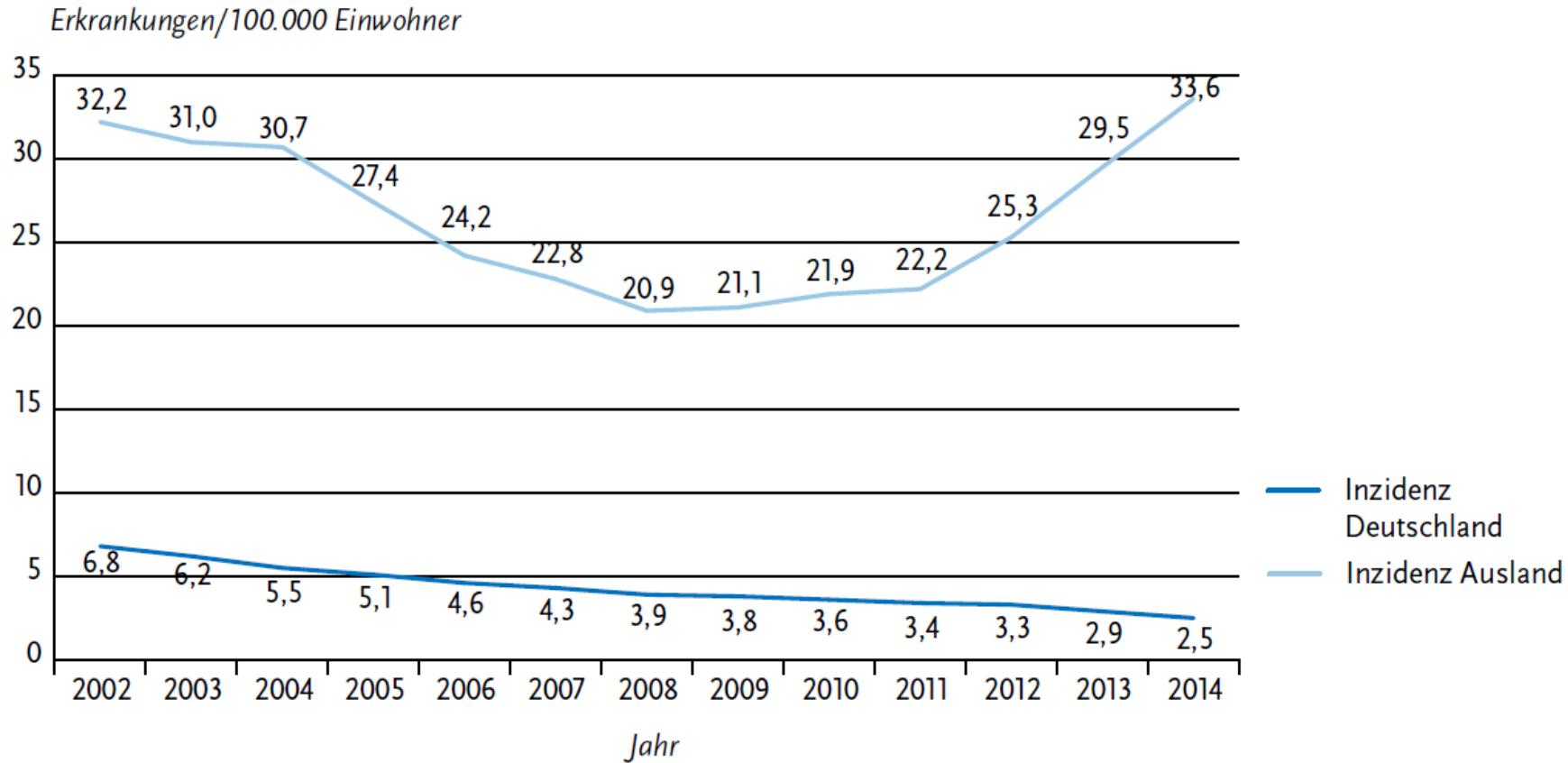
Tuberkulöse Meningitis

Andere bakt. Meningitiden

Kommt mit den Flüchtlingen die Tuberkulose?



Abb. 19:
Zeitlicher Verlauf der Tuberkulose-Inzidenz von 2002–2014 getrennt nach deutschen und nicht deutschen Staatsbürgern



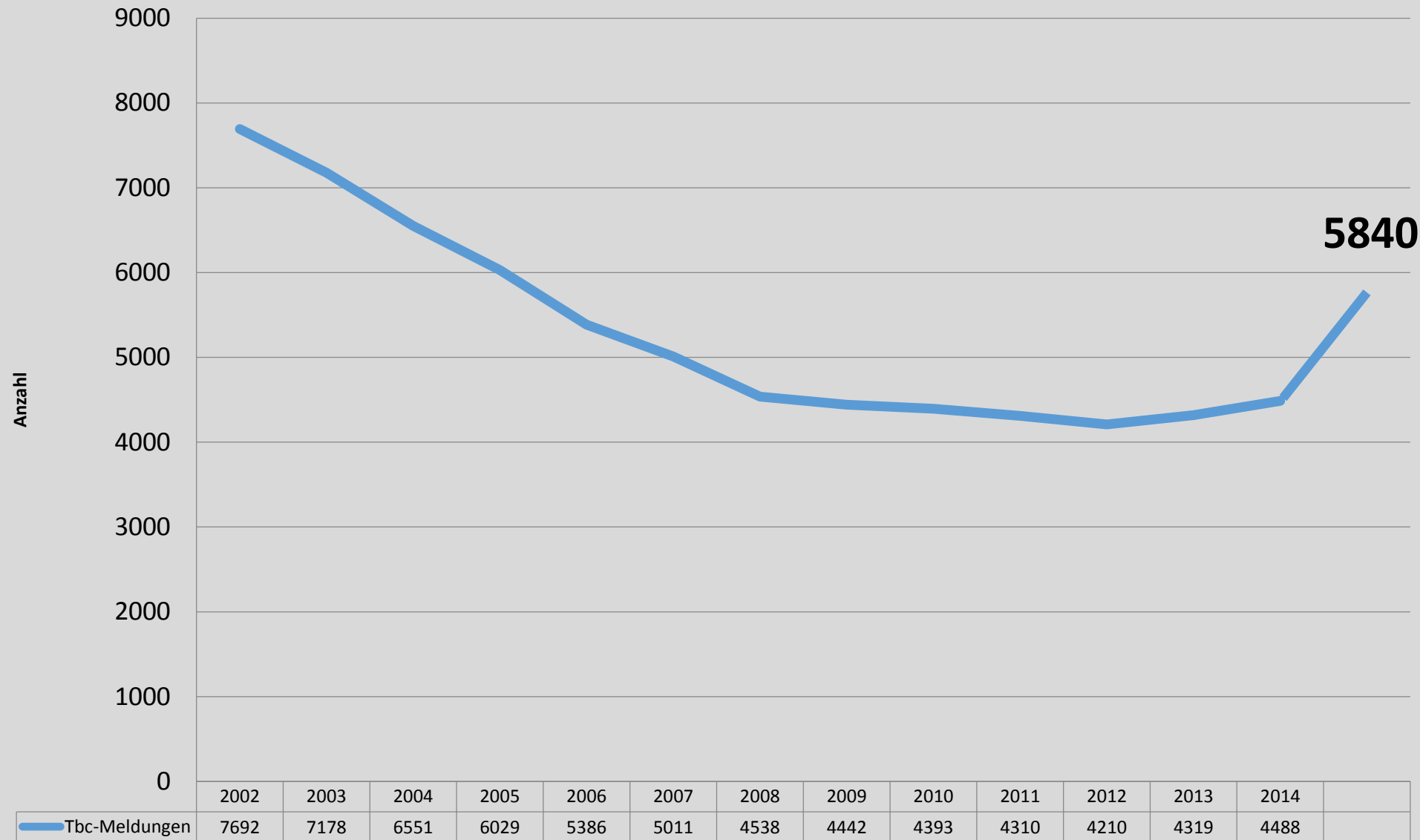
Gesamtinzidenz 2014:
5,6

Quelle:
RKI Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland 2014



Thorax-Röntgenuntersuchungen bei Asylsuchenden gemäß 36 Absatz 4 IfSG

Tbc-Meldungen (2002 - 2015)



Quelle:
Epid. Bull.
3 / 2016

Quelle: RKI Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland 2014

Tagung zum Welttuberkulosestag 2016

Tuberkulose und Migration

14. März 2016 / 9.30 - 17.30 Uhr

Kaiserin Friedrich-Haus, Berlin

„Malaria-Alarm! – Flüchtlinge lösen Großeinsatz aus“

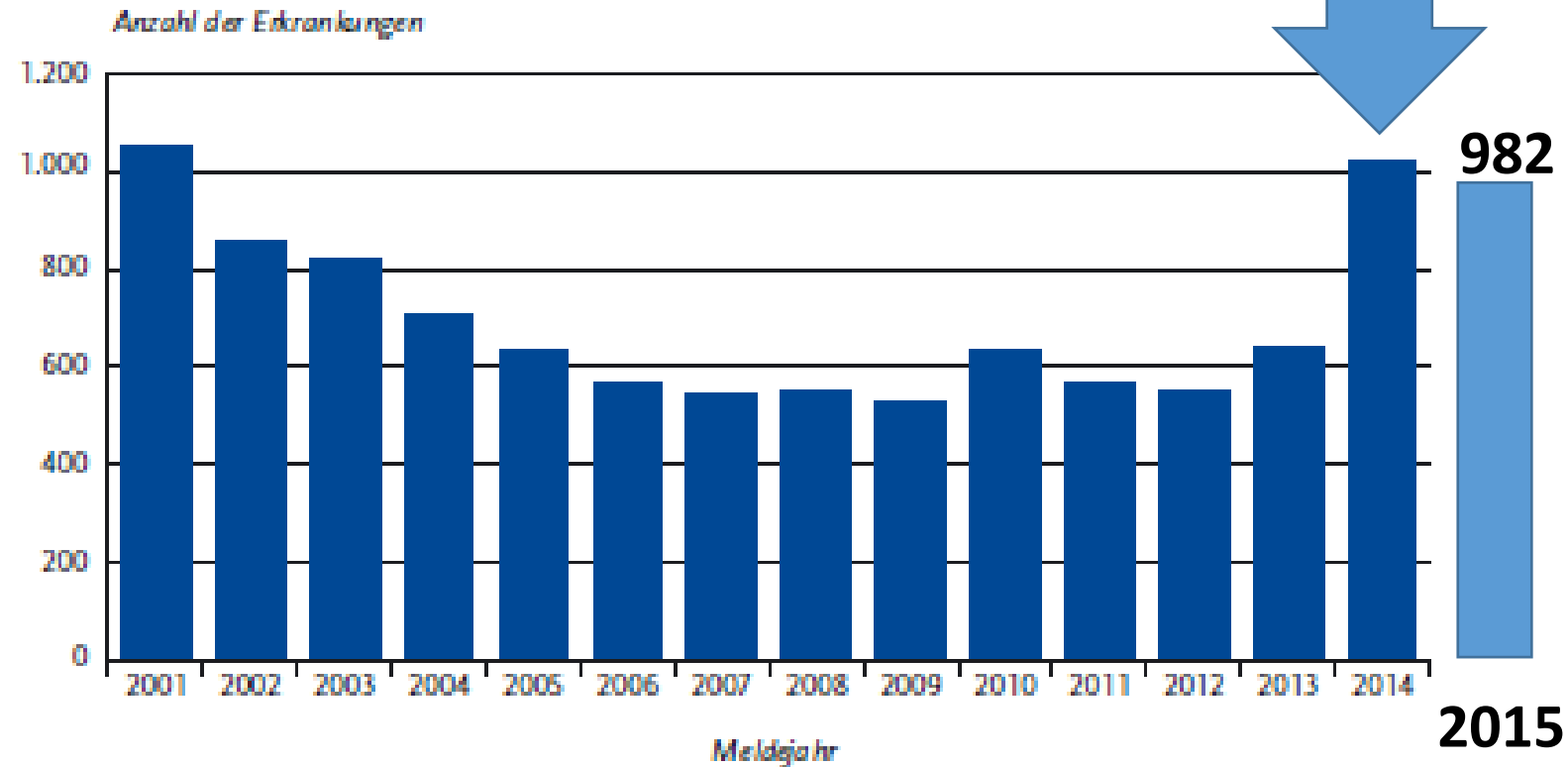
<http://blaulichtreport-saarland.de/2014/05/malaria-alarm-fluechtlinge-loesen-grosseinsatz-aus/>



> 50% aus Somalia und Eritrea
(P. vivax / Malaria tertiana)

Abb. 6.33.11:

Gemeldete Malaria-Erkrankungen nach Meldejahr, Deutschland, 2001 bis 2014



Jan. – Nov. 2015

Quelle: Epid. Bull 5/2016

Malaria	Anstieg 2014, kein Anstieg 2015
Läuserückfallfieber (Borrelia recurrentis)	
Fleckfieber	0
Typhus	Kein Anstieg: 58 (2014) / 63 (2015)
Amöbenleberabszess	Nicht meldepflichtig
Viszerale Leishmaniose	Nicht meldepflichtig
Lassafieber	0
Krimkongofieber	0
Meningitis (Neisseria)	
Leptospirose	Kein Anstieg: 160 (2014) / 86 (2015)
Tetanus	Nicht bundesweit meldepflichtig
Tuberkulöse Meningitis	Anstieg 2015 (Tbc-Meldungen !) s. oben
Andere bakt. Meningitiden	(Nicht meldepflichtig)

[RKI: Bericht Asylsuchende 2016-01-06](#)

Epid. Bull. 3/2016

Epid. Bull. 3/2016

Epid. Bull. 3/2016

Epid. Bull. 3/2016

[RKI: Bericht Asylsuchende 2016-01-06](#)

Epid. Bull. 3/2016

Dem Robert Koch-Institut übermittelte meldepflichtige Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden in Deutschland

40. – 53. Kalenderwoche, 2015. Stand: 06. Januar 2016

Da sich derzeit eine relativ stabile epidemiologische Situation zeigt, plant das RKI diese Daten in Zukunft in monatlichen Berichten zu veröffentlichen. Der nächste Bericht wird Mitte Februar veröffentlicht und die Daten für die Meldewochen im Januar 2016 beinhalten.

Tab. 1: Anzahl der übermittelten Fälle bei Asylsuchenden nach Übermittlungskategorie (40. bis 53. Kalenderwoche 2015, n = 2.347)

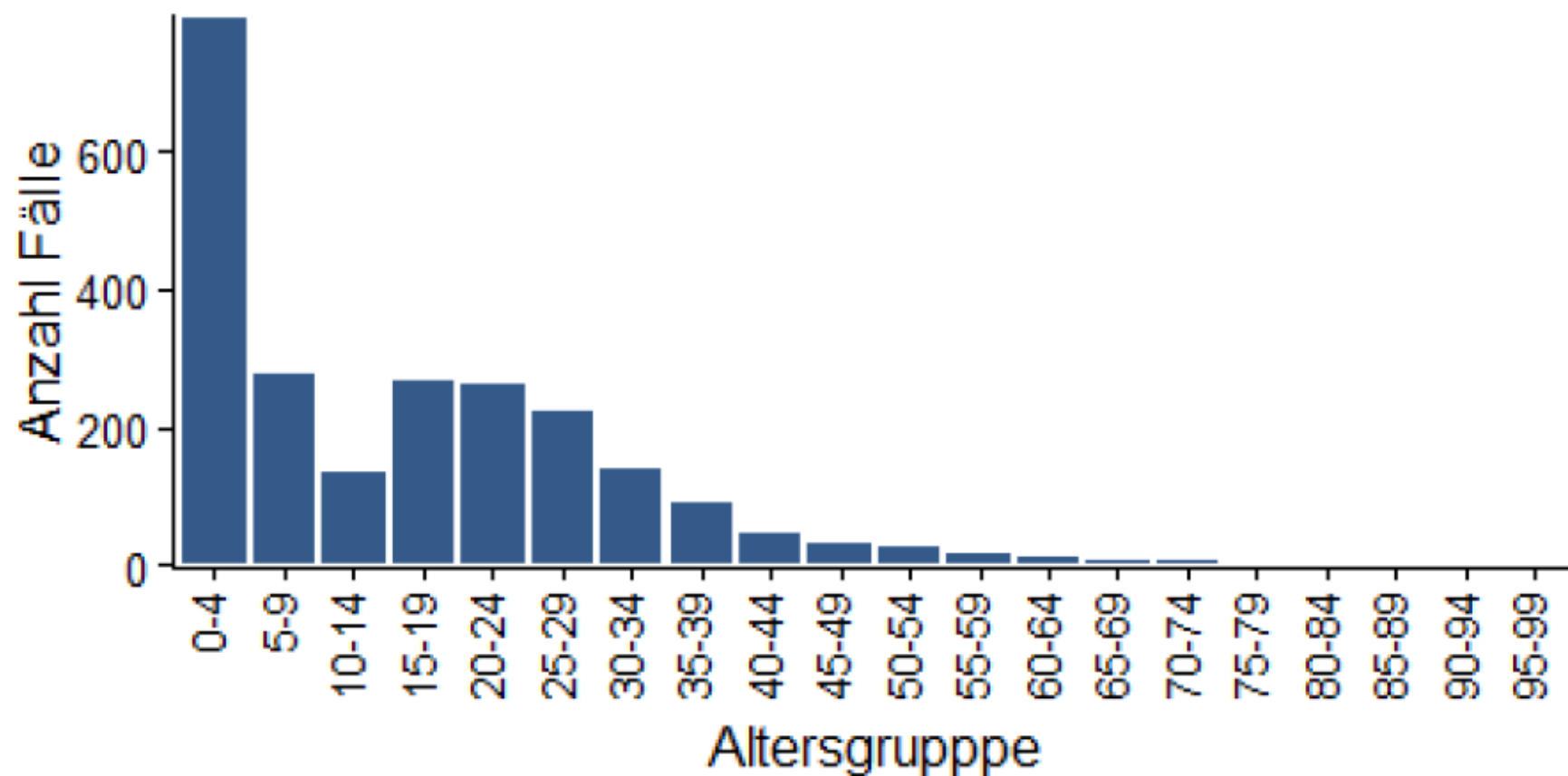
Übermittlungskategorie	Kumulierte Anzahl Fälle	53. Kalenderwoche
Windpocken	684	38
Tuberkulose ⁺	380	10
Hepatitis B [*]	261	19

Rotavirus-Gastroenteritis	257
Norovirus-Gastroenteritis	221
Influenza	168
Hepatitis A	105
Hepatitis C*	85
Giardiasis*	52
Shigellose*	24
<i>Campylobacter</i> -Enteritis	19
Läuserückfallfieber	18
Salmonellose*	16
Typhus	9
Mumps	8
Kryptosporidiose	7
MRSA, invasive Infektion	7
Keuchhusten	6

Masern	5
Brucellose	3
Meningokokken, invasive Erkrankung	3
Adenovirus-Konjunktivitis	2
EHEC-Erkrankung	2
Diphtherie	1
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Erkrankung	1
Hantavirus-Erkrankung	1
Legionellose	1
Yersiniose*	1

**Krankheiten auf die, bundesweit⁺ oder in einigen Bundesländern*, während der Erstaufnahme gezielt untersucht wird*

Abb. 2: Anzahl der übermittelten Fälle bei Asylsuchenden nach Altersgruppe (40. bis 53. Kalenderwoche 2015, n = 2.347, Medianes Alter: 13 Jahre)

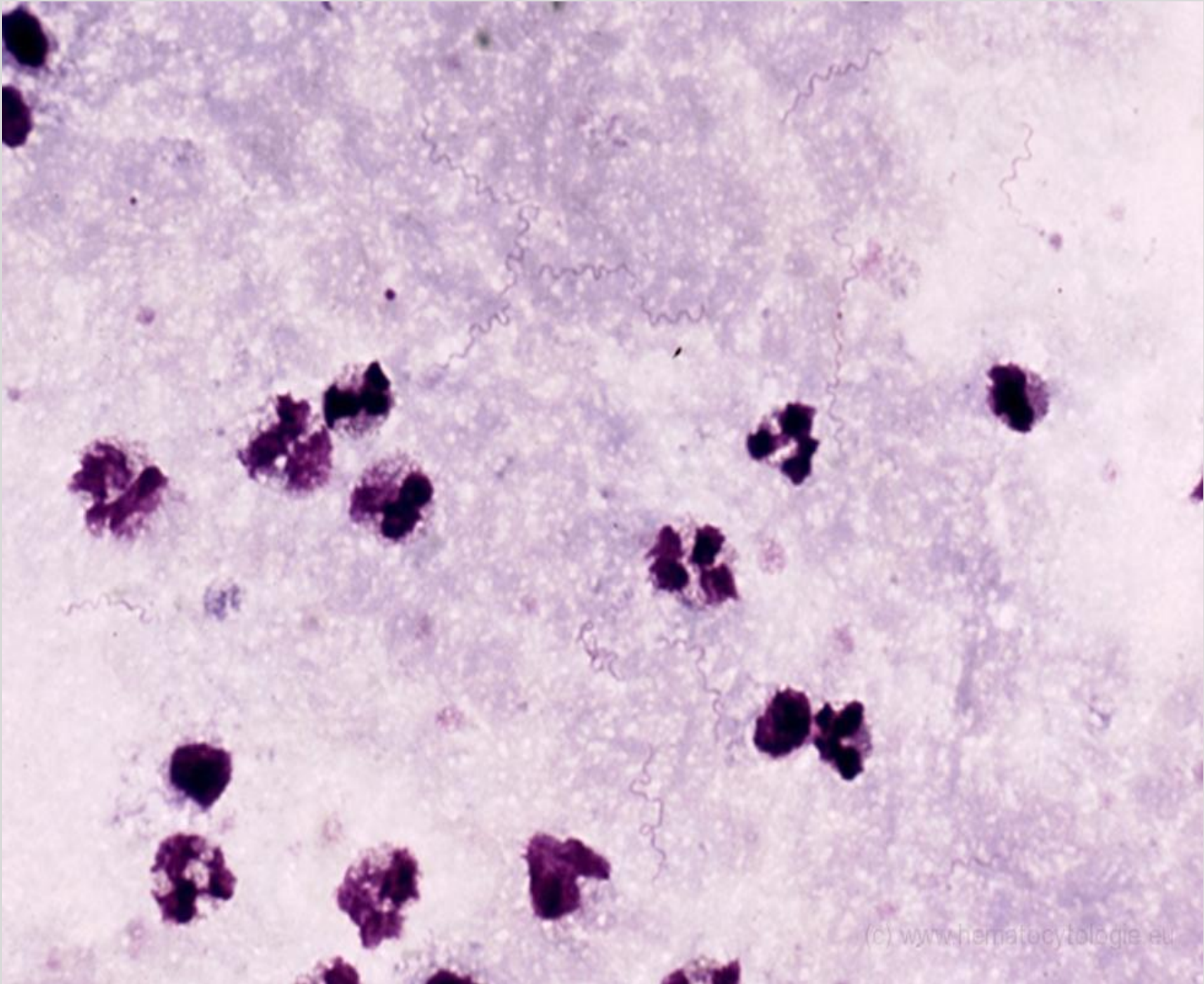


FAZIT

- keine Häufung von exotischen oder tropenmedizinischen Infektionen
- häufigeres Auftreten von Tuberkulose und impfpräventablen Infektionen (z. B. Windpocken, Hep. B)
- im Vordergrund sind „klassische Infektionskrankheiten“ z. B. akute respiratorische Infekte und Magen-Darm-Infektionen



Borrellia recurrentis



Windpocken



Sarcoptes scabiei
(Krätzmilbe)



Vielen Dank



Tübingen, März 2016