



[Startseite](#)   [Infektionskrankheiten A-Z](#)   [Tuberkulose](#)

[Untersuchung auf Tuberkulose bei asylsuchenden Kindern und Jugendlichen < 15 Jahre](#)

## **Untersuchung auf Tuberkulose bei asylsuchenden Kindern und Jugendlichen < 15 Jahre**

Stellungnahme des Robert Koch-Instituts

### **Hintergrund**

Gemäß § 36 Absatz 4 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) haben Personen, die in eine Gemeinschaftsunterkunft für Flüchtlinge oder Asylsuchende aufgenommen werden sollen, ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind. Das Zeugnis muss sich bei Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben (mit Ausnahme von Schwangeren), auf eine Röntgenaufnahme der Lunge stützen. Für Kinder und Jugendliche, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, führt das Gesetz nicht weiter aus, auf welche Untersuchungen sich das ärztliche Zeugnis zu stützen hat.

Nach § 62 Absatz 1 Asylgesetz (AsylG) bestimmt die oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle den Umfang der Untersuchung und den Arzt, der die Untersuchung durchführt.

Aufgrund ihrer Herkunft sowie durch Exposition während der Flucht und bei Aufenthalt in Gemeinschaftsunterkünften besteht für Asylsuchende < 15 Jahren ein erhöhtes Risiko einer Ansteckung mit Tuberkulose (TB). Die im Rahmen der Untersuchung nach § 36 Absatz 4 IfSG detektierten Fälle bei Erwachsenen belegen eine potenzielle Exposition auch der Kinder und Jugendlichen. In den Erstaufnahmeeinrichtungen wie auch in Gemeinschaftsunterkünften leben Asylsuchende über längere Zeit oftmals eng zusammen. In dieser Situation besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Übertragung in diesen Einrichtungen. Bei Kindern und Jugendlichen wird zudem der rasche Besuch von Kindergärten und Schulen angestrebt. Unerkannte Tuberkulosen bergen das Risiko der Transmission in die Allgemeinbevölkerung und lösen - oftmals umfangreiche - Umgebungsuntersuchungen aus.

Eine fachliche Bewertung des Vorgehens bei Kindern und Jugendlichen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wurde von der Arbeitsgruppe [AWMF-Leitlinie "Tuberkulose im Kindes- und Jugendalter: Diagnostik, Prävention und Therapie"](#) unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) erarbeitet [1]. Ziel der Stellungnahme war es, die verfügbaren Methoden zum Ausschluss einer aktiven Lungentuberkulose bei asylsuchenden Kindern und Jugendlichen entsprechend § 36 Absatz 4 IfSG fachlich zu bewerten und die Wahl der bestmöglichen Methode entsprechend zu begründen. Die Stellungnahme basiert auf der vorliegenden Evidenz und den bestehenden Empfehlungen der DGPI und der Deutschen Akademie für Kinder und Jugendmedizin (DAKJ) und wird vom RKI mitgetragen. Darin wird geschrieben, dass generell das von Kindern ausgehende Risiko einer TB-Übertragung geringer als bei Erwachsenen ist. Es gibt jedoch keine wissenschaftliche Evidenz für eine Altersgrenze, ab der eine TB-Ansteckungsgefahr ausgeschlossen werden kann.

Tuberkulosekranke Kinder zeigen oftmals keine typischen oder gar keine Symptome und nur unspezifische Befunde. Insbesondere bei Kindern < 5 Jahren, die ein besonders hohes Risiko schwerer Erkrankungen haben, ist die Symptomatik der TB häufig unspezifisch. Unter Berücksichtigung der eingeschränkten Sensitivität und Spezifität eines symptom- oder röntgenthoraxbasierten Screenings bei Kindern und Jugendlichen sowie dem empfohlenen restriktiven Umgang mit ionisierender Strahlung in diesem Alter wird in der Stellungnahme der AWMF-Leitliniengruppe als 1. Schritt zur Identifizierung von Kindern und Jugendlichen für weitergehende Untersuchungen auf aktive TB eine immunodiagnostische Untersuchung mittels Tuberkulinhauttest (THT) bzw. Interferon-Gamma Release Assay (IGRA) für alle asylsuchenden Kinder und Jugendlichen < 15 Jahre für die

Untersuchung nach § 36 Absatz 4 empfohlen.

Die aktuell verfügbaren immunodiagnostischen Testverfahren sind imperfekt, aber derzeit alternativlos, um nicht infizierte Kinder und Jugendliche, bei denen keine weiteren Untersuchungen zum Ausschluss einer Tuberkulose erforderlich sind, von infizierten und potenziell erkrankten zu unterscheiden. Entscheidend für den beabsichtigten Ausschluss einer TB ist der negative prädiktive Wert (d.h. bei negativem Test liegt keine Infektion vor; je geringer die Infektionsprävalenz, desto höher ist der NPW), welcher als hoch angenommen werden kann. THT und IGRA werden hier nicht mit dem Ziel der Diagnose einer latenten tuberkulösen Infektion (LTBI) eingesetzt. Da sie nicht zwischen einer LTBI und einer aktiven Tuberkulose unterscheiden, stellt die Immundiagnostik eine vorgeschaltete Untersuchung dar, um gezielt weiterführend auf aktive TB zu untersuchen (Reduktion der Strahlenbelastung von nicht-infizierten Kindern durch Thoraxröntgen).

Bei positivem Testergebnis soll eine weitere Abklärung zum Ausschluss einer Tuberkulose gemäß bestehender nationaler Empfehlungen erfolgen. Für die Therapie bei Nachweis einer Erkrankung und auch für das Management einer latenten tuberkulösen Infektion gelten die bestehenden Empfehlungen.

Die Zahl der Asylsuchenden, die nach Deutschland kommen, ist seit 2014 deutlich gestiegen. Dies ist mit einer Vielzahl von Herausforderungen verbunden. Die Machbarkeit fachlich gebotener Maßnahmen kann aus verschiedenen Gründen an Grenzen stoßen, sodass Wege für eine verantwortbare Umsetzung gefunden werden müssen. In Anerkennung dessen äußern sich zu Implementierung und Umsetzung auch bzgl. der genannten Untersuchung gemäß § 36 Absatz 4 IfSG die DGPI, die Gesellschaft für Tropenpädiatrie und Internationale Kindergesundheit (GTP) und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) in ihrer Stellungnahme "Empfehlungen zur infektiologischen Versorgung von Flüchtlingen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland" [2].

## **Umsetzungsorientierter Vorschlag des RKI zum Vorgehen gemäß § 36 Absatz 4 IfSG bei asylsuchenden Kindern und Jugendlichen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:**

Der vorliegende umsetzungsorientierte Vorschlag berücksichtigt die beiden genannten Stellungnahmen der pädiatrischen Fachgesellschaften. Der Fokus liegt auf dem Ausschluss einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose, wie er gemäß § 36 Absatz 4 IfSG gefordert wird.

Basierend auf den fachlichen Empfehlungen schlägt das RKI folgendes Vorgehen vor:

- Falls sich in der aktuellen Situation die Empfehlung nicht direkt umsetzen lässt, alle Asylsuchenden < 15 Jahren mit THT oder IGRA als 1. Schritt zur Identifizierung von Kindern und Jugendlichen für weitergehende Untersuchungen auf aktive TB zu untersuchen, kann zeitlich priorisiert untersucht werden.
  - Vorrangig untersucht werden sollten
    - Kinder und Jugendliche mit gesichertem Kontakt zu einer an offener Lungentuberkulose erkrankten Person (hier greifen die Empfehlungen für die Umgebungsuntersuchungen bei Tuberkulose [3])
    - Klinisch auffällige Kinder und Jugendliche
  - Später untersucht werden können
    - Klinisch unauffällige Kinder und Jugendliche ohne gesicherten Kontakt zu einer an offener Lungentuberkulose erkrankten Person. Dies wird aufgrund der geringeren Infektiosität tuberkulosekranker Kinder und der angenommenen geringen Tuberkuloseprävalenz für vertretbar gehalten (ansonsten frühere Vorstellung zur Untersuchung/Abklärung, s.o.--siehe oben). Die Untersuchung sollte möglichst zeitnah nachgeholt werden, solange die Kinder und Jugendlichen in Gemeinschaftsunterkünften untergebracht sind.
- Wichtig sind Dokumentation (auch nicht durchgeführter Untersuchungen) und Befundweitergabe, auch an die Untersuchten, für evtl. nachfolgende medizinische Kontrollen bzw. nachzuziehende Untersuchungen.
- Grundsätzlich ist es wichtig, dass alle, die mit der medizinischen Untersuchung und Versorgung

asylsuchender Kinder und Jugendlicher befasst sind, für Tuberkulose und ihr mögliches Auftreten auch unabhängig von der Erstaufnahmeuntersuchung sensibilisiert sind.

## Referenzen

[1] Tuberkulosescreening bei asylsuchenden Kindern und Jugendlichen < 15 Jahren in Deutschland. Stellungnahme der Arbeitsgruppe AWMF-Leitlinie Tuberkulose im Kindes- und Jugendalter: Diagnostik, Prävention und Therapie unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie. Monatsschr Kinderheilkd 2015;163:1287-1292;  
abrufbar unter <http://link.springer.com/article/10.1007/s00112-015-0007-5>

[2] Empfehlungen zur infektiologischen Versorgung von Flüchtlingen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, der Gesellschaft für Tropenpädiatrie und Internationale Kindergesundheit und des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte. Monatsschr Kinderheilkd 2015;163:1269-1286;  
abrufbar unter <http://link.springer.com/article/10.1007/s00112-015-0003-9#page-1>

[3] Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose: Neue Empfehlungen für die Umgebungsuntersuchungen bei Tuberkulose. Pneumologie 2011; 65:359-378;  
abrufbar unter <http://www.pneumologie.de/fileadmin/pneumologie/downloads/Empfehlungen/s-0030-1256439.pdf?cntmark>

Stand: 16.12.2015

---