

Paediatr Paedolog 2016 · 51:51–58
 DOI 10.1007/s00608-016-0351-2
 Online publiziert: 18. April 2016
 © Springer-Verlag Wien 2016



Nicole Grois^{1,2} · Herbert Auer^{3,6} · Ina Beeretz^{1,5} · Beatrix Blaha-Hauser¹ · Othmar Fohler¹ · Anneliese Forstner¹ · Christine Fröhlich¹ · Andrea Grisold⁵ · Martina Huemer² · David Kasper⁴ · Herwig Kollaritsch^{3,6} · Barbara Roithner-Kolarik¹ · Volker Strenger⁵ · Raphael Ulreich⁵ · Ursula Wiedermann³

¹ Arbeitsgruppe Flüchtlingskinder, Politische Kindermedizin, Wien, Österreich

² Referat Transkulturelle Pädiatrie, Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde, Salzburg, Österreich

³ Institut für Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin, Universität Wien, Wien, Österreich

⁴ Screening- und Stoffwechsellabor, Univ. Kinderklinik Wien, Wien, Österreich

⁵ Arbeitsgruppe Pädiatrische Infektiologie, Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde, Salzburg, Österreich

⁶ Österreichische Gesellschaft für Tropenmedizin, Parasitologie & Migrationsmedizin, Wien, Österreich

Empfehlungen für medizinische Maßnahmen bei immigrierenden Kindern und Jugendlichen

Referat für Transkulturelle Pädiatrie, Arbeitsgruppe Pädiatrische Infektiologie der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde und Arbeitsgruppe Flüchtlingskinder der Politischen Kindermedizin

Die aktuell rapide zunehmende Zahl an Flüchtlingen, darunter viele Kinder und Jugendliche, die in Österreich einreisen, stellt eine große Herausforderung für die medizinische Versorgung dar. Benötigt werden eine Akutversorgung an den Grenzübergängen oder in den Notquartieren, gesetzlich vorgeschriebene Erstuntersuchungen, meist in Erstaufnahmestellen oder Verteilerquartieren sowie Nachfolgeuntersuchungen, meist bei niedergelassenen Allgemeinmedizinern, Kinderfachärzten oder in Spitalsambulanzen.

Die folgenden Empfehlungen für Ärzte, die an unterschiedlichen Stel-

len in die medizinische Betreuung von Flüchtlingskindern und -jugendlichen involviert sind, sollen eine klare Anleitung geben und darstellen, wie auf den verschiedenen Ebenen der Versorgung vorzugehen ist. Diese berücksichtigen die „Empfehlungen zur infektiologischen Versorgung von Flüchtlingen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland“ sowie die aktuellen Verordnungen des Bundesministeriums für Gesundheit und wurden von der Arbeitsgruppe in praktische Ratschläge gefasst. Diese stellen eine Anleitung zur rationalen Diagnostik und Therapie sowie Prävention dar, um einen möglichst guten Gesundheitszustand der Flüchtlingskinder und -jugendlichen zu gewährleisten und ansteckende oder in Österreich wenig bekannte Krankheiten festzustellen und deren Verbreitung und Folgen zu minimieren. Beides ist wichtig

für eine gute Integration in Kindergarten, Schule oder sonstige Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnisse.

Den österreichischen Behörden wurde die dringende Einführung eines *Migrantengesundheitspasses* empfohlen zur Dokumentation von durchgeführten Untersuchungen, Therapien, Impfungen und relevanten Diagnosen. In Deutschland gibt es schon ähnliche Unterlagen, wie das Bremer Gesundheitsheft, die Checkliste Erstuntersuchung Flüchtlinge Aachen oder das Tipdoc-Gesundheitsheft. Dieser Migrantengesundheitspass sollte den Kindern und Jugendlichen möglichst bald nach Einreise bzw. spätestens bei der Erstuntersuchung ausgestellt werden und zur Sicherstellung des Informationsflusses bei jedem Arztbesuch mitgebracht werden. Bis dieser offizielle Pass zu Verfügung steht, sollten die Ärzte

Alle Autoren haben zu gleichen Teilen beigetragen. Die Auflistung erfolgt in alphabetischer Reihenfolge.

Literatur bei den Verfassern

auf die von der Arbeitsgruppe erstellte *Kommunikationsmappe* zurückgreifen (Download siehe: *Nützliche Links*).

Bei der Erarbeitung der Richtlinien wurden medizinisch wichtige und sinnvolle Maßnahmen vorgeschlagen. Die Umsetzung ist in der Realität teilweise aufgrund organisatorischer Probleme schwierig, ebenso ist die Finanzierung der hier empfohlenen Maßnahmen und Impfungen noch nicht restlos geklärt und Gegenstand von Verhandlungen der Behörden.

Akutversorgung

Diese findet sofort nach Ankunft an den Grenzübergängen, Bahnhöfen, in den Notambulanzen oder Krankenhäusern statt. Transitflüchtlinge sind nicht versichert. Asylwerber sind nach Antragstellung und Aufnahme in die Grundversorgung versichert.

- Kurze Eigenanamnese und Anamnese über Krankheiten von Kontaktpersonen und Familienanamnese
- Körperliche Untersuchung
- Akutbehandlung
- Empfohlen ist eine *Kurzdokumentation relevanter Diagnosen und Therapien*, die dem Patienten auszuhandigen ist, zur Information für weiter behandelnde Ärzte (siehe *Nützliche Links*)

Erstaufnahmeuntersuchungen

Bei jedem Erstkontakt mit Flüchtlingskindern ist zu hinterfragen, ob eine Erstuntersuchung schon stattgefunden hat.

Diese Untersuchungen sind bei Asylwerbern gesetzlich vorgeschrieben (gemäß Art. 6 Abs. 1 Z 4 der Grundversorgungsvereinbarung – Art. 15a B-VG, Bund-Länder) und sollten umgehend nach Ankunft in den Erstaufnahmestellen und Verteilerquartieren durchgeführt werden. Aufgrund des hohen Zustromes von Asylwerbern sind diese in vielen unterschiedlichen Quartieren untergebracht, in welchen die Durchführung der Erstuntersuchungen unterschiedlich geregelt ist und von unterschiedlichen Ärzten geleistet wird.

Bei jedem Arztkontakt sollte nach Möglichkeit die Erstuntersuchung erfol-

gen oder nachgeholt werden, Impfungen angeboten werden und die *Kommunikationsmappe* angelegt werden.

Allgemein

Anamnese

mit Dolmetsch, mehrsprachige Anamnesebögen zum Download (siehe: *Nützliche Links*):

- Eigenanamnese
- Familienanamnese
- Detaillierte Anamnese über Krankheiten von Kontaktpersonen
- *Impfstatus* (siehe Abschnitt *Impfstatus*)

Altersangaben können insbesondere bei Jugendlichen fehlerhaft sein (Internationale Wachstumskurven siehe *Nützliche Links*).

Klinische Untersuchung

- Körpergewicht, Größe, Perzentile
- Status: Die Vorgabe des BMG gemäß Art 6 Abs. 1 Z 4 der Grundversorgungsvereinbarung vom 14.10.2015 empfiehlt eine sehr knappe klinische Untersuchung mit Fokus auf Kopf, Hals und Hände. Das ist aus pädiatrischer Sicht bei Kindern nicht vertretbar. Es sollte nach Möglichkeit immer ein kompletter Status erhoben werden. Besonderes Augenmerk ist auf Verletzungen und Misshandlungsspuren zu legen (Dokumentation!)

Spezifische Diagnostik

Für Untersuchungen bei speziellen Indikationen siehe [Tab. 1](#).

Tuberkuloseuntersuchung

Medizinisch wünschenswert ist ein Tuberkulosescreening gemäß der *Österreichischen Leitlinie zur Tuberkulose – Umgebungsuntersuchung* des BMG vom Februar 2013. Da die Durchführbarkeit dieser Leitlinie aufgrund der aktuellen Situation nicht realistisch gewährleistet ist, wurde vom BMG im Oktober 2015 eine pragmatische Verordnung herausgegeben. Gemäß dieser aktuellen Verordnung sollen *alle Kinder und Jugendlichen über sechs Jahre einem Lun-*

genröntgen (Thoraxröntgen p. a.) unterzogen werden. Bei Kindern unter sechs Jahren werden aufgrund der Strahlenbelastung routinemäßig keine Röntgenuntersuchung durchgeführt und nicht immunologisch untersucht, weil das Ablesen des Hauttests aus organisatorischen Gründen (Weiterreise, Adressänderung) oft schwierig ist und Kinder bekanntermaßen keine relevante Quelle für Tuberkuloseübertragungen sind. Wenn bei Familienangehörigen oder engen Kontaktpersonen dieser Kinder eine Tuberkuloseerkrankung festgestellt wurde oder bei klinischem Verdacht, sind auch Kinder unter sechs Jahren im Rahmen einer Umgebungsuntersuchung gemäß der Leitlinie Umgebungsuntersuchungen des BMG zuzuführen. Außerdem ist besonderes Augenmerk auf die Erkennung von Tuberkulosesymptomen (persistierender Husten, Gewichtsverlust und Müdigkeit, Lymphadenopathie) zu legen.

In Verdachtsfällen ist – unabhängig von den Vorgaben für das Tuberkulose-Screening – eine entsprechende Abklärung in einer spezialisierten Kinderklinik oder Kinderabteilung mit Erfahrung in Tuberkulosedagnostik und -therapie durchzuführen. Sofern nicht geklärt werden kann, ob eine Lungenröntgenuntersuchung tatsächlich bereits durchgeführt wurde (z. B. bei „Privatgehern“), ist im Zweifelsfall eine Lungenröntgenuntersuchung seitens der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden zu veranlassen. Sollte eine Röntgenuntersuchung bei einem niedergelassenen Radiologen oder einem radiologischen Institut stattgefunden haben, so ist der Befund der Gesundheitsbehörde vorzulegen.

Antiparasitäre Therapie

I. Scabies (Krätzmilbe) ist hochansteckend. Primär wird die übliche Behandlung mit 5%igem Permethrin als topische Creme empfohlen. Aufgrund von Verständnisschwierigkeiten und beschränktem Zugang zu sanitären Einrichtungen in den Notquartieren ist die topische Therapie oft nicht durchführbar. Daher wird in solchen Fällen eine systemische

Therapie mit Ivermectin (Stromectol, Mectizan) in Tablettenform empfohlen.

5%iges Permethrin (Infectoscab®).

Vorteil: Wirkstoff topisch verwendbar
 Nachteil: Einwirkzeit von mindestens acht Stunden notwendig
 Dosierung:
 – Kinder von 2 Monaten–5 Jahren: bis zu 7,5 g Creme (= ¼ Tube zu 30 g),
 – Kinder von 6–12 Jahren: bis zu 15 g Creme (= ½ Tube zu 30 g).

Nebenwirkungen: Pruritus, Hautrötungen, Missempfindungen auf der Haut (Prickeln, Stechen, Brennen, Hauttrockenheit)
 Risiko: Besondere Vorsicht bei Neugeborenen und Säuglingen unter zwei Monaten, bei Schwangerschaft, bei Überempfindlichkeit gegen Pyrethrum und Pyrethroide

Cave: Privatrezept! Kostenübernahme durch die Krankenkassen ist noch zu klären. Ivermectin (Stromectol®): 1 × 200 µg/kg KG. Ivermectin kann nur systemisch verabreicht werden
 Dosierung: 200 µg/kg KG oral
 Vorteil: einmalige Gabe
 Cave: Mectizan® und Stromectol® sind in Österreich nicht zugelassen und nur über die Internationale Apotheke erhältlich und zudem nicht immer lieferbar.

Nebenwirkungen: Durchfall, Schwindel und Übelkeit, allergische Reaktionen (Hautausschlag, Nesselsucht, Juckreiz, Schwierigkeiten beim Atmen, Engegefühl in der Brust, Schwellungen vom Mund, Gesicht, Lippen oder Zunge)
 Kontraindikationen: Überempfindlichkeit, während der Schwangerschaft und Stillzeit, sowie bei Kindern mit einem Körpergewicht unter 15 kg.

II. Zwergfadenwurm (Strongyloides stercoralis) wird mit mindestens drei Dosen Albendazol (Eskazole® 400 mg) nach Nachweis in Stuhluntersuchungen behandelt.

„Presumptive antiparasitic treatment“ – Präsumptive Therapie ist bis jetzt noch nicht von den Gesundheitsbehörden vorgeschrieben und wird noch diskutiert. Aufgrund der hygienischen Bedingun-

Paediatr Paedolog 2016 · 51:51–58 DOI 10.1007/s00608-016-0351-2
 © Springer-Verlag Wien 2016

N. Grois · H. Auer · I. Beeretz · B. Blaha-Hauser · O. Fohler · A. Forstner · C. Fröhlich · A. Grisold · M. Huemer · D. Kasper · H. Kollaritsch · B. Roithner-Kolarik · V. Strenger · R. Ulreich · U. Wiedermann

Empfehlungen für medizinische Maßnahmen bei immigrierenden Kindern und Jugendlichen. Referat für Transkulturelle Pädiatrie, Arbeitsgruppe Pädiatrische Infektiologie der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde und Arbeitsgruppe Flüchtlingskinder der Politischen Kindermedizin

Zusammenfassung

Die medizinische Versorgung von Flüchtlingskindern und -jugendlichen stellt eine große Herausforderung dar. Die vorliegenden Empfehlungen sollen eine praktische Hilfe bei der Diagnostik und Therapie für die involvierten ÄrztInnen darstellen, sind aber teilweise noch Gegenstand von Diskussion mit den Behörden.

Schlüsselwörter

Flüchtlingskinder · Medizinische Versorgung · Akutversorgung · Erstuntersuchungen · Nachfolgeuntersuchungen · Antiparasitäre Therapie · Impfungen · Psychotraumatologie

Suggestions for medical treatment of immigrating children and adolescents. Department of transcultural pediatrics, Pediatric infectology working group of the Austrian Society for Pediatrics, and working group for underaged refugees of the Political Pediatrics Society

Abstract

Health management of refugee children and adolescents is a huge challenge. Our guidelines are intended to give doctors a practical guide for diagnosis and management. These guidelines are under discussion with public authorities.

Keywords

Refugee children · Medical aid · Acute care · Entrance examination · Follow up examinations · Antiparasitic therapy · Vaccinations · Psychotraumatology

gen in den Herkunftsländern sowie auf der Flucht und auch in den Massenquartieren besteht die realistische Möglichkeit von Ausbreitung parasitärer Infektionen. Aus organisatorischen Gründen ist eine aufwendige Stuhlagnostik nicht möglich, daher sollte „auf Verdacht“ bei allen Ankömmlingen aus Risikoregionen wie Afrika, Mittlerer Osten (v.a. Somalia, Afghanistan) Asien (z.B. Burma, Nepal) eine präsumptive antiparasitäre Therapie gegen Spulwürmer, Hakenwürmer, Peitschenwürmer, Madenwürmer und Lamblien außer bei Vorliegen einer Kontraindikation überlegt werden.

III. Giardia lamblia Therapie. Lamblien sind in heute hohem Maße resistent gegen Metronidazol als Monotherapie und erfordern eine aufwendigere Behandlung.

Therapie der 1. Wahl
 Albendazol (Eskazole®) plus Metronidazol (Anaerobex®):

Jugendliche: 3 × 500mg Metronidazol plus 3 × 200mg Albendazole für 5–7 Tage;
 Kinder: Metronidazol: 15–30mg/kg/Tag auf 3 Einzeldosen verteilt, Albendazole: ~10mg/kg als Tagesdosis auf drei Einzeldosen verteilt. Therapiedauer 5–7 Tage.

Therapie 2. Wahl
 Tinidazol (Fasigyn®, Simplotan®) – bei suspekter Metronidazolresistenz aufgrund ähnlicher Wirkgruppen nicht geeignet, eventuell ebenfalls in Kombination mit Albendazol in Österreich nur über internationale Apotheke erhältlich;
 Nitazoxanid (Alinia®) – nur nach Erbringen des Nachweises, dass alle anderen Optionen wirkungslos waren, Antrag

Tab. 1 Untersuchungen bei spezieller Indikation

Tuberkuloseverdacht, Kontakt mit Tuberkuloseerkrankten	Überweisung an eine Spezialambulanz
Kinder unter 2 Jahren	Lues-Serologie
Anämie und/oder Splenomegalie und/oder Hämolyse, pos. Familienanamnese	Hämoglobinanalyse, Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenaseaktivität
Hauterscheinungen, Husten, Fieber	AK gegen Schistosomen-AG
Ödeme, Fieber, Lymphknotenschwellung, ZNS-Symptome	AK gegen <i>Trypanosoma cruzi</i> (Mittel-, Südamerika) oder <i>Trypanosoma brucei</i> (Afrika)
Splenomegalie und Fieber	AK gegen Leishmanien
Fieber und Herkunft aus Malariaendemiegebiet	„Dicker Tropfen“ und Blutausschick
Verdacht auf Parasiteninfektion	Stuhluntersuchung aus 3 Stuhlproben
Verdacht auf Hörverminderung	HNO-fachärztliche Untersuchung inklusive Hörprüfung
Verdacht auf eine Stoffwechsel- oder endokrine Störung	Neugeborenencreening Abnahme einer Trockenblutkarte (selbes Prozedere wie bei Neugeborenen) Vermerk auf der Karte; 1st Screening, Alter angeben Versand an das Österreichische Neugeborenen-Screening Labor

Tab. 2 Nachholempfehlungen für Kinder vom vollendeten 2. bis zum vollendeten 6. Lebensjahr

Diphtherie (DIP) Tetanus (TET) ev. Pertussis (PEA) Poliomyelitis (IPV) Hepatitis B (HBV)	3 Dosen	Sechsfachimpfstoff (Zulassung in Abhängigkeit vom Impfstoff bis 24 bzw. 36 Monate, Empfehlung wegen Nichtverfügbarkeit des Vierfachimpfstoffes zur Grundimmunisierung), 2. Dosis nach 2 Monaten, 3. Dosis nach 6–12 Monaten
Masern, Mumps, Röteln (MMR)	2 Dosen	Abstand mind. 4 Wochen
Pneumokokken (PNC)	1 Dosis	Bei ungeimpften Kindern im 3.–5. Lebensjahr
Hepatitis A (HAV)	2 Kinder-Dosen	vor Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen, Abstand mind. 6 Monate
Hepatitis B (HBV)	3 Dosen	im Rahmen der Sechsfachimpfung gemeinsam mit Di-Tet-aP-IPV-HiB siehe oben
Meningokokken B	2 Dosen	Abstand mind. 2 Monate
Meningokokken C	1 Dosis	Einmalig
FSME	3 Dosen	Abhängig vom verwendeten Impfstoff, siehe vorne
Varizellen bei negativer Varizellenanamnese	2 Dosen	Vor Eintritt in Gemeinschaftseinrichtungen, Abstand mind. 4 Wochen
Influenza	2 Dosen	Bei Erstimmunisierung 2 Impfungen, Abstand mind. 4 Wochen

bei Krankenkassen möglich, in Österreich nur über internationale Apotheke erhältlich

Cave: Die generelle Durchführung der antiparasitären Therapie ist noch mit den Gesundheitsbehörden zu klären und muss bis dahin im Einzelfall entschieden werden. Sollten die Medikamente nicht verfügbar sein, ist die zuständige Gesundheitsbehörde zu kontaktieren.

Antihelminthische Behandlung.

— Kinder < 2 Jahre und > 12 Monate

Dosierung: *Albendazol* (*Eskazole*®) 1 × 200 mg oral einmalig oder *Mebendazol* (*Pantelmin*®) 2 × 50 mg für 3 Tage

— Jugendliche und Kinder über 2 Jahre

Dosierung: *Albendazol* (*Eskazole*®) 1 × 400 mg oral einmalig oder *Mebendazol* (*Pantelmin*®) 2 × 100 mg für 3 Tage

Kontraindikationen: Überempfindlichkeit, während der Schwangerschaft und Stillzeit, sowie bei Kindern mit einem Körpergewicht unter 15 kg

Cave! Sollten die Medikamente nicht verfügbar sein, ist die zuständige Gesundheitsbehörde zu kontaktieren.

Nachfolgeuntersuchungen

Sollen möglichst bald nach Ankunft in Österreich bei niedergelassenen Kinderärzten oder Allgemeinmedizinerinnen in den Ordinationen, Quartieren oder Spezialambulanzen durchgeführt werden. Bei diesen Besuchen sollen, wenn noch nicht erfolgt, die *Erstuntersuchungen* nachgeholt, die *Kommunikationsmappe* angelegt werden und die notwendigen *Impfungen* erfolgen (■ **Tab. 2**).

Allgemeine Maßnahmen bei allen Patienten

1. Wiederholung oder Nachholen der klinischen Untersuchung mit besonderem Augenmerk auf Hautveränderungen (Parasiten, Infektionen, Verletzungen, Misshandlungsspuren), Lymphadenopathie, Hepato-/Splenomegalie, Husten, Ödeme
2. Nachholen des Tuberkuloseuntersuchung, wenn noch nicht erfolgt
3. Basis-Blut-/Serum-/Harn-Untersuchung:
 - Blutbild mit Differentialblutbild
 - Mentzer-Index MCV/Erythrocyten ($\times 10^6/\mu\text{l}$) < 13 v. a. Thalassämie; > 13 v. a. Eisenmangel
 - BSG
 - GPT, Gamma-GT, AP, Kreatinin, TSH
 - Antikörper gegen HIV1 und HIV 2
 - Antikörper gegen Hepatitis C, Hepatitis A
 - Hepatitis B: Anti HBc, HBs-Antigen
 - Harn komplett
4. Zahnärztliche Untersuchung
5. Augenfachärztliche Untersuchung

Impfstatus/Nachholimpfungen

Prinzipiell muss bei unbekanntem Impfstatus (fehlende Dokumentation) von fehlenden Impfungen ausgegangen werden.

Tab. 3 Nachholempfehlungen für Personen ab dem vollendeten 6. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

Diphtherie (dip) Tetanus (TET) Pertussis (PEA) Poliomyelitis (IPV)	3 Dosen	dTap-IPV Boosterimpfstoff 2. Dosis nach 1(–2) Monaten, 3. Dosis nach 6(–12) Monaten trotz fehlender Zulassung Empfehlung auch für Grundimmunisierung bei Nichtverfügbarkeit des Vierfachimpfstoffes zur Grundimmunisierung (wenn Vierfach-Booster-Impfstoff nicht verfügbar, auch dTaP plus IPV extra oder dT-IPV ohne Pertussis-komponente)
Masern, Mumps, Röteln (MMR)	2 Dosen	Abstand mind. 4 Wochen
Hepatitis B (HBV)	3 Dosen	2. Dosis nach 4 Wochen, 3. Dosis nach 6 Monaten
Meningokokken B	2 Dosen	Intervall altersabhängig, siehe oben
Meningokokken konjugiert MEC-4 ^a	1 Dosis	ab vollendetem 10. Lebensjahr
Varizellen (VZ) bei negativer Varizellenanamnese	2 Dosen	Abstand mind. 4 Wochen, besonders empfohlen für seronegative Personen ab vollendetem 9. Lebensjahr
FSME	3 Dosen	Abhängig vom verwendeten Impfstoff, siehe oben
Hepatitis A	2 Dosen	Abstand mind. 6 Monate, vor Eintritt in Gemeinschaftseinrichtungen, aus Hygienegründen sinnvoll bis zum Alter von 10 Jahren (Grundschule)
Influenza	1–2 Dosen	Bis zum vollendeten 8. Lebensjahr bei Erstimmunisierung 2 Impfungen, Abstand mind. 4 Wochen, danach 1 Dosis jährlich
HPV	2–3 Dosen	Bis zum vollendeten 15. Lebensjahr 2 Dosen im Abstand von 6 Monaten, danach 3 Dosen im Schema 0/1 bzw. 2/6 Monate in Abhängigkeit vom Impfstoff

^aKostenübernahme nur bei Kindern vom 10. bis 13. Lebensjahr

Tab. 4 Empfehlungen zur Substitution

Alter	Vit. D Mangel Tägl. Dosis	Dauer der Mangeltherapie	Tägliche Dosis Prävention
0–12 Monate	2000 IU	4–8 Wochen	400–800 IU
1–18 Jahre	2000 IU	4–8 Wochen	600–1000 IU

In den Herkunftsländern nicht vorgesehene Impfungen sollten entsprechend dem österreichischen Impfplan nachgeholt werden. Laut einer aktuellen Empfehlung des Robert Koch-Institutes können bei der Umsetzung von Nachholimpfungen bei Flüchtlingen ausnahmsweise mündliche Angaben zu erfolgten Impfungen auch ohne Impfdokumente berücksichtigt werden und müssen nicht nachgeholt werden, sofern sie als glaubwürdig eingeschätzt werden (z. B. bei Kindern aus Syrien, die vor Ausbruch des Krieges, also vor 2010 geimpft wurden) (Konzept zur Umsetzung frühzeitiger Impfungen bei Asylsuchenden nach Ankunft in Deutschland DOI 10.17886/EpiBull-2015-011.4). Der Österreichi-

sche Impfplan 2016 mit Empfehlungen für Impfungen für Personen ohne Impfdokumentation sowie die Impfstellen in den Bundesländern finden sich unter: *Nützliche Links*.

Für in Asyl-Erstaufnahmезentren aufgenommene Personen gibt es eine Impfe mpfehlung vom BMG vom 9.12.2015. Bei Fragen kann man sich an die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde bzw. Landessanitätsdirektion wenden oder an das Bundesministerium für Gesundheit, Abteilung III/7, Impfwesen: 01 71100-4646 sowie -4374.

Die in den Tabellen kursivierten Impfungen werden vom Nationalen Impfgremium des Bundesministeriums für Gesundheit empfohlen, aber bislang nicht

finanziert. Bei Unterbringung in Massenquartieren ist in der Wintersaison außerdem eine Influenzaimpfung empfohlen, jedoch gibt es bis jetzt noch keine Finanzierung aus öffentlicher Hand (■ Tab. 2).

Nachholempfehlungen für Personen ab dem vollendeten 6. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

Für diese Altersgruppe stehen bei Abweichungen vom allgemein empfohlenen Impfschema die im Einzelfall notwendigen oder gewünschten Impfstoffe oft nicht zur Verfügung oder die Anwendung entspricht nicht der Zulassung (z. B. Nichtverfügbarkeit des Vierfachimpfstoffes zur Grundimmunisierung). Damit trotzdem ein möglichst gleichwertiger Impfschutz erzielt werden kann, ist im Einzelfall eine von der Zulassung abweichende Anwendung unvermeidlich und daher vertretbar. Die Impfung gegen HPV gilt nicht als „Nachholimpfung“ und soll jedenfalls entsprechend den aktuellen Empfehlungen gegeben werden (■ Tab. 3).

Psychotraumatologie

Bei Verdacht auf posttraumatische Störungen ist eine Überweisung zur psychologischen Evaluierung und therapeutische Betreuung erforderlich. Mögliche Anlaufstellen sind: *Ambulanz für Transkulturelle Psychiatrie/AKH*, das Ambulatorium „Die Boje“ in Wien oder Mitglieder des österreichweiten „Netzwerkes für Interkulturelle Psychotherapie nach Extremtraumatisierung“ (siehe *Nützliche Links*). Dieses Angebot deckt zwar jedes Bundesland ab, ist aber dem aktuellen Bedarf keineswegs gewachsen. Die Wartezeiten sind meist viele Monate. Trotzdem sollte man therapiebedürftige Kinder auf Wartelisten melden, auch um den Bedarf sichtbar zu machen.

Vitamin D-Versorgung (25-Hydroxyvitamin D)

Vitamin-D-Mangel ist bei Immigranten aus südlichen Ländern häufig und sehr ausgeprägt (siehe Punkt 7)

Eine generelle Substitution nach Ankunft und in den Wintermonaten wird empfohlen (▣ Tab. 4).

Medizinische Zusatzinformationen

Infektionsdiagnostik

Virusinfektionen

Die Vorgehensweise bei Kontakt mit Masern oder Varizellen bei seronegativen Schwangeren oder Risikopersonen, die keine Lebendimpfung erhalten können, ist im Österreichischen Impfplan hinsichtlich der Verwendung von Immunglobulin (Masern-spezifisches Immunglobulin, Varicellen-Immunglobulin) erläutert unter <http://www.bmg.gv.at/home/Impfplan>.

Im Falle von VZIG als Infusionslösung sollte die Verabreichung bei Schwangeren im stationären Bereich erfolgen.

Auch bei asymptomatischen Kindern sind serologische Untersuchungen auf HIV, Hepatitis B und Hepatitis C-Virus sinnvoll.

Bakterielle Infektionen

Bei asymptomatischen Kindern, insbesondere mit normalem Blutbild und normaler BSG, kann die Suche nach bakteriellen Infektionen weitgehend entfallen.

In vielen westlichen Ländern werden Einwanderer aller Altersgruppen routinemäßig auf Syphilis getestet. Bezüglich *neonataler Syphilis* ist die Testung für Kinder unter zwei Jahren sinnvoll, insbesondere wenn die Familie aus Ländern mit sehr schlechter Gesundheitsversorgung kommt (routinemäßig wird im Rahmen der nationalen pränatalen Untersuchungen auf maternale Syphilis getestet).

Parasitäre Infektionen

Scabies oder Krätze ist eine durch die Krätzmilbe hervorgerufene Hautkrankheit, die durch ein Exanthem und vor allem durch Juckreiz der Haut gekennzeichnet ist. Die Primäreffloreszenzen bestehen aus beistrichförmigen, einige Millimeter bis maximal 1 cm langen Milbengängen. Klinisch zeigen sich vor allem disseminierte Bläschen und papulöse Vesikel. Der Pruritus tritt vor allem bei Wärme (im Bett) auf. Die

Übertragung erfolgt ausschließlich von Mensch zu Mensch durch intensiven, meist mehrminütigen Hautkontakt, wie es gerade bei auf der Flucht befindlichen Menschen, insbesondere Kindern, oder bei Aufhalten in Gemeinschaftsunterkünften häufig der Fall ist. Die Therapie stellt unter den Bedingungen in den Notquartieren eine große Herausforderung, eine Anleitung der AGES findet sich unter *Nützliche Links*.

Amöben (*Entamoeba histolytica*) und Lamblien (*Giardia lamblia*) können akute und chronische Diarrhoe auslösen. In Reihenuntersuchungen von Flüchtlingen, Immigranten und Gastarbeitern wurden Prävalenzen von 20–80 % gefunden, wobei Koinfektionen mit intestinalen Protozoen häufig sind. Solche Zahlen sind bei neu ankommenden Kindern wahrscheinlicher. Hinweise auf eine entsprechend ausgedehnte Infektion können Durchfälle, Blähungen oder eine Eosinophilie im Blutbild sein. Lamblieninfektionen verlaufen allerdings häufig asymptomatisch.

Um Parasitenbefall auszuschließen, sollten je eine Probe aus drei Stühlen diagnostiziert werden. Das ist in der Praxis sehr schwierig durchzuführen, da für die mühsame Erklärung der Stuhlgewinnung große personelle Ressourcen nötig sind. In Massenquartieren mit Gemeinschaftssanitäranlagen und Gemeinschaftsküchen ist eine Unterbrechung der Infektionskette am besten durch eine zeitgleiche antiparasitäre Therapie „auf Verdacht“ aller Ankömmlinge aus Risikoregionen wie Afrika, Mittlerer Osten (Afghanistan, Irak, Syrien), Asien (z.B. Burma, Nepal) am zielführendsten und wird in Programmen der WHO und des Center of Disease Control in den USA auch für bestimmte Länder empfohlen (<http://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/overseas/intestinal-parasites-overseas.html>).

Protozoeninfektionen

Jedes unklare Fieber ist nach Rückkehr aus einem Malariagebiet verdächtig auf Malaria, bis das Gegenteil erwiesen ist und muss entsprechend abgeklärt werden. Panzytopenie, Splenomegalie, Lymphadenopathie und Ödeme können

Hinweise auf Leishmaniosen, Trypanosomeninfektion oder andere parasitäre Infektionen sein und sollten infektiologisch und tropenmedizinisch abgeklärt werden.

Bei Patienten, die aus Malaria-Endemiegebieten stammen, kann Malaria auch noch Jahre nach Verlassen des Malariagebietes auftreten (Hypnozoiten-Rezidiv bei *P. vivax* u. *P. ovale* sowie Kryptozoiten-Rekrudescenz bei *P. falciparum*, *P. malariae* und *P. knowlesi*). Andererseits verlieren diese Patienten ihre Semiimmunität bei erneuten Besuchen im Heimatland und sind damit bei Rückkehr einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt. Antikörper-Screening-Tests sind keine Routineuntersuchung.

Leishmaniose. Eine parasitologische und Immundiagnostik ist *nur bei symptomatischen Kindern* sinnvoll. Endemiegebiete für viszerale Leishmaniose sind Indien, Bangladesh, Nepal, Sudan, Äthiopien und Brasilien. Kutane Leishmaniose findet sich in Wüstengegenden Nordafrikas, Mittlerer Osten bis Afghanistan, aber auch in Regionen Südamerikas.

Trypanosomose. Chagas-Krankheit aus Südamerika oder Schlafkrankheit aus Subsahara Afrika. Die Chagas-Krankheit kann konnatal übertragen werden und im ersten Lebensjahr asymptomatisch verlaufen. Keine Routinediagnostik (IA Treponema Screening) bei asymptomatischen Kindern über einem Jahr.

Helmintheninfektionen

Ein Drittel der Weltbevölkerung, hauptsächlich Kinder, ist von intestinalen Helmintheninfektionen durch Spulwürmer (*Ascaris lumbricoides*), Hakenwürmer (*Ancylostoma duodenale*, *Necator americanus*), Peitschenwürmer (*Trichuris trichiura*) und Madenwürmer (*Enterobius vermicularis*; Oxyuren) betroffen und leidet an verschiedensten Symptomen wie chronischen gastrointestinalen Beschwerden, Atemwegserkrankungen, allergischen Beschwerden, Gedeihstörung etc.

Die Verbreitung von urogenitaler und intestinaler Schistosomose (*Bilharziose*) ist auf wenige dafür typische Regionen im tropischen Afrika, der Karibik und

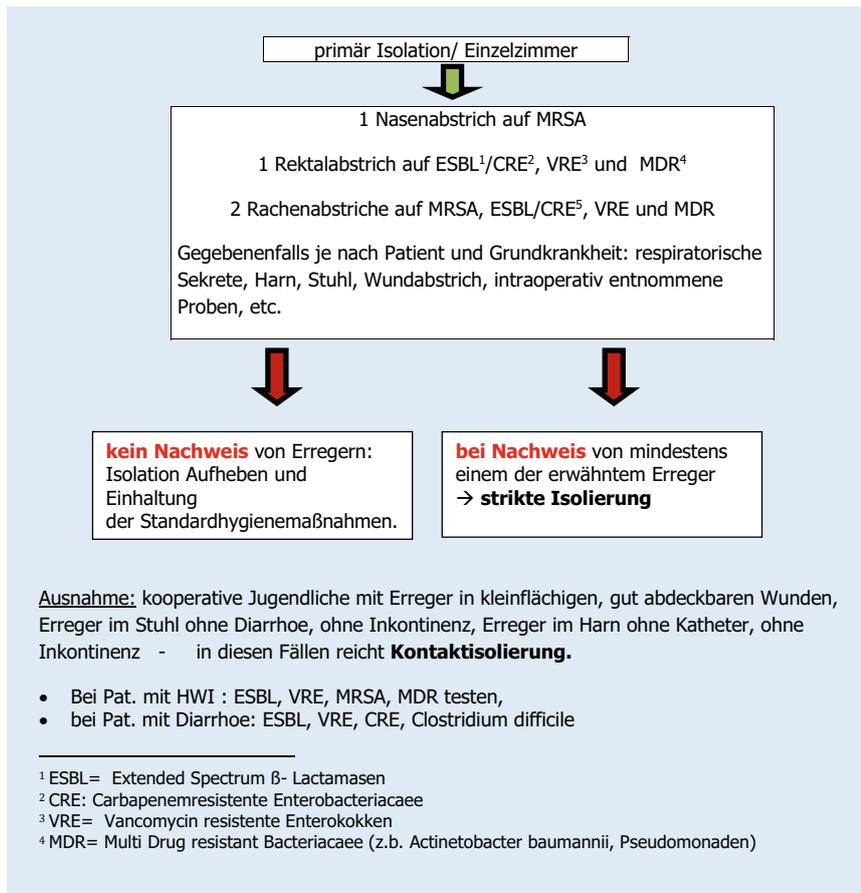


Abb. 1 ▲ Hygienemanagement bei Aufnahme von Patienten, die aus ausländischen Gesundheitseinrichtungen übernommen werden

in Mittelamerika sowie in Südostasien begrenzt. Die Diagnose kann, bei ausgewählten Kindern, durch parasitologische Harn- oder Stuhluntersuchungen bzw. durch einen serologischen Test erfolgen.

Andere intestinale Helmintheninfektionen sind durch parasitologische Stuhluntersuchungen zu diagnostizieren. Extraintestinale Helmintheninfektionen sind bei persistierender oder rezidivierender Eosinophilie serologisch abzuklären.

Eine sehr gute Übersicht über akut behandlungsbedürftige, bei uns ungewöhnliche Infektionskrankheiten, die bei Asylsuchenden auftreten können, findet sich im Auszug aus dem *Epidemiologischen Bulletin* 38/2015 des Robert Koch-Institutes.

Angeborene Krankheiten

Angeborene *Hämoglobinopathien* (Sichelzellanämie, Thalassämie etc.) oder

G6PD (Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangel) waren ursprünglich typische Krankheitsbilder von tropischen und/oder subtropischen Ländern, werden aber aufgrund von Migration zu weltweit präsenten Gesundheitsproblemen. Beim Nachweis entsprechender Blutbildveränderungen sollte gezielt nach Hämoglobinopathien, insbesondere Sichelzellanämie und Thalassämie, gesucht werden.

Neugeborenencreening

Das Neugeborenencreening auf angeborene Stoffwechselerkrankungen aus der Trockenblutkarte sollte bei allen Kindern, bei denen es bei Geburt nicht durchgeführt wurde, nachgeholt werden. Die Karten sind beim Haupt- und Stoffwechsellabor, AKH Wien, Österreichisches Neugeborenen-Screening Programm, Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien, Österreich zu beziehen (Tel: +43-1-40-40032100).

Untersuchungen bezüglich der Hypothyreose (TSH) und des adrenogenitalen Syndroms (17OHP) sollten bei einem lokalen Labor durchgeführt werden, da bei älteren Kindern die Untersuchung aus der Trockenblutkarte nicht mehr aussagekräftig ist! Auch ein Verdacht auf cystische Fibrose (CF) muss in einer Spezialambulanz abgeklärt werden (ev. mittels Schweißtest). Die Messung des Screeningparameters IRT ist ebenfalls beim älteren Kind nicht mehr aussagekräftig.

Bei klinischem Verdacht auf eine angeborene Stoffwechselerkrankung soll unabhängig vom Screeningergebnis immer eine komplette Abklärung in einer Spezialambulanz für angeborene Stoffwechselerkrankungen erfolgen.

Vitamin D-Versorgung (25-Hydroxyvitamin D)

Vitamin-D-Mangel ist bei Immigranten aus südlichen Ländern häufig und sehr ausgeprägt.

Adoleszenten aus Einwandererfamilien mit dunkler Hautpigmentierung, wie sie regelmäßig bei türkisch, arabisch, asiatisch oder afrikanisch-ethnischem Hintergrund vorliegt, sind als besondere Risikogruppe für einen Vitamin D-Mangel anzusehen. Durch das dunkle Hautpigment ist nur eine begrenzte dermale Vitamin D-Synthese möglich. Weitere Gefahren des Vitamin D-Mangels liegen in der in diesen ethnischen Gruppen häufigen traditionellen Ernährungsweise mit faserreichen, an Vitamin D und Calciumarmen, aber phytat- und oxalsäurereichen Getreiden und Hülsenfrüchten, die die Absorption von Calcium und Vitamin D im Darm vermindern, sowie in einer geringen Aufnahme von Phosphat und Vitamin D-haltigem Fleisch und Fisch. Adoleszente Mädchen exponieren sich aus religiösen bzw. kulturellen Gründen oft nur wenig der Sonne durch das Tragen traditioneller Kleidung und/oder durch die Meidung außerhäuslicher Aufenthalte.

Bei Kindern und Jugendlichen sollten jährliche Bestimmungen von 25-OHD im Serum erwogen werden.

Für diese Risikogruppen ist bereits bei Serumkonzentrationen von < 30 ng/ml (< 75 nmol/l) erhöhte tägliche Sub-

stitution sinnvoll zur Prävention eines Vitaminmangels. Medizinische Untersuchungen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen sind eine Möglichkeit, den Vitamin D-Status bei Risikogruppen, vor allem bei Kindern mit limitierter Exposition zum Sonnenlicht aufgrund des kulturellen Hintergrunds oder Behinderungen, zu erfassen und daraufhin Maßnahmen zu ergreifen.

Eine generelle Substitution nach Ankunft und in den Wintermonaten wird empfohlen.

Hygienemanagement bei Aufnahme von Patienten, die aus ausländischen Gesundheitseinrichtungen übernommen werden

Wenn eine stationäre Aufnahme notwendig ist, soll bei Flüchtlingskindern, bei denen eine MRSA-Infektion bekannt ist, die im letzten Jahr in ihrem Heimatland oder in einem Transitland hospitalisiert waren oder die chronische Wunden aufweisen, eine Untersuchung auf multiresistente Erreger erfolgen (■ **Abb. 1**).

Ausnahme: kooperative Jugendliche mit Erreger in kleinflächigen, gut abdeckbaren Wunden, Erreger im Stuhl ohne Diarrhoe, ohne Inkontinenz, Erreger im Harn ohne Katheter, ohne Inkontinenz – in diesen Fällen reicht **Kontaktisolierung**.

- Bei Pat. mit HWI: ESBL, VRE, MRSA, MDR testen,
- bei Pat. mit Diarrhoe: ESBL, VRE, CRE, *Clostridium difficile*.

Nützliche Links

Download Kommunikationsmappe

Homepage ÖGKJ: <http://www.docs4you.at/Content.Node/Spezialbereiche/Fluechtlinge/index.php>
Homepage Ärztekammer

Mehrsprachige Anamnesebögen für Migranten

<http://www.medi-bild.de/hauptseiten/Materialien.html>

<http://www.medknowledge.de/migration/tipdoc/anamnesebogen.htm>
Mehrsprachige Impfaufklärungen vom Robert Koch Institut erhältlich über: <http://www.kv-rlp.de/mitglieder/service/fluechtlinge/>

Ratgeber zu Infektionskrankheiten: <http://www.ages.at/service/service-oeffentliche-gesundheit/infektionskrankheiten-ratgeber-fuer-medizinisches-personal>

Österreichischen Impfplan 2016: Impfungen für Personen ohne Impfdokumentation. http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Impfen/Oesterreichischer_Impfplan_2016

Impfstellen in Bundesländern

<https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/impfungen-beratung-impfstellen-bundeslaender.html>

Empfehlungen des Robert Koch-Institutes

Zum Konzept zur Umsetzung frühzeitiger Impfungen bei Asylsuchenden: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/41_15.html

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

http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/38_15_Artikel_Asylsuchende.html

Nationale Impfpläne der Herkunftsländer

http://www.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/scheduleselect.cfm

Internationale Wachstumskurven

www.who.int/childgrowth/en

Österreichische Leitlinie zur Tuberkulose – Umgebungsuntersuchung des Bundesministerium für Gesundheit

http://bmg.gv.at/home/Leitlinie_Tuberkulose_Umgebungsuntersuchung

Psychologische und psychotherapeutische Betreuung

Netzwerk für Interkulturelle Psychotherapie nach Extremtraumatisierung: www.nipe.or.at

Die Boje Wien: www.die-boje.at
Ambulanz für Transkulturelle Psychiatrie <http://www.akhwien.at/default.aspx?pid=286>

Nützliche Phrasen: <http://www.refugephrasebook.de/medical-phrases/>

Korrespondenzadresse

PD Dr. N. Grois

Arbeitsgruppe Flüchtlingskinder, Politische Kindermedizin
Wien, Österreich
nicole.grois@chello.at

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. N. Grois, H. Auer, I. Beeretz, B. Blaha-Hauser, O. Fohler, A. Forstner, C. Fröhlich, M. Huemer, D. Kasper, H. Kollaritsch, B. Roithner-Kolarik, V. Strenger, R. Ulreich und U. Wiedermann geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.