

ANNIKA BRODZINSKI, FLORIAN VAN BÖMMEL, LEIPZIG

Chronische Hepatitis B-Infektion bei Migranten

Von den ca. 700.000 Menschen, die jedes Jahr ihren Wohnsitz nach Deutschland verlegen, stammen ca. 80% aus Gebieten mit erhöhter Hepatitis-B-s-Antigen(HBsAg)-Prävalenz.^{1,2} Viele dieser Infektionen bleiben auch in Deutschland unentdeckt und somit unbehandelt. Ein effizienteres Screening und eine umfassendere Aufklärung könnten helfen, Spätfolgen einer chronischen HBV-Infektion zu verhindern.

In Deutschland haben ca. 0,6% der Bevölkerung eine chronische HBV-Infektion, was ca. 660.000 Infizierten entspricht.³ Im Gegensatz hierzu sind in Endemiegebieten wie z.B. in Nigeria 9,1%⁴ bzw. im Südosten der Türkei 8,2% der Einwohner in ländlichen und 6,2% in städtischen Regionen⁵ chronische HBsAg-Träger (Abb. 1). In manchen Gegenden von Vietnam sind bis zu 25% der Bevölkerung HBsAg positiv (Abb. 2). Da die Krankheit in der Regel asymptomatisch verläuft, bleibt sie häufig unerkannt. Die Dunkelziffer ist also hoch und der Anteil der Patienten, die behandelt werden, relativ gering. Wird eine chronische Hepatitis B diagnostiziert, so erfolgt – im Gegensatz zur akuten Hepatitis B – keine systematische Erfassung. Deshalb

fehlen deutschlandweite Daten zu Häufigkeit von HBV-Infektionen sowie zu Charakteristika der betroffenen Patienten, z.B. zu den jeweiligen Herkunftsländern.

STEIGENDER ANTEIL VON MIGRANTEN

Am 31.12.2009 lebten insgesamt 6.694.776 Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit in Deutschland, was einem Bevölkerungsanteil von 8,7% entspricht.⁹ Ein Großteil der Einwanderer stammt aus Gebieten mit mittlerer oder hoher HBV-Prävalenz. Dementsprechend stellen Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit oder Spätaussiedler einen großen Anteil der HBV-Infizierten in Deutschland dar.² Tatsächlich haben Untersuchungen zur HBV-Prävalenzen in Großstadregionen

(Hamburg, Oberhausen, Berlin) belegt, dass der Anteil von Migranten bei ca. 70% liegt.^{6,7,8} Der prozentuale Anteil von Migranten an den chronisch HBV-Infizierten in Deutschland ist innerhalb der letzten Jahre angestiegen. So erhöhte sich beispielsweise der prozentuale Anteil von Migranten bei allen Patienten, die



zwischen 1995 und 2009 in der Leberambulanz des Virchow-Klinikums der Berliner Charité aufgrund einer HBV-Infektion behandelt wurden, von 56% auf 70%. Besonders stark nahm der Anteil von Patienten aus Asien zu.⁸ (Abb. 2). Welchen Anteil ausländische Patienten an den chronisch Infizierten in ländlichen Regionen Deutschlands haben, ist bislang nicht ausreichend untersucht.

MIGRATIONSHINTERGRUND BEACHTEN

Bei der Interpretation der genannten Prävalenzdaten ist jedoch auch zu beachten, dass in diesen Untersuchungen Personen nur als „Migranten“ erfasst wurden, wenn sie im Ausland geboren wurden bzw. eine ausländische Staatsangehörigkeit hatten. Die weiterführende Definition von „Personen mit Migrationshintergrund“, unter die z.B. in Deutschland geborene Kinder von Migranten fallen, schließt darüber hinaus noch weitere Menschen mit erhöhtem Risiko einer HBV-Infektion ein. Ende 2009 betrug der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund an der deutschen Gesamtbevölkerung 19,6%.⁹ Somit liegen einerseits der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund an den chronisch HBV-Infizierten wie auch die Gesamtzahl der HBV-Infizierten in Deutschland wahrscheinlich noch deutlich höher.

HOHE DUNKELZIFFER

Hinweise auf eine hohe Zahl unentdeckter Infektionen ergeben sich auch innerhalb der einzelnen Bevölkerungsgruppen in Deutschland. In den aktuellen Untersuchungen stellen Patienten türkischer Her-

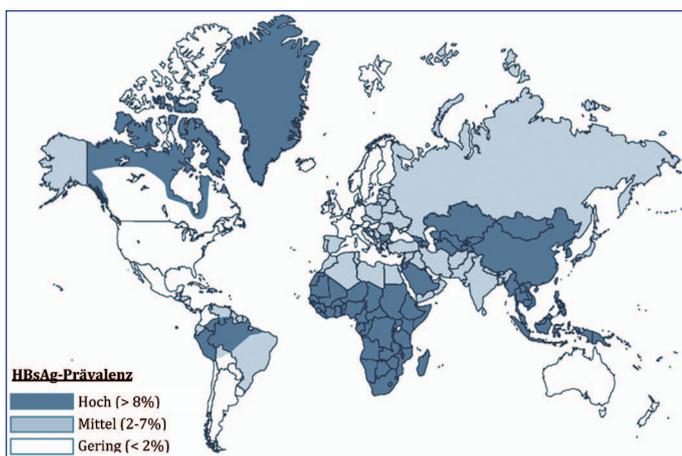


Abb. 1: Weltweite Prävalenz von HBsAg-Trägern. Hepatitis B kommt in allen Teilen der Welt vor, wobei die Prävalenz sehr unterschiedlich ist. Eine hohe HBV-Prävalenz haben z.B. viele Länder Asiens und Afrikas, während in Europa eher wenige Menschen infiziert sind. (Nach: Center for Disease Control (CDC). Travelers' Health: Yellow Book, 2006.)¹⁵

kunft mit ca. 25% jeweils den Hauptanteil der Migranten mit HBV-Infektion dar. Größere Subgruppen mit einem Anteil von weniger als 10% bilden außerdem Patienten aus Osteuropa, den ehemaligen Mitgliedsländern der GUS sowie asiatischen Staaten.^{6,7} Berücksichtigt man die HBV-Prävalenz in den verschiedenen Herkunftsländern, gibt es innerhalb bestimmter Bevölkerungsgruppen in Deutschland jedoch wahrscheinlich eine hohe Zahl bislang unentdeckter Infektionen. Interessanterweise war in den vorliegenden Studien der Anteil von Patienten aus einigen hochendemischen Ländern – wie zum Beispiel Vietnam – relativ gering; so stammten von 250 Patienten mit HBV-Infektion, die sich zwischen den Jahren 2001 bis 2006 erstmals in der Ambulanz des St. Josef Hospitals in Oberhausen vorstellten, nur 2 aus Vietnam (0,8%).⁷ In einer Erhebung eines Hamburger Schwerpunktzentrum kamen 3% der HBV-Infizierten aus Vietnam.⁶ Demgegenüber stehen eine Zahl von knapp 125.000 in Deutschland lebenden Menschen vietnamesischer Herkunft sowie Untersuchungen aus ländlichen Regionen Vietnams, die eine HBsAg-Prävalenz von bis zu 20% bei Erwachsenen und bis zu 26% bei Jugendlichen beschreiben.^{9,10,11} (Abb. 3). Anhand dieser hohen Infektionsrate könnte der tatsächliche Anteil von Vietnamesen an der Gesamtzahl der in Deutschland lebenden HBV-Infizierten bei 4–8% liegen. Am Beispiel dieser Bevölkerungsgruppe lässt sich somit auf eine erhebliche Zahl an nicht diagnostizierten HBV-Infektionen schließen.

Das Problem unerkannter HBV-Infektionen zeigt sich auch anhand einer Studie bei 105 Spätaussiedlern aus Russland, in welcher ca. 20% der Personen Kontakt mit HBV gehabt hatten (anti-HBc positiv) und 3% chronisch infiziert waren. Obwohl sich die untersuchten Personen bereits im Mittel seit zwei Jahren in Deutschland aufhielten, war keinem der Betroffenen die HBV-Infektion bekannt gewesen.¹²

KULTURELLE UND SPRACHLICHE BARRIEREN

M a n g e l n d e Sprachkenntnisse können Aufklärung, Diagnostik und Behandlung von HBV-Infektionen erschweren. Detaillierte Erkenntnisse über den Einfluss von Kenntnissen der deutschen Sprache auf den Wissensstand über HBV-Infektionen und auf das Präventionsverhalten von Patienten mit HBV-Infektion lieferte eine zwischen 2006 und 2007 im Hamburger IFI-Institut durchgeführte Studie.⁶ Mit Hilfe von Dolmetschern konnten hierbei auch Personen interviewt werden, die nur über mangelnde Deutschkenntnisse verfügen. Migranten mit geringen Deutschkenntnissen hatten einen signifikant niedrigeren Wissenstand ($p < 0,001$) und eine niedrigere Angehörigenimpftrate ($p = 0,016$) als Migranten mit guten Deutschkenntnissen.⁶ Neben rein sprachlichen Barrieren können auch kulturelle Prägungen und Erfahrungen im Einwanderungsland den Zugang zu medizinischer Versorgung beeinträchtigen. In letzter Zeit wurden deshalb Initiativen ins Leben gerufen mit dem Ziel, Migranten den Zugang zum deutschen Gesundheitssystem zu erleichtern. Bei-

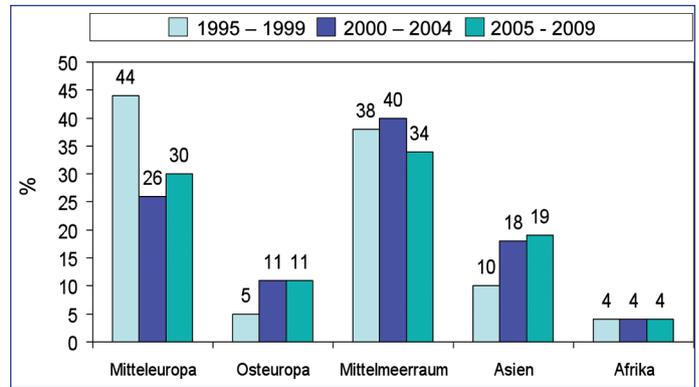


Abb. 2: Herkunft der Patienten, die eine Therapie einer chronischen HBV-Infektion in der Ambulanz des Virchow-Krankenhauses der Charité in Berlin zwischen 1995 und 2009 erhielten (Prozentzahlen sind über den Balken angegeben). Im Beobachtungszeitraum nahm der Anteil von Patienten mit Migrationshintergrund zu, während die Zahl der mitteleuropäischen Patienten sank. Besonders der Anteil von Patienten aus Asien erhöhte sich von 8 Patienten im Intervall zwischen 1995 und 1999 auf 28 Patienten im Zeitraum 2005–2009.⁸

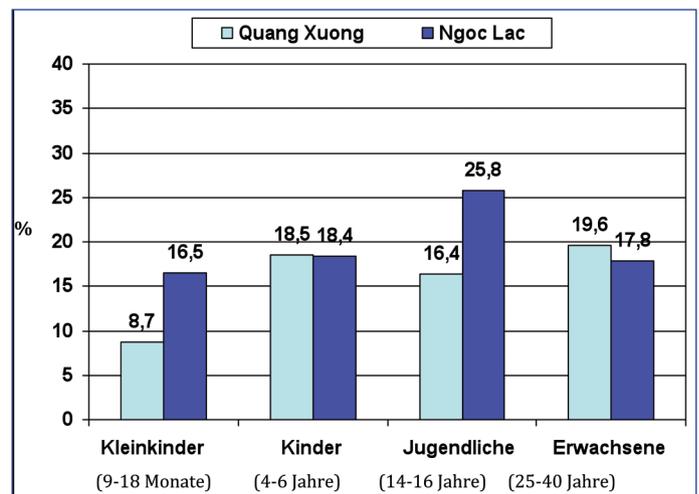


Abb. 3: Prävalenz von HBsAg innerhalb verschiedener Altersstufen der Bevölkerung in den Bezirken Quang Xuong und Ngoc Lac, die in der Provinz Thanh Hoa im Norden Vietnams liegen.¹¹

spielhaft soll hier die Initiative „Migranten für Migranten“ – abgekürzt „MiMi“ – erwähnt werden, die 2003 vom Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. in Hannover gegründet wurde.¹³ Die Initiative „MiMi“ schult und zertifiziert bilinguale Migranten zu Mediatoren, die selbständig in ihrer jeweiligen Muttersprache Informations- und Aufklärungsveranstaltungen zu Themen der Gesundheit durchführen. Auch Interessenverbände wie die Deutsche Leberhilfe, die Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung oder regionale Selbsthilfe- >

Eine HBV-Diagnostik sollte durchgeführt werden bei:

- erhöhten Leberwerten und/oder klinischen Zeichen einer Hepatitis
- Leberzirrhose/-fibrose
- hepatozellulärem Karzinom
- Migrationshintergrund aus Regionen mit erhöhter HBsAg-Prävalenz
- Familien- und Haushaltsangehörigen bzw. Sexualpartnern HBV-Infizierter
- medizinischem Personal
- Bewohnern von psychiatrischen Einrichtungen Fürsorgeeinrichtungen für Zerebralgeschädigte oder Verhaltensgestörte
- homosexuellen Männern und/oder Personen mit häufig wechselnden Sexualkontakten
- aktivem oder ehemaligem intravenösen Drogengebrauch
- Dialyse-Patienten
- HIV- und/oder HCV-Infizierten
- Empfängern von Organtransplantaten vor und nach Transplantation
- Blut- und Organspendern
- vor bzw. während einer immunsuppressiven Therapie oder Chemotherapie
- Schwangeren (nur HBsAg)
- Neugeborenen von HBsAg- und/oder isoliert anti-HBc-positiven Müttern

Tab. 1: Empfehlungen zur Durchführung einer „Eine Hepatitis-B-Virus-Diagnostik“ gemäß der Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung von HBV-Infektionen¹³

gruppen wie zum Beispiel der Berliner Leberring spielen eine große Rolle in Verbreitung von Informationen und Hilfsangeboten.

KINDER UND ERWACHSENE IMPFEN

In Deutschland wird die generelle Schutzimpfung gegen Hepatitis B im Säuglings- bzw. Kindes- und Jugendalter seit 1995 von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut empfohlen. Bereits während der Schwangerschaft wird seit 1994 ein routinemäßiges HBsAg-Screening empfohlen, so dass Kinder HBsAg-positiver Mütter kurz nach der Geburt aktiv und passiv geimpft werden können. Bundesweite Schuleingangsuntersuchungen im Jahr 2008 haben gezeigt, dass 90,5% der Kinder mit vorliegendem Impfpass eine vollständige Grundimmunisierung gegen Hepatitis B erhalten hatten. In der von Lutgehetman und Mitarbeitern untersuchten Kohorte in Hamburg zeigten Migranten eine höhere Kinderimpfrate im Vergleich zu den in Deutschland geborenen HBV-Patienten, allerdings war die

Kinderimpfrate bei Migranten mit guten Deutschkenntnissen signifikant höher als bei Menschen mit geringen Deutschkenntnissen.⁶

Auch bei Erwachsenen muss jedoch an eine konsequente Immunisierung gedacht werden, da viele Menschen in Risikogruppen nicht geimpft sind. Hier haben besonders Personen mit Migrationshintergrund in vielen Fällen ein zusätzlich erhöhtes Infektionsrisiko, da sie oft in Partnerschaften bzw. Wohngemeinschaften mit anderen Personen mit erhöhtem Risiko einer HBV-Infektion leben. Aus diesem Grund empfiehlt die aktuelle deutsche Behandlungsleitlinie generell eine Impfung für Erwachsene mit Migrationshintergrund sowie für Menschen, die mit HBV-Infizierten zusammenleben.¹⁴

FAZIT

Personen mit Migrationshintergrund sollte generell eine serologische Abklärung einer HBV-Infektion angeboten werden. Dies sollte auch bei Personen in Betracht gezogen werden, die bereits lange in Deutsch-

land leben sowie bei Menschen, die in Deutschland geboren sind und deren Eltern aus Endemiegebieten stammen. Die Empfehlungen der aktuellen Leitlinie zum Screening sind in Tabelle 1 dargestellt. Gezielte Aufklärungs- und Screeningkampagnen bei Risikogruppen können zu einer verbesserten Wahrnehmung von diagnostischen und therapeutischen Angeboten führen. Hierbei können Informationsmaterialien in der jeweiligen Landessprache beziehungsweise speziell geschulte Personen mit gleichem kulturellem Hintergrund eine wichtige Rolle spielen. ■

Annika Brodzinski

Dr. med. Florian van Bömmel

Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und

Rheumatologie · Sektion Hepatologie

Universitätsklinikum Leipzig aÖR

E-Mail: Annika.Brodzinski@medizin.uni-leipzig.de

¹ Statistisches Bundesamt Deutschland. Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 2009. Wiesbaden 2009.

² Marschall T, Krämer A, Prüfer-Krämer L et al. Erhöhen Migrationen aus hohen und mittleren Endemiegebieten die Hepatitis-B-Prävalenz in Deutschland? Dtsch Med Wochenschr 2005; 130(48):2753-2738

³ Jilg W, Hottenträger B, Weinberger K et al. Prevalence of markers of Hepatitis B in the adult German population. J Med Virol 2001;63:96-102.

⁴ Amazigo UO, Chime AB. Hepatitis-B virus infection in rural and urban populations of eastern Nigeria: prevalence of serological markers. East Afr Med J. 1990; 67:539-544

⁵ Mehmet D, Meliksah E, Serif Y et al. Prevalence of hepatitis B infection in the southeastern region of Turkey: comparison of risk factors for HBV infection in rural and urban areas. Jpn J Infect Dis 2005;58:15-19

⁶ Lutgehetmann M, Meyer F, Volz T et al. Wissensstand, Präventionsverhalten und Therapieadhärenz von Patienten mit chronischer Hepatitis B in einem großen tertiären Zentrum in Deutschland. Z Gastroenterol 2010;48:1126-1132.

⁷ Niederau C. Epidemiologie der Hepatitis-B-Virusinfektion in Deutschland. Med Klin 2007;302:351-357.

⁸ Brodzinski A, van Bömmel F, Fülöp B et al. Epidemiologische Entwicklungen und Therapiestrategien bei Patienten mit chronischer Hepatitis-B-Virus (HBV)-Infektionen in den letzten 10 Jahren. DGVS 2010, Poster #P600.

⁹ Statistisches Bundesamt. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2009 – . Wiesbaden 2010.

¹⁰ Nguyen VT, McLaws ML, Dore GJ. Highly endemic hepatitis B infection in rural Vietnam. J Gastroenterol Hepatol 2007;22(12):2093-2100.

¹¹ Hipgrave DB, Nguyen TV, Vu MH et al. Hepatitis B infection in rural Vietnam and the implications for a national program of infant immunization. Am J Trop Med Hyg 2003;69(3):288-294.

¹² Holbach M, Frösner GG, Holbach B et al. Hepatitis B und C bei Spätaussiedlern. MMW Fortschr Med Originalien 2004;146:81-85.

¹³ Mehr Informationen unter http://www.ethno-medicinisches-zentrum.de/index.php?option=com_content&view=article&id=28

¹⁴ Cornberg M, Protzer U, Dollinger MM et al. Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-B-Virus-(HBV)-Infektion. Z Gastroenterol 2007;45(12):1281-1328.