



ECDC **CORPORATE**

Zusammenfassung
wichtiger Veröffentlichungen
2009

ECDC **CORPORATE**

Zusammenfassung wichtiger Veröffentlichungen 2009



Stockholm, Januar 2010.

© Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, 2010.

Nachdruck mit Quellenangabe gestattet.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	2
Fachberichte.....	3
1. Leitlinien zur Bewertung der Risiken einer Übertragung von Infektionskrankheiten in Flugzeugen	3
2. Überwachung und Erforschung einer Pandemie in Europa	4
3. Leitfaden für Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens zur Verringerung der Folgen von Grippepandemien in Europa: „Das ECDC-Menü“	5
4. Reihe zur Gesundheit von Migranten: Zugang zu HIV-Prävention, -Behandlung und -Versorgung für Migranten in EU-/EWR-Ländern.....	13
5. Reihe zur Gesundheit von Migranten: Epidemiologie von HIV und AIDS in Migrantengemeinschaften und ethnischen Minderheiten in den EU-/EWR-Ländern	16
6. Bestandsaufnahme der HIV-/STI-Verhaltensüberwachung in Europa	20
7. Die bakterielle Herausforderung: Zeit zu handeln (gemeinsamer Fachbericht von ECDC und EMEA)	22
8. Wirksamkeit von verhaltensbezogenen und psychosozialen HIV-/STI-Präventionsmaßnahmen für MSM in Europa	26
Leitlinienberichte	27
9. Chlamydienbekämpfung in Europa	27
10. Einsatz von Grippe-Virostatika im öffentlichen Gesundheitswesen während einer Pandemie.....	29
11. Einsatz spezifischer pandemischer Influenza-Impfstoffe während der H1N1-Pandemie 2009	32
Überwachungsberichte	34
12. Tuberkuloseüberwachung in Europa 2007	34
13. Epidemiologischer Jahresbericht zu übertragbaren Krankheiten in Europa 2009.....	36
14. HIV-/AIDS-Überwachung in Europa 2008	44
Anhang: Veröffentlichungen des ECDC 2009.....	46

Einleitung

Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (*European Centre for Disease Prevention and Control*, ECDC) veröffentlichte 2009 insgesamt 43 wissenschaftliche Dokumente. Zu den Highlights gehörten:

- *Epidemiologischer Jahresbericht zu übertragbaren Krankheiten in Europa 2009*, dritte Ausgabe des jährlichen Berichts des ECDC mit einer umfassenden Übersicht über die Überwachungsdaten des Jahres 2007 und der im Jahr 2008 überwachten Bedrohungen;
- *Tuberkulose-Überwachung in Europa 2007* und *HIV-/AIDS-Überwachung in Europa 2008*, beide gemeinsam mit dem europäischen Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO/EURO) erstellt, über die Situation in den Ländern der Europäischen Union (EU) und des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR), sowie in den weiteren 23 Ländern der WHO/EURO-Region;
- der Start der Reihe *Gesundheit von Migranten*, einer Sammlung krankheitsspezifischer Veröffentlichungen mit Datenanalysen, Zusammenfassungen der wissenschaftlichen Daten, Interpretation und Leitlinien für Maßnahmen im Bereich der Migration und ausgewählter Infektionskrankheiten. Die ersten beiden krankheitsspezifischen Dokumente, die 2009 veröffentlicht wurden, beschäftigten sich mit HIV/AIDS;
- *Die bakterielle Herausforderung: Zeit zu handeln*, ein Fachbericht über die Lücke zwischen der Belastung durch Infektionen mit multiazneimittelresistenten Bakterien und der Entwicklung neuer Antibiotika zur Bekämpfung dieses Problems, produziert in Zusammenarbeit mit der Europäischen Arzneimittel-Agentur und
- *Bestandsaufnahme der Verhaltensüberwachung in Bezug auf HIV/sexuell übertragbare Infektionen*, eine eingehende Analyse der aktuellen Situation der Programme zur Verhaltensüberwachung in Bezug auf HIV und sexuell übertragbare Infektionen in den Ländern der EU und der Europäischen Freihandelszone (EFTA).

Zusammenfassungen ausgewählter ECDC-Dokumente (wie z. B. der oben genannten) wurden nun zusammengestellt, um sie für die politischen Entscheidungsträger in allen EU-Sprachen sowie Isländisch und Norwegisch verfügbar zu machen. Diese Zusammenfassungen reflektieren den Geist der jeweiligen Originalveröffentlichung, wichtige Nuancen können aber im Rahmen des Zusammenfassungsvorgangs verloren gehen. Leser, die detailliertere Einblicke wünschen, sollten die Dokumente daher im Volltext lesen, der unter www.ecdc.europa.eu abrufbar ist.

Eine Liste aller ECDC-Veröffentlichungen des Jahres 2009 findet sich im Anhang. Alle Dokumente sind mit einer Kurzbeschreibung des jeweiligen Inhalts unter dem oben genannten Link elektronisch verfügbar. Ausgewählte Berichte sind daneben auch im Druck erhältlich. Wenn Sie diese Dokumente in Papierform erhalten möchten, senden Sie bitte eine E-Mail an publications@ecdc.europa.eu.

Fachberichte

1. Leitlinien zur Bewertung der Risiken einer Übertragung von Infektionskrankheiten in Flugzeugen

(Veröffentlichung: Juni 2009)

Die Zahl der Reisenden im nationalen und internationalen Flugreiseverkehr ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Die internationalen Flughäfen begrüßen jeden Tag Millionen von Fluggästen. Innerhalb von Stunden können Menschen auf die andere Seite des Erdballs reisen. Gleichzeitig können durch veränderte Reisegewohnheiten neue Gefahren entstehen: Im geschlossenen Umfeld moderner Flugzeuge können sich die Fluggäste bei ihren Mitreisenden mit verschiedenen Infektionskrankheiten anstecken.

Das Auftreten des schweren akuten Atemwegssyndroms (SARS) im Jahr 2003 hat gezeigt, dass eine neue Krankheit plötzlich auftauchen und sich über Flugreisen weltweit verbreiten kann. Die Früherkennung von Infektionskrankheiten an Bord von Flugzeugen in Verbindung mit einer rechtzeitigen Risikobewertung ist für eine Reaktion des öffentlichen Gesundheitswesens unabdingbar. Wird eine Bedrohung der öffentlichen Gesundheit ermittelt, ist die Kontaktverfolgung von Patienten, die während eines Fluges einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt waren, ein entscheidender Schritt zur Eindämmung – und eine große Herausforderung für Fachleute des öffentlichen Gesundheitswesens weltweit.

Das Projekt RAGIDA (Leitlinien zur Bewertung der Risiken einer Übertragung von Infektionskrankheiten in Flugzeugen) kombiniert Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Literatur mit Expertenwissen, um gangbare Wege für Entscheidungsträger verfügbar zu machen. RAGIDA kann wertvolle Hilfe bei der Bestimmung von Auslösern und bei der Entscheidung bieten, ob eine Kontaktverfolgung bei Flugreisenden und Bordpersonal erforderlich ist, die während eines Fluges einer Ansteckungsgefahr mit Infektionskrankheiten ausgesetzt waren.

Für das Projekt RAGIDA haben Experten des Robert-Koch-Instituts und des ECDC 12 Krankheiten ausgewählt: Tuberkulose (TB), Influenza, SARS; Meningokokken-Krankheit, Masern, Röteln, Diphtherie, Ebola-Hämorrhagisches Fieber, Marburg-Hämorrhagisches Fieber, Lassa-Fieber, Pocken und Anthrax (Milzbrand). Über 3 700 einer Peer-Review unterzogene Artikel und Quellen aus der „grauen Literatur“ wurden systematisch ausgewertet, um die genauen Umstände zu bewerten, die zur Übertragung dieser Infektionskrankheiten an Bord von Flugzeugen führten. Außerdem wurde eine systematische Suche nach Leitlinien von internationalen Luftfahrtgremien sowie nationalen und internationalen Einrichtungen des Gesundheitswesens zur Risikobewertung und zum Risikomanagement dieser Infektionskrankheiten durchgeführt. Zusätzlich wurden 73 Experten aus 38 Ländern kontaktiert und um Stellungnahmen gebeten.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche zeigen, dass TB, Influenza, SARS, Meningokokken-Krankheit und Masern relativ häufig an Bord von Flugzeugen übertragen werden. Von bestätigten Übertragungen einer dieser Krankheiten wurde jedoch in überraschend wenigen Artikeln berichtet, vor allem, wenn man die große Zahl der potenziellen Kontakte berücksichtigt. Angesichts dieser Ergebnisse ist die Gesamtzahl der Vorfälle, bei denen eine Übertragung im Flugzeug stattfand, wahrscheinlich ebenfalls relativ gering. Auch wenn es schwierig ist, Schlüsse zur Zahl der Infektionen durch Übertragung an Bord von Flugzeugen zu ziehen, ist das Potenzial für eine Verbreitung von Infektionskrankheiten an Bord wahrscheinlich nicht höher als am Boden.

Insgesamt sind wir weiterhin überzeugt, dass die Risikobewertung und die Entscheidung für eine Kontaktverfolgung immer im Einzelfall und unter Berücksichtigung von Faktoren wie z. B. des Verbreitungspotenzials, der Infektiosität und Pathogenität der Indexpatienten, der Funktionsweise der Lüftungssysteme an Bord, der Kontaktintensität und der Sitzanordnung erfolgen sollten, wie in diesem Fachbericht vorgeschlagen.

2. Überwachung und Erforschung einer Pandemie in Europa

(Veröffentlichung: Juni 2009)

Die Überwachung und Erforschung einer Pandemie (surveillance and studies in a pandemic – SSiaP) ist ein komplexes Thema, das in der vorliegenden Definition vier unterschiedliche Komponenten umfasst:

- 1) Früherkennung und Ermittlung;
- 2) Frühzeitige umfassende Bewertung;
- 3) Überwachung und
- 4) umgehende Prüfung der Wirksamkeit und der Auswirkungen von Gegenmaßnahmen (einschließlich der Sicherheit pharmazeutischer Gegenmaßnahmen) zur Bekämpfung der Pandemie.

Es ist unwahrscheinlich, dass eine Pandemie in Europa entsteht, deshalb finden Früherkennung und Ermittlung mit einiger Wahrscheinlichkeit anderswo statt, die anderen drei Aufgaben müssen aber in Europa erledigt werden. Die laborgestützte (mikrobiologische) Überwachung ist für alle Komponenten unabdingbar, aber in der Regel Teil der epidemiologischen und klinischen Überwachung. Die frühzeitige Bewertung (Komponente 2) ist essentiell, da die Anzahl der wichtigen Parameter der nächsten Pandemie nicht vorhersagbar ist. Diese frühzeitige Bewertung muss jedoch nicht in jedem Land stattfinden. Optimal ist, wenn sie in den zuerst betroffenen europäischen Ländern mit Unterstützung des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführt wird und sich auf die Ermittlung der „strategischen Parameter“ beschränkt. Die Werte für diese Parameter sind ausschlaggebend dafür, welche Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens und welche klinischen Maßnahmen die besten Erfolgsaussichten bieten. Die Ergebnisse aus den betreffenden Ländern sollten dann unverzüglich an alle anderen Länder übermittelt werden.

Zur frühzeitigen Bewertung gehört auch eine Einschätzung der Schwere der Pandemie. Sie ist schwierig, aber unabdingbar, da die nationalen Pläne einiger Länder in Europa im Fall einer schweren Pandemie einschneidendere Maßnahmen vorsehen. Bei dieser Bewertung soll die WHO eine Führungsrolle übernehmen. Im Einzelnen muss Europa jedoch in Verbindung mit einer Risikobewertung eine eigene Einschätzung vornehmen, da es aufgrund der Komplexität des Begriffs der „Schwere“ schwierig ist, sich auf eine einzige Messgröße zu beschränken. Alle Länder Europas müssen Überwachungsaufgaben (Komponente 3) in Bezug auf das sachgerechte Management ihrer Gesundheitsversorgungssysteme und anderer Dienste wahrnehmen. Es gibt eine Vielzahl von Daten, die die zentralen Behörden gern für die Überwachung heranziehen würden, der Datenumfang sollte jedoch auf das für Entscheidungen und wichtige Mitteilungen notwendige Minimum beschränkt werden. Die Überwachungsmaßnahmen sollten daraufhin überprüft werden, ob sie in der Grippesaison durchführbar sind. Zu berücksichtigen ist aber auch, dass sich die Routine-Überwachungssysteme in Zeiten einer Pandemie verändern oder ggf. nicht mehr funktionieren. Die internationale Überwachung (Berichterstattung an die WHO und die EU-Behörden) sollte einfach gehalten werden, da viele Länder Schwierigkeiten haben dürften, zusätzlich zu den internen Verfahren noch routinemäßig Daten an internationale Stellen zu übermitteln. Zudem dürfte nicht jedes Land in der Lage sein, so detaillierte Informationen zu liefern, wie es die EU-Behörden wünschen.

Die Prüfungen der Wirkung von Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens (und der Sicherheit pharmazeutischer Gegenmaßnahmen) (Komponente 4) müssen ebenfalls nur in einigen Ländern durchgeführt werden. Es ist wenig wahrscheinlich, dass während der Pandemie selbst Klarheit darüber gewonnen werden kann, ob (und welche) Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens wirksam sind.

Die WHO und das ECDC arbeiten mit den EU-Mitgliedstaaten an der Entwicklung von Verfahren und Modellprotokollen für Komponente 2, das Frühbewertungsverfahren, und es war geplant, diese in Übungen und Feldversuchen in der Grippesaison 2009-2010 zu erproben. Aufgrund des Auftretens des neuen Influenzavirus des Typs A (H1N1) werden diese Verfahren und Protokolle nun an einem echten Pandemievirusstamm erprobt. Methoden zur Einschätzung der Wirksamkeit von Influenzaimpfungen (Teil der Komponente 4) in Europa werden derzeit im Rahmen von Pilotprojekten erprobt. Auf nationaler Ebene ist es wichtig, dass die Behörden ihre Vorgehensweise zur Durchführung der Komponenten 2 bis 4 planen. Dazu gehört auch die Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Gremien und entsprechendem Personal und dessen realistische Ausstattung mit Ressourcen während der Pandemie selbst.

3. Leitfaden für Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens zur Verringerung der Folgen von Grippepandemien in Europa: „Das ECDC-Menü“

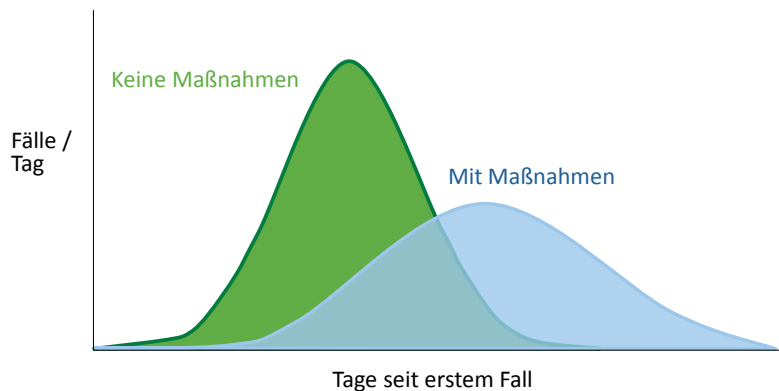
(Veröffentlichung: Juni 2009, aktualisiert im Oktober 2009)

Durch Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens (siehe Übersichtstabellen auf Seite 6) lässt sich in gewissem Umfang die Zahl der Personen verringern, die während einer Grippepandemie infiziert werden, medizinische Behandlung benötigen bzw. sterben. Möglicherweise kann dadurch auch die Zahl derjenigen verringert werden, die von schweren Epidemien der saisonalen Grippe betroffen sind. Durch flacheren bzw. späteren Anstieg der Pandemiekurve (Abbildung 3.1) könnten die Maßnahmen auch die Sekundärfolgen von Pandemien mildern, die eintreten, wenn viele Menschen gleichzeitig erkranken, d. h. die Auswirkungen massenhafter Krankmeldungen von Personal in entscheidenden Funktionen, z. B. Gesundheitswesen, Versorgung mit Lebensmitteln und Kraftstoffen, Versorgungsbetriebe usw. Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens können den Gipfel einer Pandemiekurve u. U. sogar so lange hinauszögern, bis ein Impfstoff verfügbar ist, und damit möglicherweise die Gesamtzahl der Erkrankungen verringern. Theoretisch ist es auch möglich, dass sie den Höhepunkt so lange hinauszögern, bis die Influenza-Übertragung in den Sommermonaten auf natürlichem Wege zurückgeht.

Abbildung 3.1 Ziel von Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens bei einer Pandemie

Ziel der Gemeinschaftsmaßnahmen zur Eindämmung der Grippeübertragung

- Verlauf der Epidemie abflachen und verzögern
- Maximale Belastung des Gesundheitswesens und Bedrohung verringern
- Zahl der Fälle etwas reduzieren
- Etwas Zeit gewinnen



Es werden verschiedene Maßnahmen empfohlen (siehe Übersichtstabellen), darunter persönliche Hygiene- und Schutzmaßnahmen, wie z. B. Händewaschen und das Tragen von Schutzmasken, und pharmazeutische Maßnahmen, z. B. der Einsatz von Virostatika, Humanimpfstoffen gegen Vogelgrippe (auch „präpandemische Impfstoffe“ genannt) und – in einer späteren Phase der Pandemie – spezifische Impfstoffe sowie Maßnahmen zur räumlichen Trennung. Viele sind der Auffassung, dass die Kombination von Maßnahmen noch wirksamer ist als einzelne Maßnahmen und befürworten eine sogenannte „Verteidigung in der Tiefe“ (defence in depth) oder „mehrstufige Maßnahmen“ (layered interventions). Sowohl Modellierungen als auch der gesunde Menschenverstand legen nahe, dass es wirksamer ist, frühzeitig einzugreifen, als abzuwarten, bis die Pandemie voll ausgebrochen ist.

Es ist schwer vorstellbar, dass z. B. Maßnahmen zur räumlichen Trennung keine positiven Auswirkungen haben, indem sie die Übertragung von menschlichen Atemwegsinfektionen über Tröpfchen und indirekte Kontakte verringern. Die Datengrundlage für jede einzelne Maßnahme ist jedoch oft schwach. Unklar ist auch, welche

Wechselwirkungen zwischen verschiedene Maßnahmen bestehen. Im Einzelnen stellt sich u. a. die Frage, ob Maßnahmen zur räumlichen Trennung kumulativ wirken. In manchen Fällen liegt der Grund für die Unklarheit in mangelnder Forschung. Häufiger jedoch liegt er darin, dass die Maßnahmen experimentell schwer zu bewerten sind und bei der Anwendung in realen Situationen mehrere Maßnahmen kombiniert werden. Deshalb sind die absolute positive Wirkung und die relativen Stärken verschiedener Maßnahmen sehr schwer zu beurteilen. Zudem ist es durchaus plausibel, dass die Wirkungsstärke je nach den Merkmalen der Pandemie unterschiedlich ausfällt. So wären beispielsweise Maßnahmen mit der Zielgruppe Kinder während der Pandemie 1957 möglicherweise recht wirksam gewesen, da damals die Übertragung in den jüngeren Altersgruppen offenbar besonders ausgeprägt war, bei den Pandemien 1918-19 und 1968 hätten solche Maßnahmen aber weniger gegriffen. Deshalb wird es nicht möglich sein, feste Pläne zu entwickeln, die für jede Pandemie passen. Außerdem ist es wahrscheinlich, dass die Wirksamkeit, die Durchführbarkeit und die Kosten von Maßnahmen zur räumlichen Trennung in verschiedenen europäischen Ländern oder sogar innerhalb der Länder variieren (z. B. zwischen dicht besiedelten städtischen Gebieten und ländlichen Gegenden).

Die Erfahrung aus früheren Pandemien und ähnlichen Ereignissen, wie z. B. dem Auftreten von SARS, zeigen, dass die Durchführung von Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens in gewissem Umfang von lokalen Sitten und Gebräuchen geprägt ist. In den Vereinigten Staaten waren solche Maßnahmen während der Pandemie von 1918-19 gut organisiert und häufig vorbeugend konzipiert, während sie in Europa sowohl bei Pandemien als auch beim SARS-Ausbruch häufiger rückwirkend ausgerichtet waren.

Es gibt also gute Gründe für die Existenz von Standardplänen (Pläne, die bei Übungen getestet wurden und die Verwendung finden, wenn keine weiteren Informationen vorliegen). Tatsächlich gibt es diesbezügliche WHO-Leitlinien, und viele europäische Länder haben entsprechende Pläne entwickelt. Angesichts der genannten Faktoren sollten diese Pläne jedoch relativ flexibel sein und Weisungs- und Kontrollstrukturen vorsehen, die schnelle Änderungen ermöglichen, sobald neue Daten und Erfahrungen vorliegen.

Alle Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens sind mit Kosten verbunden, und viele haben zudem Sekundärwirkungen. Diese Sekundärwirkungen können beträchtlich sein und müssen in vielen Fällen sorgfältig geprüft werden. Die vorgeschlagenen einschneidenden gesellschaftlichen Maßnahmen (z. B. vorbeugende Schulschließungen und Reisebeschränkungen) sind mit erheblichen Kosten und Folgen verbunden, die wiederum je nach Umfeld variieren. Solche Maßnahmen sind auch schwer aufrecht zu erhalten. Im Fall der normalen saisonalen Grippe oder einer milden Pandemie könnte ihre Anwendung, vor allem zu einem frühen Zeitpunkt, mehr Schaden anrichten als entstehen würde, wenn man die Infektion einfach ihren Lauf nehmen ließe und die schwerer Erkrankten behandelte.

Einige dieser Maßnahmen sind relativ unkompliziert durchzuführen und werden auch jetzt schon bei einer milden saisonalen Grippe empfohlen (z. B. regelmäßiges Händewaschen und rechtzeitige Selbstisolierung bei Auftreten einer fiebrigen Erkrankung). Sie haben auch den Vorteil, Handlungsmöglichkeiten für den Einzelnen zu schaffen und ihm in schwierigen und belastenden Zeiten nützliche Ratschläge zu bieten. Andere Maßnahmen dürften zu schwierig oder zu kostspielig sein (z. B. die rechtzeitige Massengabe von Virostatika an alle Erkrankten), wieder andere könnten gesellschaftliche Funktionen erheblich stören und sind schwierig aufrecht zu erhalten (z. B. die Schließung von Grenzen, inländische Reisebeschränkungen). Deshalb müssen alle Maßnahmen geplant, vorbereitet und geübt werden.

Die Kosten und der störende Einfluß der Maßnahmen sind ein entscheidender Punkt. Bei einer Pandemie mit weniger schweren Erkrankungen und geringeren Erkrankungszahlen, wie z. B. in den Jahren 1957 und 1968, können einige gesellschaftliche Maßnahmen (vorbeugende Schulschließungen, Heimarbeit usw.), auch wenn sie wahrscheinlich die Übertragung verringern, mehr Kosten und Störungen verursachen als die Auswirkungen der Pandemie selbst. Solche Maßnahmen haben also nur dann einen Nettonutzen, wenn sie im Fall einer schweren Pandemie angewandt werden, z. B. bei hohen Hospitalisierungsraten oder einer Sterblichkeitsrate wie sie bei der „Spanischen Grippe“ 1918-19 zu verzeichnen war.

Deshalb ist eine Frühbewertung des klinischen Schweregrads eine Pandemie im internationalen und europäischen Umfeld unabdingbar. Auch wenn es logisch erscheint, Maßnahmen zeitgerecht anzuwenden, ist eine zu frühe Anwendung einschränkender Maßnahmen kostspielig und kann u. U. nicht aufrecht erhalten werden.

Mehrere europäische Länder prüfen derzeit ihre strategischen Optionen für diese Maßnahmen. Da Europa sehr vielfältig ist, gibt es keine Allround-Maßnahmenkombination, die für jedes europäische Umfeld passt. Eine gemeinsame Diskussion der Maßnahmen ist jedoch hilfreich und wird zu einem effizienteren Entscheidungsprozess beitragen. Zudem haben einige Länder bereits umfassende einschlägige wissenschaftliche Arbeiten durchgeführt, von denen einige diesem Dokument zugrunde liegen. Diese könnten, ebenso wie Ideen aus anderen Ländern, allen Ländern Europas zugutekommen.

Zweck

Angesichts der vorstehenden Erwägungen und da das ECDC den Auftrag hat, wissenschaftliche Beratung zu bieten und nicht Maßnahmen vorzuschreiben, soll im vorliegenden Dokument ein „Menü“ möglicher Maßnahmen vorgestellt werden, das für die öffentliche Gesundheit relevante und wissenschaftliche Informationen über ihre wahrscheinliche Wirksamkeit, ihre (direkten und indirekten) Kosten, Akzeptanz, Erwartungen in der Öffentlichkeit und andere, eher praktische Erwägungen enthält. Damit soll den EU-Mitgliedstaaten und europäischen Institutionen die individuelle oder gemeinschaftliche Wahl der anzuwendenden Maßnahmen erleichtert werden. Allerdings gibt es einige Maßnahmen, die entweder so selbstverständlich oder so wirkungslos sind, dass schon die Darstellung der Daten einfache Entscheidungen ermöglichen dürfte.

Zielgruppe

Die primäre Zielgruppe sind die Politikgestalter und Entscheidungsträger, sekundäre Zielgruppen jedoch auch alle mit der Grippe Befassten, die Öffentlichkeit und die Medien. Dass die Medien die Maßnahmen und deren Grenzen verstehen, trägt entscheidend zu ihrer erfolgreichen Anwendung im Pandemiefall bei.

Geltungsbereich

Dieses Dokument gilt für den Fall der Ausbreitung einer Pandemie in den Phasen 5 und 6 der WHO sowie bei Epidemien der saisonalen Grippe. Für die verschiedenen Gegebenheiten der Phase 4, die besonderen Erfordernisse beim ersten Auftreten eines potenziellen Pandemiestamms (Strategie der WHO zur schnellen Pandemieeindämmung) sowie die komplexen Planungs- und Strategiefragen in Bezug auf die Aufrechterhaltung wichtiger Dienste während einer Pandemie (das sogenannte Kontinuitätsmanagement) wird es nicht angewendet. Letztgenanntes fällt zudem nicht unter das Aufgabengebiet von ECDC.

Dieses Dokument sollte in Verbindung mit den bereits früher veröffentlichten Leitlinien des ECDC über persönliche Schutzmaßnahmen gelesen werden. Diese sind im Text und in den Tabellen zusammengefasst. Einschlägige wissenschaftliche Leitlinien zu (präpandemischen) Humanimpfstoffen gegen die Vogelgrippe (H5N1) wurden veröffentlicht und im Text vermerkt. Die Leitlinien sollten in Verbindung mit den WHO-Leitlinien von 2005 und den neuen WHO-Leitlinien für Gegenmaßnahmen (veröffentlicht 2009) gelesen werden.

Bitte beachten Sie, dass es sich um vorläufige Leitlinien handelt, da aufgrund weiterer Forschungsergebnisse möglicherweise neue Gegenmaßnahmen entwickelt werden. Deshalb wird das „Menü“ auch weiterhin regelmäßig aktualisiert.

Übersichtstabellen Merkmale potenzieller Maßnahmen zur Verringerung der Übertragung in Phase 6 einer Pandemie/schweren Epidemie der saisonalen Grippe

Internationaler Reiseverkehr (Grenzschließungen, Einreisebeschränkungen, Reiseempfehlungen)

Maßnahme	Qualität der Daten ¹	Wirksamkeit (Nutzen)	Direkte Kosten	Indirekte Kosten und Risiken ²	Akzeptanz in Europa	Praktische Modalitäten und andere Probleme
1. Reisewarnungen	B	minimal	gering	massiv	gut	Wahrscheinlich geht der internationale Reiseverkehr ohnehin massiv zurück.
2. Screening-Maßnahmen bei der Einreise	B, Bm	minimal	hoch	hoch	bei einheimischer Bevölkerung zu erwarten	Wahrscheinlich geht der internationale Reiseverkehr ohnehin zurück.
3. Grenzschließungen oder einschneidende Reisebeschränkungen	B, Bm	minimal, sofern nicht mehr oder weniger vollständig	massiv	massiv	unterschiedlich, teilweise aber bei einheimischer Bevölkerung zu erwarten	Wahrscheinlich geht der internationale Reiseverkehr ohnehin zurück.

Persönliche Schutzmaßnahmen

Maßnahme	Qualität der Daten	Wirksamkeit (Nutzen)	Direkte Kosten	Indirekte Kosten und Risiken	Akzeptanz in Europa	Praktische Modalitäten und andere Probleme
4. Regelmäßiges Händewaschen	B	verringert wahrscheinlich die Übertragung	gering	keine	gut, der Grad der Einhaltung ist aber nicht bekannt	mäßig ³
5. Gute Atemwegshygiene (Verwendung und Entsorgung von Einmal-taschentüchern)	B	unbekannt, aber angenommen	gering	gering	gut, der Grad der Einhaltung ist aber nicht bekannt	gering
6. Allgemeines Tragen von Hygienemasken außer Haus	C, Cm	unbekannt	massiv	gering	unbekannt, in den meisten Ländern ist das Tragen von Masken aber unüblich	massiv – Schwierigkeiten bei der Schulung, der Bereitstellung und Auswahl der Masken und ihrer Entsorgung möglicherweise unerwünschte Auswirkungen durch falsche Anwendung und Wiederverwendung

¹ Effektivitätsnachweis: A, B und C stehen für starke, angemessene bzw. wenig evidenzbasierte Empfehlungen. Stufe A: Systematische Übersichtsarbeiten, die sich auf verschiedene Primärstudien (nicht vorwiegend auf Modellierungen) stützen, gut konzipierte epidemiologische Studien und insbesondere experimentelle Studien (randomisierte kontrollierte Studien). Stufe B: Nachweise auf der Grundlage gut konzipierter epidemiologischer Studien, fundierter Beobachtungsstudien oder experimenteller Studien mit 5 bis 50 Probanden, oder experimenteller Studien mit anderen Einschränkungen (z. B. ohne Influenza als Endpunkt). „Bm“ steht für Modellierungsarbeiten mit Schwerpunkt auf Studien, die sich auf Primärdaten von guter Qualität stützen. Die Qualität kann also sowohl der Stufe Bm als auch der Stufe C zugeordnet werden. Stufe C: Nachweise auf der Grundlage von Fallberichten, kleinen, wenig kontrollierten Beobachtungsstudien, ungenügend untermauerten größeren Studien, der Anwendung von Wissen über Übertragungswege, Infektiositätsdauer usw. „Cm“ steht für Modellierungen mit wenig oder qualitativ schlechten Primärdaten.

² Manchmal auch als Sekundär- und Tertiäreffekte bezeichnet – z. B. die Schließung von Grenzen, die zur Störung des Handels und des Verkehrs mit wichtigen Gütern und Arbeitskräften führt.

³ Notwendigkeit, viel mehr Möglichkeiten zum Händewaschen im alltäglichen Umfeld bereitzustellen, z. B. an öffentlichen Orten, Fast-Food-Verkaufsstellen usw.

Maßnahme	Qualität der Daten	Wirksamkeit (Nutzen)	Direkte Kosten	Indirekte Kosten und Risiken	Akzeptanz in Europa	Praktische Modalitäten und andere Probleme
7. Tragen von Hygienemasken in Krankenpflegeeinrichtungen ⁴	C	unbekannt	mäßig	gering	wird bereits weitgehend praktiziert	mäßig – Schwierigkeiten bei der Schulung, Definition von risikoreichen Situationen, Bereitstellung und Auswahl der Masken, insbesondere für Atemgeräte
8. Tragen von Hygienemasken in anderen risikoreichen Situationen ⁵	C	unbekannt	mäßig	gering	unbekannt, erscheint aber sinnvoll	mäßig – Schwierigkeiten bei der Schulung, Definition von risikoreichen Situationen, Bereitstellung und Auswahl der Masken
9. Tragen von Hygienemasken durch Personen mit Atemwegserkrankungen	C	unbekannt, aber anzunehmen	mäßig	ermöglicht u. U. kranken und infektiösen Personen Kontakte, bei denen sie andere infizieren können	unbekannt, aber sinnvoll. weitet die aktuellen Empfehlungen für Krankenhäuser auf privates und öffentliches Umfeld aus.	Schwierigkeiten bei der Bestimmung der Personen, die die Maßnahme anwenden sollten, und der Bereitstellung der Masken. Problematisch ist auch die Einhaltung durch Personen mit eingeschränkter Atemfunktion aufgrund von Atemwegserkrankungen.
10. Rechtzeitige Selbstisolierung von Kranken ⁶	C	unbekannt, aber anzunehmen	mäßig	mäßig ⁷ . erhöhtes Risiko und Arbeitsausfall für Pflegende	bereits Standardempfehlung in vielen Ländern	Pflegende Angehörige, die selbst gefährdet sind, müssen geschult werden. Problem der Entschädigung für Verdienstaufschlag und der Zustimmung des Arbeitgebers
11. Quarantäne ⁸	C	unbekannt	massiv	massiv wegen Arbeitsausfall	unklar	Ausgewogene Durchführung sehr schwierig und Problem der Entschädigung für Verdienstaufschlag

Maßnahmen zur räumlichen Trennung

Maßnahme	Qualität der Daten	Wirksamkeit (Nutzen)	Direkte Kosten	Indirekte Kosten und Risiken	Akzeptanz in Europa	Praktische Modalitäten
12. Inländische Reisebeschränkungen	Cm, C	geringe Verzögerungswirkung vermutet	Schwerwiegend	massiv, einschließlich sozialer Störungen ⁹	unbekannt	Wichtige Funktionen gefährdet. Problem der Haftung und Rechtsgrundlage ¹⁰

⁴ Personen, die mit vielen Menschen in direkten Kontakt kommen.

⁵ Personen, die in Verkehrsmitteln auf engem Raum mit vielen Menschen in direkten Kontakt kommen.

⁶ Normalerweise im Haushalt einer Person bei den ersten Anzeichen von Unwohlsein und Fieber.

⁷ Pflegebedürftiger Patient, aber die pflegenden Angehörigen müssen arbeiten.

⁸ Anscheinend gesunde Personen, die einer bekannten Infektionsgefahr ausgesetzt waren, werden für einige Tage zu Hause isoliert.

⁹ Ein Vorteil dieser und einiger anderer Maßnahmen liegt darin, dass sie geplant herbeiführen, was wahrscheinlich mit der Zeit ohnehin eintreten würde.

¹⁰ Frage, wer für wirtschaftliche Verluste aufgrund der öffentlichen (staatlichen) Maßnahmen aufkommt.

Maßnahme	Qualität der Daten	Wirksamkeit (Nutzen)	Direkte Kosten	Indirekte Kosten und Risiken	Akzeptanz in Europa	Praktische Modalitäten
13. Rückwirkende Schulschließungen	Bm, C	u. U. wirksamer als andere Maßnahmen zur räumlichen Trennung	mäßig	massiv, da die Kinder zu Hause betreut werden müssen ¹¹	unbekannt, kommt in Europa selten vor	Kinder müssen außerhalb der Schule von anderen Kindern ferngehalten werden. Problem der Haftung und Rechtsgrundlage ^{10,12} Schwierigkeiten bei der Zeitplanung, Aufrechterhaltung und der Wiedereröffnung
14. Vorbeugende Schulschließungen	Bm, C	u. U. wirksamer als andere Maßnahmen zur räumlichen Trennung und besser als reaktive Schließungen	mäßig	wie oben ¹¹	wie oben	Wie oben, aber noch größere Probleme bei der Zeitplanung (eventuell zu frühe Schließung), Aufrechterhaltung und Wiedereröffnung
15. Rückwirkende Arbeitsplatzschließungen	Cm	unbekannt ⁹	schwerwiegend	schwerwiegend	unbekannt, Entschädigungsfrage entscheidend ¹⁰	Problem der Haftung, Entschädigung und Rechtsgrundlage, auch Aufrechterhaltung und Wiedereröffnung problematisch. für Schlüsselfunktionen nicht möglich ¹³
16. Heimarbeit und weniger Sitzungen	Cm,C	unbekannt	mäßig	mäßig	wahrscheinlich akzeptabel	bei Schlüsselfunktionen weniger möglich ¹³
17. Absage öffentlicher Versammlungen, internationaler Veranstaltungen usw.	C	unbekannt	massiv ¹⁰	massiv ¹⁰	wahrscheinlich abhängig von der Entschädigungsfrage und dem Versicherungsschutz ⁹ wird u. U. von der Öffentlichkeit erwartet	Problem der Haftung und Rechtsgrundlage. Schwierigkeit der Definition einer öffentlichen Versammlung oder internationalen Veranstaltung und des Zeitpunkts einer Aufhebung des Verbots

Einsatz von Virostatika: frühzeitige Behandlung

Maßnahme	Qualität der Daten	Wirksamkeit (Nutzen)	Direkte Kosten	Indirekte Kosten und Risiken	Akzeptanz in Europa	Praktische Modalitäten
18. Alle Personen mit Symptomen	A (nur Übertragung und Dauer der Erkrankung), Bm	voraussichtlich mäßig, Datengrundlage jedoch schwach ¹⁴	massiv	mäßig	wird von der Öffentlichkeit in den meisten Ländern erwartet	Erhebliche logistische Kosten und Schwierigkeiten bei der Entscheidung, wer erkrankt ist, und der rechtzeitigen (weniger als 24 bzw. 48 Stunden) Verabreichung an betroffene Personen sowie der gerechten Verwaltung der Bestände ¹⁵

¹¹ Kind braucht häusliche Betreuung, aber die Betreuungspersonen müssen zur Arbeit.

¹² Bei an Kinder gerichteten Maßnahmen wird oft davon ausgegangen, dass sie eine besonders erhebliche Rolle bei der Übertragung spielen, was nicht bei jeder Pandemie der Fall sein muss.

¹³ Die Entscheidung darüber, welche Aufgaben *Schlüsselfunktionen* sind, ist ein komplexer und wichtiger Prozess, er würde aber den Rahmen dieses Dokuments sprengen.

¹⁴ Versuche haben ergeben, dass die frühzeitige Behandlung bei der saisonalen Grippe die Dauer der Krankheit um ein oder zwei Tage sowie die Übertragungen reduziert. Schätzungen über die positiven Auswirkungen auf Hospitalisierung und Letalität

19. Beschäftigte im Gesundheits- bzw. Sozialbereich oder exponierte Schlüsselkräfte	A	gering ¹⁵	schwerwiegend	gering	gilt als Bestandteil des Personalschutzes und ist wichtig, damit Personal zur Arbeit erscheint	Schwierigkeiten bei der Definition der Beschäftigten im Gesundheitsbereich oder der exponierten Schlüsselkräfte ¹⁵
--	---	----------------------	---------------	--------	--	---

Einsatz von Virostatika: Prophylaxe nach Kontakt mit Erkrankten

Maßnahme	Qualität der Daten	Wirksamkeit (Nutzen)	Direkte Kosten	Indirekte Kosten und Risiken	Akzeptanz in Europa	Praktische Modalitäten
20. Familie	B, Bm	mäßig	massiv	mäßig	wahrscheinlich akzeptabel	Schwierigkeiten bei der Identifizierung von Erkrankten, der rechtzeitigen Verabreichung, der Sicherheit und Verwaltung der Bestände ¹⁶
21. Familie und soziale Kontakte	B, Bm	mäßig	massiv+	mäßig	unbekannt, aber problematisch bei Personen, deren Behandlung offenbar abgelehnt wird	wie oben, Probleme bei der Definierung der Gruppen
22. Familie und Kontakte in räumlicher Nähe	B, Bm	mäßig	massiv+	mäßig	unbekannt, aber problematisch bei Personen, deren Behandlung offenbar abgelehnt wird	wie oben, noch größere Probleme bei der Definierung der Gruppen

Einsatz von Virostatika: Dauerprophylaxe

Maßnahme	Qualität der Daten	Wirksamkeit (Nutzen)	Direkte Kosten	Indirekte Kosten und Risiken	Akzeptanz in Europa	Praktische Modalitäten
23. Beschäftigte im Gesundheits- oder Sozialbereich oder Schlüsselkräfte	C	mäßig	massiv	mäßig	unklar – Beschäftigte im Gesundheitswesen nehmen sie unter Umständen gar nicht oder nur vorübergehend	Schwierigkeiten bei der Definition der Beschäftigten im Gesundheitsbereich bzw. der Schlüsselkräfte; Frage, wie lange Virostatika bereitgestellt werden können.

beruhen auf Beobachtungen, sind begrenzt und sehr viel schwächer.

¹⁵ Es besteht eine Reihe erheblicher praktischer Probleme bei der Entscheidung, wer erkrankt ist, wie die Virostatika verabreicht werden sollen usw.

¹⁶ Zu bedenken ist auch, wie erste Berichte über glaubhafte Nebenwirkungen schnell und wirksam untersucht werden.

Impfstoffe: Humanimpfstoffe gegen Vogelgrippe¹⁶

Maßnahme	Qualität der Daten	Wirksamkeit (Nutzen)	Direkte Kosten	Indirekte Kosten und Risiken	Akzeptanz in Europa	Praktische Modalitäten
24. Gesamtbevölkerung	B, Bm	unklar, abhängig vom Antigenotyp der Pandemie ¹⁷	massiv	Schwerwiegend ^{16,18}	unbekannt ¹⁹	Frage, welche Gruppen vorrangig behandelt werden sollten.
25. Beschäftigte im Gesundheits- bzw. Sozialbereich oder Schlüsselkräfte	B, Bm	wie oben	massiv	wie oben	wie oben, außerdem unklar, ob diese Gruppen das akzeptieren	Schwierigkeiten bei der Definition der Beschäftigten im Gesundheitsbereich oder der Schlüsselkräfte
26. Impfung zuerst für Kinder	B, Bm	wie oben	massiv	wie oben	unklar, ob Eltern die Maßnahme akzeptieren, vor allem, wenn der Verlauf bei Kindern milder ist und die Maßnahme anderen Gruppen zugutekommt. Sicherheitsprofil nicht klar festgelegt ²⁰	Vorausplanung erforderlich

Impfstoffe: spezifischer Pandemie-Impfstoff

Maßnahme	Qualität der Daten	Wirksamkeit (Nutzen)	Direkte Kosten	Indirekte Kosten und Risiken	Akzeptanz in Europa	Praktische Modalitäten
27. Pandemie-Impfstoff	B, Bm	minimal in der ersten Welle	massiv, vorherige Investitionen erforderlich	gering	wahrscheinlich hohe Akzeptanz ²⁰	Schwierigkeit bei der Entscheidung, welche Gruppen zunächst vorrangig behandelt werden ¹⁶ .

¹⁷ Ausgehend von der Annahme, dass die nächste Pandemie auf einem H5-Antigen basiert. Der Nutzen lässt sich aus serologischen Reaktionen in Versuchen ableiten, Beobachtungsdaten und Versuche anhand des Pandemiestammes sind jedoch erst nach Beginn der Übertragung und Phase 3 möglich. Zu diesem Zeitpunkt könnten Versuche als ethisch bedenklich betrachtet werden.

¹⁸ Finanzielles Risiko, sofern an der nächsten Pandemie ein anderer Antigenstamm als der aktuelle hoch pathogene Stamm der Vogelgrippe (A/H5) beteiligt ist.

¹⁹ Kein Land hat je versucht, seiner Bevölkerung einen Impfstoff anzubieten, dessen Wirksamkeit voraussichtlich so gering ist, deshalb erhebliche Herausforderungen im Kommunikationsbereich.

²⁰ Zu bedenken ist auch, wie erste Berichte über glaubhafte Nebenwirkungen schnell und wirksam untersucht werden.

4. Reihe zur Gesundheit von Migranten: Zugang zu HIV-Prävention, -Behandlung und -Versorgung für Migranten in EU-/EWR-Ländern

(Veröffentlichung: Juli 2009)

In diesem Bericht werden die Ergebnisse einer zwischen Mai und September 2008 durchgeführten Übersichtsstudie über den Zugang zu HIV-Prävention, -Behandlung und -Versorgung für Migranten in der Europäischen Union (EU) zusammengefasst. Sie wurde vom Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) als Teil einer umfassenderen Reihe von Berichten über Migration und Infektionskrankheiten in der EU in Auftrag gegeben.

Auf der Grundlage der Daten aus einer Befragung in den 27 EU-Mitgliedstaaten und den drei Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums (EEA) und anhand einer Literaturstudie soll in diesem Bericht ein Überblick über die aktuelle Situation vermittelt und Material für künftige Strategien, Forschungsarbeiten und Dienste bereitgestellt werden, die einen besseren Zugang von Migranten zu HIV-Diensten zum Ziel haben. Etwa zwei Drittel der Befragten waren Vertreter von Nichtregierungsorganisationen (NRO), das restliche Drittel bestand aus Vertretern staatlicher Einrichtungen. Die Ergebnisse und vorgeschlagenen Maßnahmen entsprechen deshalb nicht notwendigerweise den Auffassungen der Regierungen der EU-Staaten.

In Kapitel 1 werden Hintergrund und Methodik der Arbeit kurz beschrieben. In Kapitel 2 werden die wichtigsten Ergebnisse in Bezug auf Migranten und HIV vorgestellt. Im Mittelpunkt stehen dabei Faktoren, die ihre HIV-Gefährdung erhöhen und sie daran hindern, Präventions-, Behandlungs- und Versorgungsdienste in Anspruch zu nehmen, und die Reaktion der EU-Mitgliedstaaten auf den Bedarf der Migranten in Bezug auf HIV. Kapitel 3 beschäftigt sich mit den künftigen Perspektiven und fasst Herausforderungen und von den Befragten vorgeschlagene Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zu HIV-Diensten für Migranten zusammen. Im Folgenden sind die wichtigsten Ergebnisse, Herausforderungen und vorgeschlagenen Maßnahmen zusammengefasst:

Wichtigste Ergebnisse

- Die EU hat in Bezug auf Migration und Gesundheit im Allgemeinen und Migration und HIV im Besonderen wichtige Schritte unternommen. Durch die *Erklärung von Dublin zur Partnerschaft bei der Bekämpfung von HIV/Aids in Europa und Zentralasien* von 2004 und die darauf folgenden Erklärungen ist das Thema HIV auf der europäischen Tagesordnung weiter nach oben gerückt. Auf der Konferenz von Lissabon und den Folgesitzungen und Berichten im Jahr 2007 wurde das Thema Migration, Gesundheit und HIV in den Blickpunkt gestellt. Beides hat das politische Engagement der EU beeinflusst, das zur Entwicklung von Politik- und Rechtsinstrumenten geführt hat, die sicherstellen sollen, dass Migranten Zugang zu medizinischer Versorgung, einschließlich der Dienste zur HIV-Prävention, -Behandlung und -Versorgung haben. In Bezug auf den politischen und rechtlichen Rahmen und die HIV-Präventions-, Behandlungs- und Versorgungsdienste für Migranten bestehen jedoch erhebliche Unterschiede zwischen den EU-Mitgliedstaaten.
- Die in Bezug auf HIV relevantesten Migrantengruppen kommen aus dem südlichen Afrika, Osteuropa und Asien sowie bestimmten europäischen Ländern, Lateinamerika und der Karibik. Wichtige Teilpopulation sind Asylsuchende und Flüchtlinge, Migranten ohne Papiere, Sexarbeiter/innen und Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten. Sprachbarrieren, Randgruppenbildung und soziale Ausgrenzung sowie rechtliche Hindernisse wurden am häufigsten als Faktoren genannt, die zur HIV-Gefährdung von Migranten beitragen. Kulturelle Einstellungen, Religion, Angst vor Diskriminierung und wenig Wissen über HIV in Migrantengemeinschaften wurden ebenfalls angegeben.
- Faktoren, die Migranten am Zugang zu Diensten hindern, hängen mit Politiken und Gesetzen, der Bereitstellung der Dienste, den Migrantengemeinschaften selbst und der gesamten Gesellschaft zusammen. Politiken gegen eine Konzentration von Migranten in bestimmten Gebieten wurden als Faktoren genannt, die den Zugang zu Präventions- und Behandlungsdiensten einschränken. Am häufigsten wurde, vor allem in den neuen EU-Mitgliedstaaten, der rechtliche Status – die fehlende Wohnsitzanmeldung und Krankenversicherung – als Hindernis für eine HIV-Behandlung genannt. Der Mangel an kulturspezifischen Informationen in den jeweiligen Muttersprachen, angemessen ausgebildeten Fachkräften und auf die speziellen Bedürfnisse der Migranten abgestimmten Diensten wurden in allen drei Bereichen als Hindernisse angegeben. Innerhalb der Migrantengemeinschaften verhindern Kultur, Religion, Angst vor Diskriminierung

und geringes Wissen über verfügbare Dienste den Zugang zu entsprechenden Diensten. In der Gesellschaft stehen die Stigmatisierung und Diskriminierung von Migranten insbesondere einem Zugang zu Präventions- und Versorgungsdiensten entgegen; die soziale Situation der Migranten wurde als spezifisches Hindernis für den Zugang zur Behandlung genannt.

- Fast alle Länder berichten über HIV-Maßnahmen, die sich an Migrantengemeinschaften und Teilpopulationen richten. Einige Länder, vor allem diejenigen mit einer längeren Migrationsgeschichte, bieten ein breites Spektrum von Diensten durch staatliche Stellen, NRO und soziale Organisationen an. In anderen existieren wenige oder gar keine Dienste. Die Migrantengemeinschaften sind in den meisten Ländern an der Durchführung der Maßnahmen beteiligt, doch ist ihre Teilnahme an der Strategiegestaltung – mit einigen bemerkenswerten Ausnahmen – begrenzt. Das Problem von Migration und HIV wurde bei den Befragten in einem großen Teil der 30 teilnehmenden Länder jedoch als niedrige Priorität eingestuft. Höhere Priorität hat es in Ländern, in denen HIV bei den Migranten relativ verbreitet ist.

Wichtigste Probleme

- Der politische und rechtliche Rahmen birgt große Probleme bei der Bereitstellung von HIV-Diensten für Migranten. Diskrepanzen zwischen Gesundheits- und Einwanderungspolitik können in Bezug auf die öffentliche Gesundheit kontraproduktiv sein. Der Zugang zur HIV-Behandlung für Migranten ohne Papiere und Versicherungsschutz ist ein entscheidender Problembereich. Damit im Zusammenhang steht das Fehlen eines klaren und einheitlichen rechtlichen Rahmens für die Rechte der Migranten im Bereich der Gesundheitsversorgung.
- Auch Informationslücken sind ein Problem. Die unzureichende Standardisierung der Datenerhebung in den verschiedenen Ländern erschwert den Vergleich der Situation von Migranten in der EU. Trotz umfangreicher Forschungsarbeiten bestehen weiterhin Informationslücken, z. B. in Bezug auf Migration und HIV in den neuen EU-Mitgliedstaaten, das HIV-Risikoverhalten, die Bedürfnisse von Migranten in Bezug auf Gesundheit und HIV und den Einfluss von Kultur und Religion auf Gesundheitsvorstellungen, Einstellungen und gesundheitsbewusstes Verhalten in Migrantengemeinschaften.
- Im Hinblick auf die Bereitstellung von Dienstleistungen müssen in einigen Ländern noch rechtliche, verwaltungstechnische und kulturelle Zugangshindernisse abgebaut werden. Schwierig gestaltet sich auch die Aufgabe, eine nachhaltige Finanzierung der sozialen Präventions- und Versorgungsmaßnahmen staatlicher Einrichtungen und NRO sicherzustellen.
- Auch umfassende Maßnahmen zur Veränderung negativer Einstellungen gegenüber Migranten in der Gesellschaft, die durch wenig hilfreiche Medienberichte noch verstärkt werden, sowie Initiativen zur Erfüllung der umfassenderen sozialen, wirtschaftlichen und rechtlichen Bedürfnisse von Migranten sind eine anspruchsvolle Aufgabe, da hierfür gemeinsame Anstrengungen von politischen Entscheidungsträgern, Fachkräften im Gesundheits- und Sozialbereich und der Zivilgesellschaft erforderlich sind.

Wichtigste vorgeschlagene Maßnahmen

- Für die Erhebung genauer und vergleichbarer Überwachungsdaten und die Entwicklung einheitlicher und angemessener politischer Strategien und Maßnahmen ist eine EU-weit gültige Definition des Begriffs „Migrant“ erforderlich. Die Befragten schlugen zudem spezifische Maßnahmen in den Bereichen Politik, Finanzierung, Forschung, Vernetzung und Dienste sowohl auf europäischer als auch auf nationaler Ebene vor.
- Klare politische und rechtliche Rahmenbedingungen zum Schutz der Rechte von Migranten – vor allem von Personen ohne Papiere und Versicherungsschutz – auf HIV-Versorgung wurden als vorrangige Aufgabe auf europäischer und nationaler Ebene vorgeschlagen. Des Weiteren wurden Maßnahmen zur Behebung von Widersprüchen in den politischen Strategien, zur Sensibilisierung von politischen Entscheidungsträgern für die Problematik HIV und Migration und zur verstärkten Beteiligung der Migrantengemeinschaft an politischen Prozessen angeregt. Die Finanzierung von europäischen Netzen und Projekten, die sich mit Migration und HIV beschäftigen, und von NRO, die HIV-Dienste für Migranten anbieten, wurde ebenfalls als vorrangige Maßnahmen genannt.
- Es wurden verschiedene Forschungsthemen vorgeschlagen. Auf europäischer Ebene wurden u. a. Studien zum besseren Verständnis von Migrationsmustern, zu den Auswirkungen von europäischen Rechtsvorschriften auf den Behandlungszugang und zu Bewertungen von Kosten und Nutzen eines Behandlungszugangs für jedermann sowie zu den Auswirkungen von Maßnahmen angeregt. Auf nationaler Ebene wurden verbesserte epidemiologische Daten, ein besseres Verständnis der Migrantengemeinschaften – auch in Bezug auf Fragen im Zusammenhang mit HIV, Einstellungen und Verhaltensweisen sowie der

Rolle von Kultur und Religion – und eine Untersuchung der Auswirkungen rechtlicher Bestimmungen auf die Wirksamkeit von Maßnahmen für Migranten vorgeschlagen.

- Als vorrangige Maßnahmen im Bereich Vernetzung nannten die Befragten die Unterstützung der EU für ein europaweites Netz von Organisationen, die im Bereich Migration und HIV tätig sind, und andere Mechanismen für den Austausch von Ressourcen, Erfahrungen und bewährten Verfahren sowie verstärkte Verbindungen und Zusammenarbeit zwischen Verbänden von Fachkräften im medizinischen und sozialen Bereich sowie Migranten- und Menschenrechtsorganisationen auf europäischer und nationaler Ebene.
- In Bezug auf die Bereitstellung von Dienstleistungen betonten die meisten Befragten den Bedarf an kulturell angemessenen Materialien und Maßnahmen, diesbezüglicher Schulung von Personal im Gesundheits- und Sozialbereich und eine stärkere Einbeziehung der Migrantengemeinschaften in die Tätigkeit der Dienste. Um eine bessere Abdeckung und eine verstärkte Inanspruchnahme der Dienste durch die Betroffenen zu erreichen, wurden kommunale Konzepte für die Durchführung von HIV-Tests, z. B. Informationskampagnen und umfassende Konzepte für die Behandlung und Versorgung vorgeschlagen, die verstärktes Augenmerk auf die Information der Migranten über das Angebot an Diensten einhergehen sollten.

5. Reihe zur Gesundheit von Migranten: Epidemiologie von HIV und AIDS in Migrantengemeinschaften und ethnischen Minderheiten in den EU-/EWR-Ländern

(Veröffentlichung: Juli 2009)

Hintergrund, Begründung und Ziele

Die weltweite HIV-/AIDS-Pandemie spiegelt die starken sozioökonomischen und gesundheitsbezogenen Ungleichheiten zwischen industrialisierten und nicht industrialisierten Ländern wider. Nach Schätzungen von UNAIDS lebten 2007 insgesamt 33 Millionen Menschen mit HIV/AIDS, und über 96 % der HIV-Neuinfektionen fanden in Ländern in der unteren und mittleren Einkommensgruppe statt. Von allen mit HIV/AIDS lebenden Menschen (people living with HIV/AIDS, PLWHA) leben 22,5 Millionen in afrikanischen Ländern südlich der Sahara (SSA), wo die HIV-Prävalenz bei Erwachsenen mit 5 % deutlich über der geschätzten weltweiten Infektionshäufigkeit von 0,8 % liegt. Am zweitstärksten betroffen ist die Karibik mit einer Prävalenz von 1 %, an dritter Stelle steht Osteuropa mit 0,9 %.

Nach Angaben der International Organization for Migration (IOM) waren 2006 192 Millionen Menschen (3 % der Weltbevölkerung) internationale Migranten, davon waren 95 Millionen Frauen. Nach der Definition der Vereinten Nationen ist ein internationaler Migrant eine Person, die das Land ihres üblichen Aufenthaltsortes wechselt. Der häufigste Migrationsgrund ist der Wunsch nach einer Verbesserung der wirtschaftlichen Situation. Deshalb wandert die Mehrzahl der Migranten von Entwicklungsländern in Industrieländer ab. Die Länder, aus denen die meisten Migranten kamen, waren 2006 China, Indien und die Philippinen, während die USA, Russland, Deutschland, die Ukraine und Frankreich die fünf wichtigsten Aufnahmeländer von Migranten waren. Die EU, eines der wohlhabendsten Gebiete der Welt, hat 64 Millionen Migranten (8,8 %) aufgenommen, wobei der Anteil der einzelnen Länder sehr unterschiedlich war. Die EU ist außerdem stolz, weltweit zu den Regionen mit der längsten Tradition der Achtung der Menschenrechte zu gehören. Dennoch stehen die Migranten in der EU, wie in vielen anderen Regionen der Welt, vor erheblichen Integrationsproblemen. Migration und soziale Ausgrenzung führen zu einer starken Gefährdung der Migranten für HIV/AIDS und die damit verbundenen Komplikationen.

Die HIV-Epidemie ist ein großes Problem für die öffentliche Gesundheit in der EU; seit der Einführung von HIV-Berichterstattungsmechanismen um 1999 ist die Zahl der HIV-Infektionen immer weiter gestiegen. Der häufigste Übertragungsweg ist der heterosexuelle Geschlechtsverkehr (53 % der HIV-Neuinfektionen 2006), gefolgt von Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten (men who have sex with men, MSM) (37 %) und injizierenden Drogenkonsumenten (injecting drug users, IDU) (9 %). Hervorzuheben ist auch, dass 2006 insgesamt 204 Fälle einer Mutter-Kind-Übertragung (mother-to-child-transmission, MTCT) von HIV gemeldet wurden. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung, unter anderem auch aufgrund des Migrantenstatus, sollten überprüft werden, um angemessene Gegenmaßnahmen zu entwickeln. Seit 2000 hat das frühere EuroHIV-Netz Informationen über die geografische Herkunft der gemeldeten Infizierten gesammelt. Ein erheblicher und wachsender Anteil der Personen, die sich durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr mit AIDS oder HIV infiziert haben, stammen nicht aus dem meldenden Land, sie stammen hauptsächlich aus SSA. Aber auch andere Migrantengruppen sind möglicherweise unverhältnismäßig stark von HIV/AIDS betroffen. Zu diesen Gruppen fehlen allerdings noch Daten. Der absolute und relative Anteil der Migranten an nationalen HIV-Epidemien ist in der EU unterschiedlich und hängt von Migrationsmustern, Kolonialgeschichte, der Ausprägung der HIV-Epidemien in den Herkunfts- und Zielländern und den Reaktionen des Gesundheits- und Sozialsystems ab. Schon zu Anfang der Epidemie wurde klar, dass eine der wichtigsten Aufgaben in der Wahrung der Rechte der PLWHA besteht und dass Wissenschaft, Menschenrechte und eine aktive Gesundheitspolitik dabei eine Schlüsselrolle spielen.

2007 wählte der portugiesische EU-Ratsvorsitz „Migration und Gesundheit“ zu seinem Hauptthema. In den im Dezember 2007 verabschiedeten Schlussfolgerungen des Rates wird das ECDC aufgefordert, einen Bericht über Migration und Infektionskrankheiten vorzulegen. Das ECDC startete daraufhin eine Reihe von Einzelberichten, die zusammen den Bericht des ECDC über Migration und Infektionskrankheiten in der EU ergeben werden. Mit dem vorliegenden Bericht zur Epidemiologie von HIV und AIDS in Migrantengemeinschaften und ethnischen Minderheiten wird das Ziel verfolgt, die HIV-Prävalenz in Migrantengemeinschaften und ihren Einfluss auf die Epidemiologie der Infektion im Zeitraum 1999-2006 zu ermitteln.

Methodik

Verwendet wurden die Daten des ECDC/früheren EuroHIV-Netzes insgesamt und für die einzelnen Länder; außerdem wurden absolute Zahlen und Prozentsätze der AIDS- und HIV-Fälle nach geografischer Herkunft und Jahr (1999-2006), geschichtet nach Geschlecht und Übertragungskategorien, untersucht. Wenn beim ECDC keine Informationen verfügbar waren, wurden wichtige Informanten direkt kontaktiert. Die Zahl der registrierten Migranten, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Jahr, wurde den öffentlichen europäischen Datenbanken von Eurostat und den nationalen Statistikämtern entnommen, entweder über die Internetseiten oder durch direkte Anfragen.

Ergebnisse

2006 wurden in den EU-27-Ländern plus Norwegen und Island 6 746 AIDS-Fälle gemeldet. Der höchste Anteil von Migranten wurde bei den durch heterosexuelle Kontakte übertragenen Erkrankungen beobachtet. Von Erkrankten, deren Herkunftsland bekannt war, kamen 1 373 (50 %) aus einem anderen als dem meldenden Land und 77 % aus SSA. Von 57 AIDS-Fällen durch MTCT mit bekannter geografischer Herkunft stammten 23 % aus SSA. Auch von den AIDS-Fällen bei MSM waren fast 20 % Migranten, die am häufigsten aus Lateinamerika (106) und aus anderen westeuropäischen Ländern (52) kamen. Von 1 545 Fällen bei IDU waren 7 % Migranten, zumeist aus Westeuropa und Nordafrika und dem Nahen Osten. Die Zahl der AIDS-Fälle in der Region ist im Zeitraum 1999-2006 bei Einheimischen und Migranten aus Westeuropa um 42 % zurückgegangen. Ein Anstieg der AIDS-Fälle wurde zwischen 1999 und 2006 bei Migranten aus Osteuropa (um 200 %), SSA (um 89 %) und Lateinamerika (um 50 %) beobachtet. AIDS tritt in der EU deutlich häufiger bei Männern als bei Frauen auf, auch wenn sich der Anteil von Männern und Frauen allmählich angleicht. Deshalb waren in absoluten Zahlen unter den 2006 gemeldeten AIDS-Fällen zwar 602 Männer und 623 Frauen, dies entsprach jedoch einem Anteil von 12 % der Männer und 33 % der Frauen.

2006 wurden in EU-27 plus Norwegen und Island 26 712 HIV-Infektionen gemeldet, bei 29 % davon war die geografische Herkunft nicht verzeichnet. Der höchste Anteil an Migranten wurde – sowohl absolut als auch relativ – bei den heterosexuell übertragenen Fällen festgestellt. Von den betroffenen Personen, deren geografische Herkunft bekannt ist, stammten 65 % der 8 354 HIV-Infizierten aus einem anderen als dem meldenden Land, die überwiegende Mehrheit (5 046) davon aus SSA. Von 169 AIDS-Fällen durch MTCT mit bekannter geografischer Herkunft stammten 41 % aus SSA. Auch von den 5 048 Infizierten mit bekannter geografischer Herkunft unter den Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten waren 18 % Migranten, von denen die meisten aus Lateinamerika (215) und Westeuropa (247) stammten. Von den 1 590 HIV-infizierten in IDU mit bekannter geografischer Herkunft waren 86 % Einheimische und 14 % Migranten, vor allem aus Westeuropa (63) und Osteuropa (64). Die Zahl der in Europa gemeldeten HIV-Infektionen stieg im Zeitraum 1999-2006 sowohl bei der einheimischen Bevölkerung als auch bei den Migranten deutlich an. Dieser Anstieg ist im Kontext der noch nicht abgeschlossenen Einführung der HIV-Berichterstattung in der EU zu interpretieren.

HIV-Infektionen treten in der EU insgesamt sehr viel häufiger bei Männern als bei Frauen auf, auch wenn sich der Anteil von Männern und Frauen immer mehr angleicht. Die absoluten Zahlen der Männer und Frauen aus SSA unter den 2006 gemeldeten HIV-Infektionen betragen 1 764 bzw. 2 989. Da in der einheimischen Bevölkerung insgesamt 7 891 männliche und 2 028 weibliche Infizierte gemeldet wurden, betrug der Quotient der Infizierten aus dem Inland und SSA bei den Männern 0,1 und bei den Frauen 1,5. Die Zahl der gemeldeten HIV-Fälle bei Frauen aus SSA liegt um fast 1 000 Infektionen über der bei einheimischen Frauen. Allerdings ist bei 2 910 weiblichen Infizierten die geografische Herkunft nicht bekannt. Die Zahl der infizierten Frauen aus SSA übersteigt die der Männer aus SSA um mehr als 1 000. Nach den Personen aus SSA sind Männer aus Westeuropa die größte Gruppe (539) gefolgt von Männern aus Lateinamerika (456). Die häufigsten Herkunftsländer HIV-infizierter Migrantinnen waren, mit Ausnahme von SSA, anders als bei den Männern: 179 bzw. 161 Frauen kamen aus Südostasien und der Karibik, während aus West- und Osteuropa 85 und aus Lateinamerika 111 Migrantinnen stammten.

Der Anteil der Migranten an den HIV-Infizierten ist in den einzelnen Ländern extrem unterschiedlich. In Ländern mit einer HIV-Inzidenz von weniger als 20 Fällen pro 1 Million, d. h. vor allem in Mitteleuropa, ist der Anteil der Migranten an der Epidemie niedrig. In Ländern mit einer HIV-Inzidenz von 21-49 Fällen pro 1 Million, mit Ausnahme von Litauen, lag der Anteil der Migranten unter den HIV-Infizierten im Jahr 2006 bei über 40 %. Auch aufgrund der unterschiedlichen Bevölkerungsgröße liegen die absoluten Zahlen der diagnostizierten HIV-Fälle zwischen 24 in Zypern und 258 in Schweden. In Ländern mit einer HIV-Inzidenz von 50-99 Fällen pro Million, mit Ausnahme von Griechenland, betrug der Anteil der Migranten an den gemeldeten HIV-Fällen in den Niederlanden und Deutschland 40 %, fast 60 % in Norwegen, etwa 65 % in Irland und Frankreich und 70 % in Belgien. In der Gruppe der Länder mit einer HIV-Inzidenz von 100-199 Fällen pro Million lag der Anteil der Migranten an den gemeldeten HIV-Infektionen bei etwa 30 % in Österreich, 71 % im Vereinigten Königreich und sogar 80 % in Luxemburg. In Portugal, dem Land mit der höchsten HIV-Inzidenz in der EU, machten die Migranten etwa 20 % der gemeldeten HIV-Infektionen aus.

Im Zeitraum 1999-2006 wurde in 16 222 Fällen Tuberkulose (TB) als AIDS-definierende Erkrankung (AIDS-defining condition, ADC) gemeldet. Von diesen Erkrankten waren 8 028 Migranten, 3 883 aus SSA und 2 684 unbekannter Herkunft. Sehr unterschiedlich war der Anteil von TB als ADC bei Migranten verschiedener Herkunftsgebiete. Geringere Anteile wurden bei Nordamerikanern (8 %) und Einheimischen (16 %), die höchsten bei Personen aus SSA (40 %), Osteuropa (40 %), Südostasien (32 %) und Lateinamerika (30 %) ermittelt.

Von den 495 Millionen Menschen, die bei den Behörden der 27 EU-Länder, Norwegens und Islands und Liechtensteins gemeldet sind, sind etwa 32,5 Millionen (6,5 %) in ihrem Wohnsitzstaat Ausländer. Daten über die Staatsangehörigkeit dieser Personen sind außer für Bulgarien, Estland, Frankreich und Luxemburg für alle 30 in dieser Studie erfassten Länder verfügbar. Von diesen 32,5 Millionen gemeldeten Migranten kommt die Hälfte aus Europa (6,5 Millionen aus Westeuropa, 7,4 Millionen aus Mitteleuropa, 2,3 Millionen aus Osteuropa), gefolgt von Lateinamerika (2,31 Millionen) und der Karibik (261 000), Süd- und Südostasien (2,25 Millionen), Nordafrika und dem Nahen Osten (2,19 Millionen) und SSA (1,32 Millionen).

Diskussion und Grenzen

Migranten, vor allem aus SSA, machen einen erheblichen und wachsenden Anteil sowohl der AIDS- als auch der HIV-Infektionen aus, die zwischen 1999 und 2006 in den EU-27-Ländern, Norwegen und Island gemeldet wurden. Der Anteil der Migranten aus SSA unter den gemeldeten durch heterosexuelle Kontakte und MTCT infizierten Fällen ist sehr hoch, doch auch bei den MSM entfällt ein erheblicher Prozentsatz auf Migranten, vor allem aus Westeuropa und Lateinamerika/Karibik. Das zeigt, dass die sexuelle Vielfalt der Migranten mit HIV/AIDS berücksichtigt werden muss. Bei den Frauen ist der Prozentsatz der von der AIDS- und HIV-Epidemie Betroffenen deutlich höher, was die „Feminisierung“ der HIV-/AIDS-Epidemie unter Migranten in der EU deutlich macht. Die Gefährdung von Frauen für eine HIV-Infektion hat sowohl soziale als auch biologische Ursachen. Diese Daten zeigen, dass geschlechtsspezifische HIV-Präventions- und Behandlungsstrategien auf nationaler Ebene vonnöten sind. In engem Zusammenhang mit der hohen HIV-Prävalenz bei Frauen aus SSA steht der sehr hohe Anteil der Migranten aus SSA bei den gemeldeten HIV-Fällen durch MTCT in der EU. Der Rückgang der perinatalen HIV-Infektionen in der EU ist zwar ein wichtiger Erfolg des öffentlichen Gesundheitswesens, doch erhebliche Herausforderungen bleiben bestehen, vor allem bei den Müttern unter den Migrantinnen.

Der Anteil der Migranten an den HIV-Infektionen in den verschiedenen Ländern ist extrem unterschiedlich. In den Ländern in Osteuropa und einigen mitteleuropäischen Ländern liegt er unter 10 %, in den meisten nördlichen Ländern dagegen über 40 %. In den meisten Ländern Westeuropas sind 20 bis 40 % der HIV-Infizierten Migranten. Diese Verteilung entspricht den Migrationstrends, da in den Ländern mit einem höheren Migrantenanteil an den HIV-Fällen die Migranten auch einen größeren Anteil der Bevölkerung stellen, was zumeist auf eine koloniale Vergangenheit und sozioökonomische und demographische Ungleichgewichte in jüngerer Zeit zurückzuführen ist. Bei einem erheblichen und besorgniserregenden Prozentsatz der Fälle ist zudem die geografische Herkunft unbekannt, vor allem im Vereinigten Königreich, in Frankreich, Belgien und Deutschland.

Die vorliegenden Daten erlauben keine Unterscheidung zwischen HIV-Infektionen, die in der EU und anderswo erworben wurden. In anderen Berichten wird vermutet, dass die meisten Infektionen bei Personen aus SSA wahrscheinlich in den Herkunftsländern erworben wurden. Ausgangspunkt ist der Vergleich der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer mit der CD4-Zellenzahl bei der HIV-Diagnose. Es gibt jedoch auch Belege dafür, dass Personen aus SSA in EU-Ländern mit HIV infiziert wurden. Für andere Herkunftsgebiete sind kaum Daten über den Ort der Infektion verfügbar, auch wenn bei den injizierenden Drogenkonsumenten unter den Migranten einiges dafür spricht, dass sie sich in Europa mit HIV infiziert haben. Die Diskussion darüber, in welchem Land die Infektion wahrscheinlich erworben wurde, ist sehr umstritten – da sie leider öffentlich rassistische Reaktionen hervorgerufen hat – doch das Wissen darüber, wo die HIV-Infektion stattgefunden und die AIDS-Erkrankung sich entwickelt hat, ist unter dem Gesichtspunkt der öffentlichen Gesundheit von großer Bedeutung. Daraus lässt sich u. U. auf ein Versagen der primären HIV-Prävention, der sekundären HIV-Prävention oder beider schließen.

Eine späte HIV-Diagnose ist in der EU und den Vereinigten Staaten ein großes Problem, und die Daten deuten darauf hin, dass dieses bei HIV-positiven Migranten aus nicht-westlichen Ländern noch stärker ausgeprägt ist. Die Zahl der gemeldeten AIDS-Erkrankungen ist in den meisten EU-Ländern seit Mitte der 1990er Jahre deutlich zurückgegangen, was vor allem auf den Zugang der Bevölkerung zu einer hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) zurückgeführt wird. Bei den meisten Migranten ist dieser Rückgang jedoch nicht zu beobachten, was eine späte Diagnose der HIV-Infektion und schlechteren Zugang und geringere Akzeptanz der HAART widerspiegelt und möglicherweise negative Auswirkungen auf die Sterblichkeitsrate der HIV-positiven Migranten in der EU hat. Zudem ist eine angemessene Behandlung von HIV auch eine Strategie zur Verhinderung der HIV-Übertragung, da Menschen, die eine HAART erhalten, weniger ansteckend sind. Der Ansatz „Behandlung und Prävention“ ist auch auf TB anwendbar, da rechtzeitige HIV-Tests sicherlich zu einer Verringerung der HIV-assoziierten TB beitragen würden. Wie eindeutig nachgewiesen werden konnte, bedeutet die Behandlung von TB gleichzeitig eine Prävention der TB-Übertragung und damit sekundärer Fälle.

Die Interpretation des Beitrags der Migranten zur Epidemiologie von HIV in der Region hat angesichts der Heterogenität bei der Umsetzung der HIV-Berichterstattungssysteme und der unvollständigen Angabe der Variablen „geografische Herkunft“ in den EU-Mitgliedstaaten ihre Grenzen. Aufgrund des hohen Anteils der fehlenden Werte in dieser Kategorie können die Daten nur unter Vorbehalt interpretiert werden. Deshalb ist eine verstärkte HIV-Überwachung in der EU notwendig, um die erforderlichen Qualitätsstandards zu erfüllen.

Abschließend ist zu sagen, dass die in diesem Bericht vorgestellten Daten für die in diesem Feld Tätigen keine Überraschung sind, vor allem, wenn man die weltweite HIV-Epidemiologie und die weltweiten Migrationstrends betrachtet, die beide vor allem durch die globale Ungleichheit bedingt sind. Zur Bekämpfung der HIV-/AIDS-Epidemie sollten die Hindernisse beseitigt werden, die der HIV-Prävention und -Behandlung für Migranten in der EU entgegenstehen. Die in diesem Bericht vorgelegten und untersuchten Daten bestätigen, dass sowohl die primäre als auch die sekundäre HIV-Prävention versagen und entschiedene Maßnahmen erforderlich sind.

6. Bestandsaufnahme der HIV-/STI-Verhaltensüberwachung in Europa

(Veröffentlichung: September 2009)

Hintergrund

Die auf das Human-Immunschwäche-Virus (HIV) und andere sexuell übertragbare Infektionen (sexually transmitted infections – STI) zurückzuführenden Epidemien sind auch weiterhin in erhebliches Problem für die öffentliche Gesundheit in Europa. Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) wurde 2005 mit dem Ziel gegründet, die Abwehr der Europäischen Union (EU) gegen Infektionskrankheiten zu stärken, fokussierend auf HIV und andere STI. Die diesbezügliche Überwachung ist eine wichtige Aufgabe, und ein wesentlicher Auftrag des ECDC ist es, die Datenbanken zur EU-weiten Überwachung übertragbarer Krankheiten zu pflegen und zu koordinieren. Als Überwachung der zweiten Generation (second generation surveillance, SGS) bezeichnet man Überwachungsmaßnahmen, bei denen sowohl biologische Merkmale (neue Fälle von HIV/AIDS und STI) als auch Verhaltensindikatoren (z. B. Sexualverhalten, Einsatz von Schutzmaßnahmen) beobachtet werden. Dieser Ansatz ist sowohl zur Bereitstellung von Informationen für die Politikgestaltung als auch für die Bewertung ihrer Ergebnisse sehr wichtig.

Im Jahr 2008 beauftragte das ECDC ein internationales Expertenteam mit einer umfassenden Analyse zum aktuellen Stand der Programme zur Verhaltensüberwachung in Bezug auf HIV und STI in europäischen Ländern und der Entwicklung eines Vorschlags für einen Rahmen zur Einführung eines Schlüsselsatzes von Verhaltensindikatoren in Bezug auf HIV und STI in Europa. In diesem Bericht wird eine Bestandsaufnahme der Verhaltensüberwachungssysteme in Bezug auf HIV und STI in den EU-Mitgliedstaaten und den Ländern der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) vorgenommen. Untersucht wird die Überwachung in folgenden Populationen: allgemeine Bevölkerung, Jugendliche, injizierende Drogenkonsumenten (IDU), Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten (MSM), Personen mit HIV/AIDS (PLWHA), Sexarbeiter/innen, Patienten von STI-Ambulanzen, Migranten und ethnische Minderheiten.

Methoden

Allen EU- und EFTA-Ländern wurde ein Fragebogensatz zugeschickt. Er umfasste neun verschiedene Fragebögen: einen Fragebogen zum nationalen System zur Verhaltensüberwachung und Überwachung der zweiten Generation insgesamt und je einen Fragebogen für jede spezifische Population. In dem Fragebogen zum Überwachungssystem insgesamt wurden Angaben zur Existenz und Definition der folgenden Elemente erfragt:

- nationales oder regionales System zur Verhaltensüberwachung;
- Funktionsweise der Überwachung der zweiten Generation auf nationaler oder regionaler Ebene;
- potenzielle oder beobachtete Hindernisse für den Aufbau nachhaltiger Überwachungssysteme der zweiten Generation.

In den Fragebögen zu den spezifischen Populationen wurde zunächst erfragt, ob ein Überwachungssystem für diese Bevölkerungsgruppe existiert, sodann wurden Angaben zur Existenz von Verhaltensüberwachungssystemen (oder anderen Formen der Datenerhebung) in den verschiedenen Populationen seit 1985 eingeholt. Dabei ging es um:

- die in den einzelnen Erhebungen oder Datenerfassungssystemen verwendete Methodik;
- die wichtigsten aktuell beobachteten Indikatoren;
- einschlägige Veröffentlichungen.

Der Fragebogen wurde per E-Mail an die Ansprechpartner für die HIV-Überwachung in jedem Land geschickt. Diese hatten die Möglichkeit, jeden populationsspezifischen Fragebogen von einschlägigen Experten in ihrem Land ausfüllen zu lassen. Die Verantwortlichen sammelten die Fragebögen dann ein und schickten sie zur Analyse an das Expertenteam zurück. Bei der Expertentagung zur Verhaltensüberwachung in Montreux (Schweiz) im Februar 2009 wurde ein Berichtsentwurf erörtert und zur Validierung an die nationalen Ansprechpartner für HIV-Überwachung übermittelt, die die Fragebögen für ihr Land zusammengetragen hatten.

Ergebnisse

In 28 der 31 erfassten Länder wurde der Fragebogensatz ausgefüllt und zurückgeschickt (Ausnahmen: Bulgarien, Rumänien und Portugal). Die Bestandsaufnahme der Verhaltensüberwachungsaktivitäten in den EU-/EFTA-Ländern

zeigte erhebliche Unterschiede im Entwicklungsstand der Verhaltensüberwachung in den verschiedenen Ländern. 15 Länder gaben an, über ein Verhaltensüberwachungssystem für HIV/STI zu verfügen (Belgien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Lettland, Litauen, Polen, Slowenien, Schweden, Schweiz, Spanien, Vereinigtes Königreich und Zypern), ein weiteres Land (die Niederlande) vermeldete ein Überwachungssystem für verschiedene Einzelpopulationen, aber kein offizielles allgemeines Verhaltensüberwachungssystem.

Der Grad der Formalisierung der Verhaltensüberwachung innerhalb eines „Systems“ ist in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich. Von den 16 Ländern, die das Bestehen eines Verhaltensüberwachungssystems angaben, erklärten nur acht, es existiere ein Dokument, in dem dieses System beschrieben oder seine Existenz formalisiert werde. In vielen Ländern war das Verhaltensüberwachungssystem schrittweise aufgebaut und nach und nach um neue beobachtete Populationen erweitert worden, teilweise ohne klares Überwachungsziel. Außerdem existiert in vielen Ländern, selbst wenn das System formalisiert ist, oft keine festgelegte Regelmäßigkeit oder Routine bei der Verhaltensüberwachung in den verschiedenen Populationen. Auch bei der Organisation der Verhaltensüberwachung sind Unterschiede zu beobachten: In Ländern mit einer formalisierten Verhaltensüberwachung wird diese vom Gesundheitsministerium, einer nationalen Gesundheitsbehörde oder einer Universität organisiert und koordiniert. In Ländern mit weniger formalisierten Systemen findet die Koordinierung informell durch ein Netz von Einrichtungen statt: Regierungsstellen, Universitäten, Nichtregierungsorganisationen (NRO) usw. Was die Angemessenheit des Systems (d. h. die Auswahl der erfassten Populationen) betrifft, steht die Ermittlung und Überwachung von Risikopopulationen in vielen Fällen noch aus oder ist unvollständig. Am häufigsten erfasst wurden die allgemeine Bevölkerung, Jugendliche, MSM und IDU. Eine Verhaltensüberwachung von Sexarbeiter/innen und ihrer Kundschaft, Migranten und ethnischen Minderheiten, PLWHA und Patienten von STI-Ambulanzen findet nur in wenigen Ländern statt.

Überwachungssysteme der zweiten Generation geben 13 der 16 Länder an, in denen eine Verhaltensüberwachung stattfindet. Dazu kommen zwei Länder, in denen sie nur bei einer Population durchgeführt wird. Eine förmliche Organisation dieses Systems mit einem Verwaltungs- oder Koordinierungsgremium findet in sechs Ländern statt.

Bei allen betrachteten Populationen war die Zahl der Länder, die Angaben zu ihren prioritären Indikatoren machten, geringer als die Zahl derjenigen, die nach eigenen Angaben Daten zu den entsprechenden Themen sammelten. Wahrscheinlich liegt dies daran, dass nur Länder, die mit einem Überwachungsmodell arbeiten, entschieden haben, welche Indikatoren regelmäßig erfasst werden sollen, und in der Lage sind, diese klar zu definieren. Im Hinblick auf die allgemein überwachten Themen zeigt sich populationsübergreifend ein hohes Maß an Übereinstimmung der prioritären Themen, an denen die Auswahl der für alle Länder und erfassten Populationen gleichen Indikatoren ausgerichtet werden kann. Da jedoch weiterhin große Unterschiede bestehen, sollte die Harmonisierung der Indikatoren für jede einzelne Population auf europäischer Ebene weitergeführt werden. In Populationen, in denen eine Verhaltensüberwachung unter Verwendung von dienst- oder kohortenbasierten Stichproben durchgeführt wird oder werden könnte, sollten vorab Gespräche mit den Beteiligten über die Einführung der Verhaltensüberwachung in diesen Umfeldern stattfinden.

In Bereichen, in denen bereits ein europäischer Konsens erreicht wurde, sollten bereits vereinbarte Indikatoren vorgeschlagen werden, die in international vereinbarte Indikatoren „übersetzt“ werden können. Anhand der Gesamtanalyse werden gemeinsame Kernindikatoren für alle Populationen vorgeschlagen. Sie beziehen sich auf die Zahl der Sexualpartner, die Verwendung eines Kondoms beim letzten Geschlechtsverkehr, die Frage, ob ein HIV-Test durchgeführt wurde, die Frage, ob die betreffende Person schon einmal für Sex bezahlt hat, und auf das Wissen über HIV. Kernindikatoren sollten auch systematisch das Bildungsniveau, die Nationalität/ethnische Herkunft und die sexuelle Orientierung betreffen.

7. Die bakterielle Herausforderung: Zeit zu handeln (gemeinsamer Fachbericht von ECDC und EMEA)

(Veröffentlichung: September 2009)

Wichtigste Ergebnisse

Zwischen der Inzidenz von Infektionen durch multiarzneimittelresistente Bakterien und der Entwicklung neuer Antibiotika zur Bekämpfung dieses Problems klafft eine Lücke.

- Antibiotikaresistenzen sind bei grampositiven und gramnegativen Bakterien, die schwere Infektionen beim Menschen auslösen, sehr verbreitet und treten in mehreren EU-Mitgliedstaaten in über 25 % der Fälle auf.
- Resistenzen bei bestimmten gramnegativen Bakterien nehmen in der EU zu, wie kürzlich im Fall von *Escherichia coli* zu beobachten war.
- Jedes Jahr sterben in der EU etwa 25 000 Patienten an einer Infektion mit den ausgewählten multiarzneimittelresistenten Bakterien.
- Infektionen mit diesen Bakterien führen in der EU zu zusätzlichen Kosten für das Gesundheitswesen und Produktivitätseinbußen von mindestens 1,5 Milliarden EUR pro Jahr.
- Es wurde ermittelt, dass derzeit 15 systemisch verabreichte antibakterielle Wirkstoffe mit einem neuen Wirkmechanismus bzw. mit neuen Zielbakterien entwickelt werden, die das Potenzial haben, Multiarzneimittelresistenzen wirksam zu bekämpfen. Die meisten davon befanden sich in frühen Entwicklungsphasen und betrafen vorwiegend Bakterien, für die bereits Behandlungsmöglichkeiten verfügbar sind.
- Es fehlen vor allem neue Wirkstoffe mit neuen Zielen oder Wirkungsmechanismen gegen multiarzneimittelresistente gramnegative Bakterien. Zwei solcher Wirkstoffe mit neuen oder möglicherweise neuen Zielen und belegter Wirkung wurden ermittelt, beide in einer frühen Phase der Entwicklung.
- Eine europäische und weltweite Strategie zur Schließung dieser Lücke ist dringend notwendig.

Im Jahr 2007 begannen das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC), die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) und das internationale Netz „Action on Antibiotic Resistance“ (ReAct) Gespräche über die Notwendigkeit einer Dokumentierung der Lücke zwischen der Häufigkeit multiarzneimittelresistenter bakterieller Infektionen in der EU und der Entwicklung neuer Antibiotika. Daraufhin richteten ECDC und EMA im Jahr 2008 eine gemeinsame Arbeitsgruppe ein, die Fakten und Zahlen zusammentragen sollte, um fundierte Vorhersagen über das Ausmaß dieser Lücke in den kommenden Jahren zu ermöglichen.

Die folgenden antibiotikaresistenten Bakterien wurden ausgewählt, weil sie häufig für Blutbahninfektionen verantwortlich sind und die assoziierte Antibiotikaresistenz meist ein Marker für eine multiple Antibiotikaresistenz ist.

- Methicillinresistenter *Staphylococcus aureus* (MRSA);
- vancomycin-intermediär-resistenter und vancomycinresistenter *Staphylococcus aureus* (VISA/VRSA);
- vancomycinresistenter *Enterococcus* spp. (z. B. *Enterococcus faecium*) (VRE);
- penicillinresistenter *Streptococcus pneumoniae* (PRSP);
- gegen Cephalosporine der 3. Generation resistente Enterobacteriaceae (z. B. *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*);
- carbapenemresistente Enterobacteriaceae (z. B. *K. pneumoniae*) und
- nicht-fermentative carbapenemresistente gramnegative Bakterien (z. B. *Pseudomonas aeruginosa*).

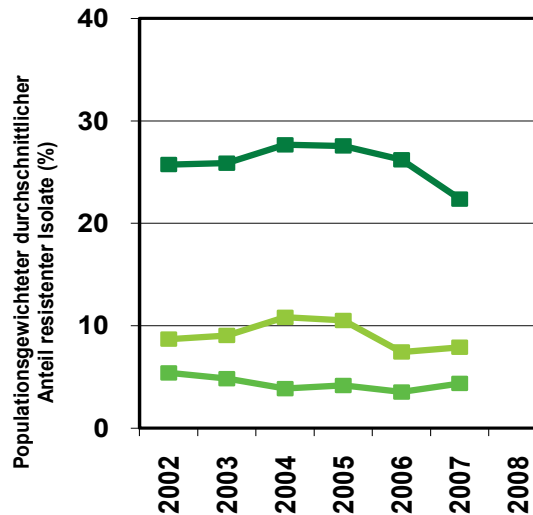
Trends und Inzidenz von Infektionen durch multiarzneimittelresistente Bakterien in der EU

Daten zu diesen ausgewählten antibiotikaresistenten Bakterien bei invasiven Infektionen (vor allem Blutbahninfektionen) sind für die EU-Mitgliedstaaten, Island und Norwegen aus dem European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS) für jedes Jahr von 2002 bis 2007 verfügbar.

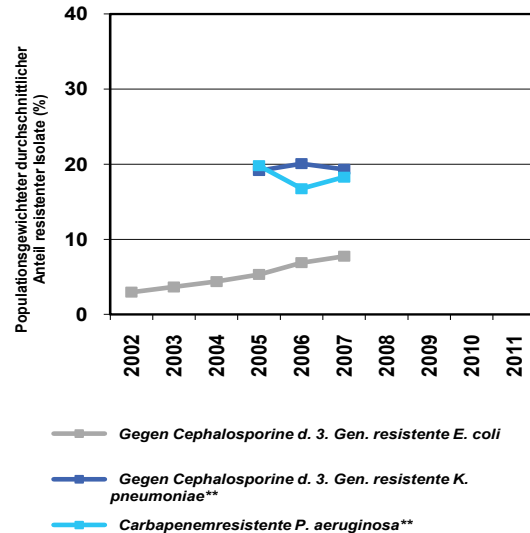
Die Entwicklung des Anteils antibiotikaresistenter Isolate an den Blutisolaten ausgewählter Bakterien, die häufig für Blutbahninfektionen in Europa verantwortlich sind, ist in Abbildung 7.1 dargestellt.

Abbildung 7.1 Populationsgewichteter durchschnittlicher Anteil resistenter Isolate an den Blutisolaten von Bakterien, die häufig für Blutbahninfektionen verantwortlich sind, in den EU-Mitgliedstaaten, Island und Norwegen, 2002-2007.

a. Grampositive Bakterien



b. Gramnegative Bakterien



* *S. pneumoniae*: ohne Griechenland, das keine Daten über dieses Bakterium an das EARSS gemeldet hat.

** *K. pneumoniae* und *P. aeruginosa*: ohne Belgien und die Slowakei, die keine Daten über diese Bakterien an das EARSS gemeldet haben.

Im Jahr 2007 wies der durchschnittliche Anteil an *Staphylococcus aureus*-Blutisolaten mit Methicillinresistenz (% MRSA) unter den ausgewählten Bakterien, die in der Europäischen Union häufig für Blutbahninfektionen verantwortlich sind, den höchsten Anteil antibiotikaresistenter Blutisolate auf. Dieser Anteil ist jedoch in den letzten Jahren zurückgegangen (Abbildung 7.1). Dies ist auf einen Rückgang der MRSA in verschiedenen Mitgliedstaaten zurückzuführen, der wahrscheinlich bedingt ist durch Aktionspläne auf nationaler Ebene, wie sie für Frankreich, Slowenien und das Vereinigte Königreich dokumentiert sind. Der durchschnittliche Anteil der MRSA hat fast das Niveau der ausgewählten antibiotikaresistenten gramnegativen Bakterien erreicht.

Der Anteil von *S. aureus*-Blut-Isolaten, die eine Intermediär-Resistenz gegen Vancomycin aufwiesen (VISA), war in den EU-Mitgliedstaaten, Island und Norwegen sehr gering (unter 0,1 %). 2007 wurden dem EARSS keine vancomycinresistenten *S. aureus*-Isolate gemeldet (Daten in Abbildung 7.1 nicht enthalten).

Dagegen ist bei *Escherichia coli* – dem häufigsten gramnegativen Bakterium, das Infektionen beim Menschen auslöst – eine kontinuierliche Zunahme des durchschnittlichen Anteils der Blutisolate zu verzeichnen, die Resistenzen gegen Cephalosporine der 3. Generation aufweisen.

Gleichzeitig gibt es keine Anzeichen für eine Verringerung der Resistenzen gegen Cephalosporine der 3. Generation bei *Klebsiella pneumoniae* oder gegen Carbapeneme bei *Pseudomonas aeruginosa* (Abbildung 7.1).

Im Jahr 2007 war der Anteil der Blutisolate von *K. pneumoniae* aus den EU-Mitgliedstaaten, Island und Norwegen, die Resistenzen gegen Carbapeneme aufwiesen, insgesamt sehr niedrig (Median = 0 %). Eine Ausnahme war Griechenland, wo er 42 % erreichte (Daten in Abbildung 7.1 nicht enthalten).

Die menschliche und wirtschaftliche Belastung durch antibiotikaresistente Bakterien konnte für die folgenden fünf antibiotikaresistenten Bakterien nur geschätzt werden: MRSA, vancomycinresistenter *Enterococcus faecium*, gegen Cephalosporine der 3. Generation resistente *E. coli* und *K. pneumoniae* und carbapenemresistente *P. aeruginosa*.

In der Studie wurde MRSA als häufigstes einzelnes multiarzneimittelresistentes Bakterium in der Europäischen Union bestätigt. Die Summe der Fälle häufiger antibiotikaresistenter grampositiver Bakterien (vor allem MRSA und vancomycinresistenter *Enterococcus faecium*) war jedoch mit jener der gramnegativen Bakterien (gegen Cephalosporine der 3. Generation resistente *E. coli*, *K. pneumoniae* und carbapenemresistente *P. aeruginosa*) vergleichbar.

Insgesamt starben 2007 in der Europäischen Union, Island und Norwegen schätzungsweise 25 000 Patienten an einer Infektion durch eines der fünf antibiotikaresistenten Bakterien. Zudem führten die Infektionen durch eines der ausgewählten antibiotikaresistenten Bakterien zu etwa 2,5 Millionen zusätzlichen Krankenhaustagen und erhöhten Krankenhauskosten von 900 Millionen EUR.

Auch die Produktivitätseinbußen aufgrund dieser Infektionen wurden geschätzt. Nach den Daten von 2007 wurden die Kosten für die ambulante Patientenversorgung auf etwa 10 Millionen EUR und die Produktivitätsverluste durch Arbeitsausfall infizierter Patienten auf über 150 Millionen EUR pro Jahr geschätzt. Die Produktivitätseinbußen, verursacht durch an ihrer Infektion verstorbene Patienten, wurden auf 450 Millionen EUR jährlich geschätzt. Insgesamt wurden die gesellschaftlichen Kosten, verursacht durch Infektionen ausgewählter antibiotikaresistenter Bakterien, auf 1,5 Milliarden EUR jährlich veranschlagt.

Viele Gründe (z. B. die begrenzte Zahl der einbezogenen Bakterien, die Nichtberücksichtigung von Infektionen ambulanter Patienten, die durchschnittlichen Kosten der Krankenhausbehandlung, bei denen besondere, z. B. intensivmedizinische Behandlungen nicht berücksichtigt werden) sprechen für die Schlussfolgerung, dass mit diesen Zahlen die menschliche und wirtschaftliche Belastung durch Infektionen mit antibiotikaresistenten Bakterien eher zu niedrig angesetzt ist.

Forschung und Entwicklung im Bereich antibakterieller Wirkstoffe

Um den Stand der Entwicklung antibakterieller Medikamente zu bewerten, wurden zwei kommerzielle Datenbanken (Adis Insight R&D und Pharmaprojects) nach in der Entwicklung befindlichen antibakteriellen Wirkstoffen durchsucht. Da die Ausfallrate bei vorklinischen Studien hoch ist und nur wenig Daten verfügbar sind, wurde beschlossen, keine eingehende Untersuchung zu den Wirkstoffen durchzuführen, die das Stadium klinischer Studien noch nicht erreicht haben.

Bei den in den Datenbanken ermittelten Wirkstoffen wurde nach Möglichkeit die antibakterielle Wirkung in Bezug auf die ausgewählten Bakterien anhand der in Datenbanken oder in der Literatur verfügbaren Daten bewertet. Mangels tatsächlicher In-vitro-Daten wurden auch plausible Annahmen zur Wirkung einiger Stoffe auf der Grundlage der Eigenschaften ähnlicher Wirkstoffe (d. h. Stoffe derselben Klasse oder mit dem gleichen Wirkmechanismus) berücksichtigt, um ein „Best-Case-Szenario“ zu erstellen.

Außerdem wurden die Prüfer aufgefordert, für jeden Wirkstoff anzugeben, ob es sich um eine neue Klasse handelte oder er zu einer bestehenden Klasse von Antibiotika gehörte und ob er

- mit demselben Ziel und in der gleichen Weise wirkte wie mindestens ein bereits zugelassener antibakterieller Wirkstoff;
- durch einen bekannten Wirkmechanismus auf ein neues Ziel wirkte oder
- durch einen neuen Wirkmechanismus wirkte.

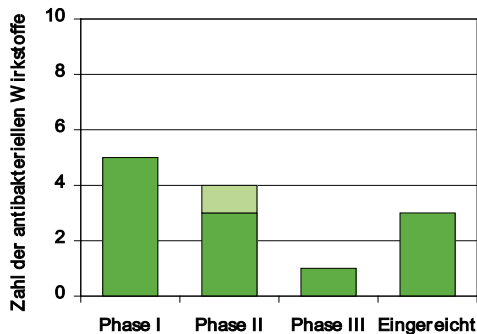
Die Hauptergebnisse dieser Untersuchung waren:

- Von den 167 ermittelten Wirkstoffen handelte es sich bei 90 um antibakterielle Wirkstoffe mit In-vitro-Wirksamkeit in einem „Best-Case-Szenario“ (auf der Grundlage tatsächlicher Daten oder aufgrund der Klasseneigenschaften oder des Wirkmechanismus angenommen) gegen mindestens einen Organismus aus der Gruppe der wegen ihrer Bedeutung für die öffentliche Gesundheit ausgewählten Bakterien.
- Von diesen 90 Wirkstoffen waren 24 neue Darreichungsformen zugelassener antibakterieller Wirkstoffe und 66 waren neue Wirkstoffe.
- Von den 66 neuen Wirkstoffen wurden nur 27 als Stoffe mit entweder einem neuen Ziel oder einem neuen Wirkmechanismus eingestuft, die somit gegenüber vorhandenen Antibiotika einen potenziellen Nutzen bieten.
- Von diesen 27 Wirkstoffen konnten 15 systemisch verabreicht werden.
- Von den 15 systemisch verabreichbaren Wirkstoffen ergab sich für acht eine Wirksamkeit gegen mindestens eines der ausgewählten gramnegativen Bakterien.
- Unter den acht gegen gramnegative Bakterien wirksamen Stoffen waren vier, bei denen die Wirksamkeit anhand tatsächlicher Daten festgestellt worden war, und vier, bei denen sie aufgrund bekannter Klasseneigenschaften oder Wirkmechanismen angenommen wurde.
- Von den vier Stoffen, deren Wirksamkeit gegen gramnegative Bakterien durch tatsächliche Daten belegt war, wirkten zwei auf neue oder möglicherweise neue Ziele. Einen neuen Wirkmechanismus wies keiner davon auf.

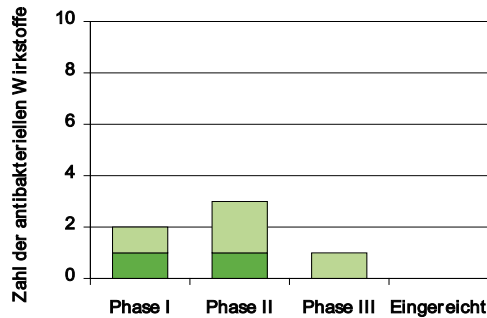
Abbildung 7.2 zeigt die Angaben zu diesen 15 antibakteriellen Wirkstoffen. Bemerkenswerterweise hatten es nur fünf dieser Wirkstoffe in klinische Studien zur Bestätigung der klinischen Wirksamkeit geschafft (Phase 3 der klinischen Entwicklung oder höher).

Abbildung 7.2 Neue systemische antibakterielle Wirkstoffe mit einem neuen Ziel oder neuen Wirkmechanismus und anhand tatsächlicher Daten bestätigter In-vitro-Wirksamkeit (dunkle Balken) bzw. aufgrund von Klasseneigenschaften oder Wirkmechanismen angenommener In-vitro-Wirksamkeit (helle Balken) gegen die ausgewählten Bakterien (Best-Case-Szenario), nach Entwicklungsphase (n=15).

a. Grampositive Bakterien



b. Gramnegative Bakterien*



Anmerkung: Eine anhand tatsächlicher Daten belegte In-vitro-Wirksamkeit ist durch eine dunklere Farbe in unteren Teil der Balken gekennzeichnet. Eine aufgrund von Klasseneigenschaften oder Wirkmechanismen angenommene In-vitro-Wirksamkeit ist (sofern zutreffend) durch eine hellere Farbe im oberen Teil der Balken gekennzeichnet.

**Zwei Carbapeneme wurden für Abbildung 7.2b nicht berücksichtigt, da sie gegen gramnegative Bakterien nicht wirksamer sind als frühere Carbapeneme. Die relative Neuheit dieser Wirkstoffe beruhte auf einem besseren Wirkprofil gegen antibiotikaresistente grampositive Bakterien. Sie wurden deshalb in Abbildung 7.2a berücksichtigt.*

Die Belastung durch Bakterienresistenzen in der EU ist bereits erheblich und wird wahrscheinlich weiter zunehmen. Auf der Grundlage aktueller Daten wird erwartet, dass in den kommenden Jahren vor allem Probleme durch Resistenzen bei gramnegativen Bakterien auftreten werden.

Gleichzeitig werden nur wenige antibakterielle Wirkstoffe mit neuen Wirkmechanismen entwickelt, um der Herausforderung der Multiarzneimittelresistenzen zu begegnen. Es fehlen vor allem neue Wirkstoffe zur Behandlung von Infektionen durch multiarzneimittelresistente gramnegative Bakterien.

In diesem Bericht wurde eine Lücke zwischen der Inzidenz von Infektionen durch multiarzneimittelresistente Bakterien und der Entwicklung neuer Antibiotika zur Bekämpfung dieses Problems ermittelt. Eine europäische und weltweite Strategie zur Schließung dieser Lücke ist dringend notwendig. Es sind Maßnahmen erforderlich, die Anreize für die Arzneimittelentwicklung schaffen.

8. Wirksamkeit von verhaltensbezogenen und psychosozialen HIV-/STI-Präventionsmaßnahmen für MSM in Europa

(Veröffentlichung: November 2009, geändert im Dezember 2009)

Hintergrund

Da ein wirksamer und bezahlbarer Impfstoff fehlt und mit den vorhandenen antiretroviralen Therapien keine Heilung möglich ist, bleibt eine verhaltensbezogene und psychosoziale Prävention mit dem Ziel, sexuelles Risikoverhalten zu verringern, ein zentrales Element der Anstrengungen zur Verringerung der HIV-/STI-Übertragung zwischen Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten (MSM). Da Programmplaner und politische Entscheidungsträger Beschreibungen spezifischer Maßnahmen und quantitative Schätzungen ihrer Wirkung benötigen, um sachkundige Entscheidungen über die Finanzierung von Präventionsmaßnahmen und die Forschung treffen zu können, ist eine systematische Überprüfung vonnöten, die aktuelle Informationen über HIV-/STI-Präventionsmaßnahmen in Europa mit der Zielgruppe MSM liefert.

Ziele

Ziel war die Zusammenfassung und Bewertung von HIV-/STI-Präventionsmaßnahmen für in Europa lebende MSM und die Ermittlung von Merkmalen erfolgreicher Maßnahmen und potenzieller Lücken in der Datengrundlage.

Methoden

Es wurde eine systematische Literaturrecherche in acht internationalen Datenbanken und Bibliografien einschlägiger Übersichtsarbeiten und den darin aufgeführten Studien durchgeführt. Die Studien wurden anhand vorab festgelegter Kriterien ausgewählt und auf ihr Verzerrungsrisiko überprüft. Die Ergebnisse wurden in Tabellen zusammengefasst, und die Wirkung der Maßnahmen auf das Sexualverhalten wurde geschätzt.

Ergebnisse

Die Ergebnisse wurden anhand der Daten sechs kontrollierter Studien ermittelt, an denen zu Beginn insgesamt 4 111 Personen aus vier europäischen Ländern teilnahmen. Die Ergebnisse zeigten, dass bei allen Studien in einem oder mehreren bewerteten Bereichen ein „hohes“ oder „unklares“ Verzerrungsrisiko bestand. Die zusammengefasste Wirkungsabschätzung der vier Maßnahmen, für die Daten verfügbar waren, ergab, dass MSM, die an Präventionsinitiativen teilnehmen, möglicherweise mit geringerer Wahrscheinlichkeit ungeschützten Analverkehr (unprotected anal intercourse, UAI) haben. Die Datenbasis reichte nicht aus, um zu untersuchen, welche Merkmale von Maßnahmen den engsten Zusammenhang mit der Größenordnung der Wirkung aufweisen. An der Studie nahmen nur wenige nicht-weiße Personen teil, und nur eine Studie verwendete biologische Messungen von STI als Index für Veränderungen.

Diskussion

Trotz des Reifegrads der Epidemie sind strenge Ergebnisbewertungen verhaltensbezogener HIV-/STI-Maßnahmen für MSM in Europa rar. Die Ergebnisse lassen auf mögliche kurzfristige Wirkungen in Form einer Verringerung des Anteils der MSM schließen, die UAI praktizieren, die geringe Zahl der kontrollierten Studien macht aber den Forschungsbedarf auf diesem Gebiet deutlich. Die wissenschaftliche Gemeinschaft sollte das Potenzial für eine Übertragbarkeit der Maßnahmen ermitteln und im Idealfall vor Inangriffnahme neuer Programme umfangreiche Grundlagenforschung betreiben.

Schlussfolgerung

Insgesamt besteht ein Mangel an Ergebnisbewertungen für Maßnahmen zur Reduktion des HIV-/STI-Risikoverhaltens bei MSM in Europa. Die Konzipierung von HIV-/STI-Präventionsstrategien zur Verhinderung von Neuinfektionen und die Bewertung solcher Präventionsprogramme für MSM sind ein wichtiger Bestandteil einer umfassenden HIV-/STI-Eindämmungsstrategie im gesamten Präventions- und Behandlungsspektrum.

Leitlinienberichte

9. Chlamydienbekämpfung in Europa

(Veröffentlichung: Juni 2009)

Warum sind Chlamydien ein Problem für die öffentliche Gesundheit?

Chlamydia trachomatis ist eine der am stärksten verbreiteten sexuell übertragbaren bakteriellen Infektionen in Europa. In der Regel sind zwischen 5 und 10 % der sexuell aktiven jungen Menschen betroffen. Die Zahl der diagnostizierten Fälle nimmt in vielen europäischen Ländern zu, was teilweise an verstärkten Kontrollen und der Verwendung empfindlicherer Tests liegt. Bei mit Genitalchlamydien infizierten Personen können Symptome einer Entzündung des Genitaltrakts, einschließlich Harnröhren- und Gebärmutterhalsentzündung auftreten, die meisten bleiben jedoch symptomfrei. Chlamydien stellen ein erhebliches Problem für die öffentliche Gesundheit dar, da sie zu Unterleibsentzündungen, Subfertilität und bei einigen Frauen zu Schwierigkeiten bei der Erfüllung eines Kinderwunsches führen können. Chlamydien fördern zudem die Übertragung von HIV. Die Behandlung von durch Chlamydien ausgelöster Subfertilität ist sehr kostspielig, da sie tubenchirurgische Eingriffe und In-vitro-Fertilisation erfordert. Obwohl eine kostengünstige und wirksame Behandlung verfügbar ist, ist die Bekämpfung von Chlamydien schwierig, da die meisten Infizierten symptomfrei sind.

Maßnahmen zur Chlamydienbekämpfung in Europa

Eine systematische Untersuchung der Maßnahmen zur Chlamydienbekämpfung in 29 europäischen Ländern ergab, dass ihre Organisation sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Fast die Hälfte der Länder gab keine organisierten Maßnahmen an, und nationale Programme wurden nur in zwei Ländern ermittelt.

Durchführung der Chlamydienbekämpfung

Der erste Schritt zu einem umfassenden und wirksamen Bekämpfungsprogramm ist die Festlegung einer Strategie nach einer umfassenden Konsultation der wichtigsten Interessensgruppen. Die Strategie sollte die spezifischen nationalen Möglichkeiten sowie deren Grenzen und Ergebnisse und eine belegte Überprüfung der Interventionen und Maßnahmen beinhalten. Sie kann sich auf das in diesen Leitlinien dargestellte stufenweise Konzept stützen.

Das stufenweise Vorgehen wird empfohlen, um sicherzustellen, dass ein präzises Management der STI-Prävention und der Patienten vorhanden ist, ehe komplexe Maßnahmen wie z. B. Screenings erwogen werden.

Es werden vier Stufen von Chlamydienbekämpfungsprogrammen beschrieben:

- Stufe A, Primärprävention: Dazu gehören Gesundheitsförderung und Bildungsarbeit, Programme an Schulen und die Verteilung von Kondomen.
- Stufe B, Fallmanagement: Diese Stufe baut auf Stufe A auf, hinzu kommen die routinemäßige Überwachung von Fällen, Dienste zur genauen Chlamydiendiagnose, klinische Dienste und Dienstleistungen für das Patienten- und Partnermanagement. Jedes dieser Elemente erfordert klare, evidenzbasierte Leitlinien und regelmäßige Prüfungen.
- Stufe C, Gelegenheitstests: Diese Stufe baut auf Stufe B auf. Hinzukommen Tests, die routinemäßig für eine oder mehrere festgelegte Personengruppen angeboten werden, die andere klinische Dienste in Anspruch nehmen, mit dem Ziel Fälle zu ermitteln (z.B. symptomfreie Fälle).
- Stufe D, Screeningprogramm: Diese Stufe baut auf Stufe C auf, hinzu kommt die organisierte Durchführung regelmäßiger Chlamydientests beim Großteil einer festgelegten Population mit dem Ziel einer Senkung der Chlamydienprävalenz in der Bevölkerung.

Zur Wirkung von Programmen der Stufen C und D liegen nur begrenzt Daten vor und müssen deshalb sorgfältig bewertet werden, um als Orientierungshilfen für zukünftige Politik zu gelten. Vor allem die Wirkung solcher Programme auf die Bekämpfung von Chlamydien in der Bevölkerung muss überwacht und bewertet werden. Die Einführung eines Chlamydien-Screening-Programms sollte mit der gleichen Sorgfalt wie jedes andere Screening-Programm anhand einer Bewertung aller potenziellen Vorteile, Nachteile und Kosten geprüft werden.

Eine wirksame Ressourcenausstattung und Anwendung nationaler Strategien zur Chlamydienbekämpfung erfordert Führungskompetenzen und Engagement bei den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern. Welche nationale Strategie am angemessensten ist, dürfte je nach Land verschieden sein, und nationale Strategien sollten in Absprache mit medizinischen Berufsverbänden, Förderstellen und Gesundheits- und Diagnosedienstleistern entwickelt werden.

Bewertung von Programmen zur Chlamydienbekämpfung

Bekämpfungsprogramme haben das Ziel, die Prävalenz von Chlamydien zu verringern. Dies ist jedoch schwierig zu überwachen, da es regelmäßige demografische Erhebungen erfordert. Es gibt jedoch viele weitere Wirksamkeitsindikatoren, die in jedem Programm von Anfang an eingeplant werden sollten.

Auf nationaler Ebene sollten die Programme Indikatoren in Bezug auf die Strategien und Leitlinien des Programms, seine Durchführung und Verfahren sowie seine Ergebnisse überwachen. Diese müssen auf den spezifischen Zielen basieren, die für die jeweilige Durchführungsebene angemessen sind.

Wenn Länder von einer Stufe zur nächsten wechseln, müssen sie ihre Entscheidungen auf der Grundlage einer strengen Beurteilung der Belege für Wirksamkeit, Kostenwirksamkeit und Nachteile treffen. Dies wird unterstützt, wenn die Länder sicherstellen, dass alle Maßnahmen umfassend bewertet und die Ergebnisse innerhalb von Europa ausgetauscht werden. So kann die Investition in gegenwärtige Programme die Datengrundlage für die Chlamydienbekämpfung stärken, künftige Entscheidungen erleichtern und die Gesundheit der Bevölkerung verbessern.

Auf europäischer Ebene sollte angestrebt werden, den Anteil der Länder zu verringern, die keine organisierten Maßnahmen vorweisen können.

Ziel dieses Dokuments

Dieses Dokument bietet gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern Orientierungshilfen zu nationalen Strategien zur Chlamydienbekämpfung. Es enthält keine spezifischen klinischen bzw. diagnostischen Leitlinien, sondern einen Rahmen für die Entwicklung, Umsetzung und Verbesserung nationaler Strategien zur Chlamydienprävention und -bekämpfung. Als Grundlage für solche detaillierten Leitlinien sollten aktuelle systematische Übersichtsarbeiten konsultiert werden.

Gesundheitspolitische Strategien sollten sich, genau wie klinische Leitlinien, auf die besten verfügbaren Nachweise stützen. Für politische Entscheidungen steht jedoch meist eine weniger große Datengrundlage zur Verfügung. Mit diesem Leitliniendokument möchten wir die Entwicklung lokaler, evidenzbasierter Leitlinien im Rahmen fundierter nationaler Strategien zur Chlamydienbekämpfung erleichtern. Bei solchen Strategien sind nicht nur klinische und epidemiologische Faktoren (z. B. die Prävalenz von Chlamydien in der Bevölkerung) zu berücksichtigen, sondern auch die lokalen Systeme des Gesundheitswesens, Infrastruktur und Ressourcenausstattung.

Die Leitlinien wurden von einer technischen Expertengruppe anhand der in dem Bericht des ECDC „Überblick über die Maßnahmen zur Kontrolle von Chlamydieninfektionen in den EU-Ländern“, einer Untersuchung über Chlamydienbekämpfungsmaßnahmen sowie systematischer Untersuchungen zum Screening und zur Bekämpfung von Chlamydien entwickelt.

Diese Leitlinien beziehen sich auf die verbreitete sexuell übertragene Form der *Chlamydia trachomatis* (Serovare D bis K). *Lymphogranuloma venereum* bzw. das Trachom werden nicht berücksichtigt.

10. Einsatz von Grippe-Virostatika im öffentlichen Gesundheitswesen während einer Pandemie

(Veröffentlichung: Juni 2009, aktualisiert im August 2009)

Dieses Hintergrunddokument ist als Informationsquelle für all diejenigen gedacht, die in der Europäischen Union und den EWR-/EFTA-Staaten politische Strategien und Praktiken für den Einsatz von Grippe-Virostatika, insbesondere im Zusammenhang mit Influenza-Pandemien, entwickeln. Das Dokument stützt sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse, Leitlinien der WHO, Expertengutachten (u. a. aus dem ECDC-Beirat) und Empfehlungen in nationalen Pandemie-Abwehrbereitschaftsplänen in Europa. Im Mittelpunkt stehen Optionen für den Einsatz von Virostatika im Fall einer Influenza-Pandemie.

Die verfügbaren Ergebnisse zur antiviralen Wirksamkeit bei Behandlung oder Prophylaxe und dem darauf beruhenden Einsatz im öffentlichen Gesundheitswesen im Fall einer Pandemie stammen hauptsächlich aus Studien, die in der Grippezeit (saisonale Influenza) an gesunden Erwachsenen durchgeführt wurden, und zu einem kleineren Teil aus Studien an stärker gefährdeten Gruppen (älteren Menschen) und einigen älteren Kindern.

Diese Ergebnisse zeigen, dass die Behandlung mit bestimmten Virostatika, vor allem den Neuraminidasehemmern (Oseltamivir und Zanamivir), einen gewissen Nutzen bringt, indem sie die Erkrankung in der Regel um 1-2 Tage verkürzt und auch die Komplikationen und die Notwendigkeit einer Antibiotikagabe bei Infizierten verringert. Dieser Effekt wird durch die Notwendigkeit einer frühzeitigen Medikamentengabe (innerhalb von 48 Stunden nach Auftreten der Symptome) begrenzt. Wenig gesicherte Ergebnisse aus Beobachtungsstudien sprechen auch dafür, dass Medikamente die Krankheits- oder sogar Sterberate bei schwerer erkrankten Patienten auch dann verringern können, wenn sie nach mehr als 48 Stunden gegeben werden. Leichte Nebenwirkungen werden bei der oralen Darreichungsform (Oseltamivir) häufig angegeben, vor allem Übelkeit und manchmal sogar Erbrechen, weshalb der Hersteller die Einnahme zusammen mit einer Mahlzeit empfiehlt.

Versuche an gesunden Erwachsenen deuten darauf hin, dass eine Infektion durch prophylaktische Behandlung – vorschriftsmäßige Einnahme vorausgesetzt – zu 70-90 % verhindert werden kann. Weniger belegt ist der Nutzen für die öffentliche Gesundheit in stärker gefährdeten Gruppen und Umfeldern, doch eine gewisse Verringerung der Infektionsgefahr in z. B. geschlossenen Umfeldern wie Pflegeheimen, erscheint wahrscheinlich. Das deutet darauf hin, dass solche Medikamente die Virusübertragung verringern und zur Vermeidung von Infektionen beitragen können.

In seltenen Fällen können Influenzaviren, die eine primäre Resistenz gegen ein oder mehrere Virostatika aufweisen, auf natürliche Weise durch genetische Mutation und natürliche Reassortierung von Viren entstehen. Dies geschah in der Grippezeit 2007-08 in Europa, als ein Influenzavirus auftauchte, das gegen Oseltamivir resistent war. Der Einsatz von Virostatika spielte dabei keine Rolle, und diese Möglichkeit sollte keinen Einfluss auf Standardstrategien für den Einsatz von Virostatika bei Pandemien haben. Die Möglichkeit eines überlebensfähigen Virus, das gegen eine Virostatika-Behandlung resistent ist, stellt jedoch ein echtes Problem speziell während einer Pandemie dar und erfordert eine schnelle Anpassung der Virenbekämpfungsstrategie, vor allem bei der Prophylaxe. Dies ist nicht mit einer sekundären Virostatika-Resistenz zu verwechseln, die beim Einsatz von Virostatika häufig auftritt. Diese führt in der Regel zur Entstehung eines Virus, das nicht von Mensch zu Mensch übertragbar ist und deshalb kein Problem für die öffentliche Gesundheit darstellt.

Es gibt eine Reihe verschiedener Strategien für den Einsatz von Virostatika, die von den Gesamtzielen der Behörden im Bereich der öffentlichen Gesundheit, der Verfügbarkeit von Virostatika und anderen praktischen Erwägungen abhängig sind. Solche Ziele können u. a. die Behandlung schwerer erkrankter Personen, die Behandlung oder der Schutz stärker gefährdeter Gruppen, die Behandlung aller Fälle, die Verringerung der Übertragungshäufigkeit oder der Schutz von Beschäftigten im Gesundheitswesen und anderen Schlüsselkräften sein. Das ECDC hat eine Prioritätenhierarchie vorgeschlagen.

Während einer Pandemie entstehen wegen der hohen Zahl und potenziellen Schwere der Infektionen erhebliche praktische Probleme bei der Deckung des Bedarfs an Virostatika, sowohl zur Behandlung infizierter Personen als auch zur Verhinderung von Infektionen (Prophylaxe). Viele Länder haben Vorräte von Virostatika speziell für den Fall einer Pandemie angelegt. Die Virostatika-Bestände der europäischen Länder sind offenbar für Bevölkerungsanteile zwischen wenigen Prozent und über 50 % ausreichend. Doch selbst, wenn Vorräte vorhanden sind, ist es nahezu unvermeidlich, dass im Fall einer Pandemie die Nachfrage nach Virostatika größer ist als das Angebot. Deshalb ist es wichtig, durch eine hoch entwickelte strategische und logistische Planung die Nutzung der bestehenden Bestände zu optimieren. Ein wichtiger allgemeiner Grundsatz ist, dass Vorräte nur begrenzt nützlich sind, wenn entsprechende Zielvereinbarungen, Protokolle, Verwaltungs- und Bereitstellungssysteme fehlen.

Deshalb sind klare Zielsetzungen im Rahmen der Pandemieplanung entscheidend für die Maximierung des Nutzens von Virostatika-Vorräten. Bei dieser Planung sollten das Gesamtvolumen und die Verfügbarkeit von Virostatika, die zugrundeliegende Epidemiologie (prognostizierte attack rates (Befallsraten usw.), Umfang und Dauer des Ausbruches und die Größe der Bevölkerungsgruppen berücksichtigt werden. Auch Modellierungen können ein wichtiges Instrument zur Extrapolierung der Wirkungen verschiedener antiviraler Strategien im Fall einer Pandemie sein. Eine solche Modellierung ist jedoch nicht einfach. Auf der Grundlage der vorliegenden wissenschaftlichen Ergebnisse schlägt das ECDC die folgende Strategie zur Prioritätensetzung für den Einsatz von Virostatika vor:

1. **Kranke mit schwererem Verlauf:** Oberste Priorität hat die Behandlung von Patienten mit schwererem Krankheitsverlauf, auch wenn sie sich jenseits des „Zeitfensters“ von 48 Stunden nach Einsetzen der Symptome befinden, in dem Virostatika als wirksam gelten. Noch wichtiger ist es für diese Patienten jedoch, dass ausreichende Bestände geeigneter Antibiotika zur Behandlung sekundärer Infektionen und andere wichtige Medikamente verfügbar sind.
2. **Personen mit dem höchsten Risiko eines schweren Verlaufs:** In dieser Gruppe könnten den Personen Vorrang eingeräumt werden, die das höchste Risiko eines schweren Verlaufs haben. Bei der saisonalen Grippe sind das alle Personen, für die eine Impfung gegen die saisonale Grippe empfohlen wird: ältere Menschen, Personen mit chronischen Krankheiten und Beschäftigte im Gesundheitswesen mit direktem Patientenkontakt. Im Pandemiefall muss diese Liste jedoch u. U. im Hinblick auf die Gefährdung durch den jeweiligen Pandemiestamm angepasst werden. Sind sowohl Pandemie- als auch saisonale Viren im Umlauf, müssen die stärker gefährdeten Gruppen für die saisonale Grippe und die Pandemie kombiniert werden. Manche Länder könnten in Erwägung ziehen, die Haushalte stärker gefährdeter Personen prophylaktisch zu behandeln, auch wenn die Umsetzung schwierig sein dürfte.
3. **Alle Personen, bei denen die Krankheit gerade ausgebrochen ist:** Nach der Gruppe der schwerer Erkrankten könnten Personen vorrangig mit Virostatika versorgt werden, bei denen die Krankheit gerade ausgebrochen ist (bis zu 48 Stunden nach den ersten Symptomen), da die Medikamente zu diesem Zeitpunkt am wirksamsten sind.
4. **Einsatz zur Prophylaxe:** Länder mit größeren Virostatika-Vorräten können erwägen, sie auch zur Prophylaxe einzusetzen. Dafür kommen folgende Gruppen in Frage: Personen mit engem Kontakt zu Erkrankten, Angehörige und Schlüsselkräfte für den ununterbrochenen Dienstbetrieb. Das Anlegen von Vorräten in Privathaushalten wird nicht empfohlen, da die Bestände begrenzt sind. Es ist jedoch unvermeidlich, dass einige Personen ihre Ärzte darum bitten, wie es im Fall der Vogelgrippe passierte.
5. **Beschäftigte im Gesundheitswesen** mit direkten Patientenkontakten sind ein Sonderfall. Sie brauchen einen angemessenen Schutz in Form einer persönlichen Schutzausrüstung. Sollten sie erkranken, müssen sie unverzüglich Virostatika erhalten und zu Hause bleiben. Länder mit größeren Beständen können eine Prophylaxe für bestimmte Gruppen dieser Beschäftigten erwägen.

Eine noch größere Herausforderung sind die organisatorischen Aspekte der Virostatika-Bereitstellung. Die vorliegenden Ergebnisse deuten nämlich darauf hin, dass eine Behandlung mit Virostatika nur dann einen begrenzten Nutzen bringt, wenn sie innerhalb von 48 Stunden nach dem Auftreten der ersten Symptome erfolgt. Dies ist im Fall einer Pandemie besonders entscheidend. Damit Virostatika wirksam zur Infektionsbehandlung eingesetzt werden können und um ihre schnelle Lieferung und Verabreichung zu gewährleisten, müssen auch Ressourcen zur Entwicklung von Protokollen und Systemen bereitgestellt werden.

Die Arbeiten des ECDC und des WHO-Regionalbüros für Europa in Kooperation mit den Mitgliedstaaten zeigen, dass die folgenden Probleme bei der Bereitstellung und Verwaltung nationaler Virostatika-Bestände und anderer strategischer Vorräte im Vorfeld einer Pandemie sorgfältig berücksichtigt werden müssen.

1. In der Anfangsphase einer Pandemie muss entschieden werden, ob die Schwere der Infektion bei den einzelnen Patienten ausreicht, um eine Bereitstellung von Virostatika für alle Personen mit Symptomen zu rechtfertigen oder sogar den Versuch einer Verzögerung oder Eindämmung zu erwägen.
2. Es muss sichergestellt werden, dass immer Virostatika für die ärztliche Behandlung der am schwersten Erkrankten verfügbar sind.
3. Es muss möglich sein, Virostatika für Personen, die sie am nötigsten brauchen, rechtzeitig bereitzustellen, da sie um wirksam zu sein, innerhalb von 48 Stunden nach Einsetzen der Symptome verabreicht werden müssen.
4. Anhand vereinbarter Kriterien müssen die Schlüsselgruppen ermittelt werden, die vorrangig mit Virostatika versorgt werden sollten (Standardposition).

5. Eine Änderung der Prioritäten muss möglich sein, sobald sich abzeichnet, dass andere Gruppen als die nach den Erfahrungen mit der saisonalen Grippe prognostizierten Personen am stärksten gefährdet sind.
6. Es muss sichergestellt werden, dass die nationalen Bestände nicht nur für die zuerst betroffenen Regionen verbraucht werden und Ressourcen zwischen verschiedenen Landesteilen verschoben werden können.
7. Es muss eine Position den Bürgern gegenüber, die individuelle Vorräte anlegen, und Unternehmen, die ihre Belegschaft schützen wollen, festgelegt werden.
8. Es sollte eine Überwachung der Virostatika-Resistenzen (vor allem der primären) stattfinden und die Option bestehen, nationale Behandlungsstrategien zu ändern, wenn die Bestände möglicherweise nicht ausreichen oder eine Virostatika-Resistenz auftritt (vor allem, wenn die Medikamente zur Prophylaxe eingesetzt werden).
9. Gestresste Beschäftigte in der Primärversorgung sollten nicht durch die Vergabe von Virostatika an wenig oder mäßig Erkrankte belastet werden, wenn sie bereits mit schwer Erkrankten ausgelastet sind. Dadurch wird auch verhindert, dass infizierte Personen bei der Beschaffung der Virostatika zusammenkommen (z. B. in Warteschlangen oder Wartezimmern) und so die Infektion weiter verbreiten.
10. Es sollte sichergestellt werden, dass ausreichende Bestände wichtiger Medikamente vorhanden sind, dies gilt vor allem, aber nicht nur, für geeignete Antibiotika.
11. Es sollte möglich sein, die Compliance (Befolgung der Einnahme), vor allem bei schwach Erkrankten und Prophylaxeempfängern, zu überwachen.
12. Die wenig verbreiteten Nebenwirkungen von Oseltamivir, vor allem Übelkeit, sollten vorhergesehen einkalkuliert werden, und dass auch weniger häufige, aber schwerere Nebenwirkungen gemeldet werden können.
13. Es sollten Schulungsmaterialien und Konzepte vorhanden sein, um den Gebrauch von Zanamivir-Inhalatoren zu erleichtern, vor allem für Personen, die Schwierigkeiten damit haben.
14. Ansätze für Sondergruppen, wie z. B. Schwangere und kleine Kinder, sollten erwogen werden.
15. Zu allen genannten Punkten sollten belastbare, zuverlässige, erprobte Kommunikationsstrategien für Fachkräfte und die Öffentlichkeit im Rahmen der umfassenderen Öffentlichkeitsarbeit während einer Pandemie vorhanden sein.

Zusätzlich schlägt das ECDC einige praktische Systeme auf EU-Ebene vor:

16. Die Mitgliedstaaten sollen über das Frühwarn- und Reaktionssystem (EWRS) über ihre Standardpositionen Bericht erstatten und wichtige Änderungen mitteilen.
17. Es sollten Systeme eingerichtet werden, mit denen die Berichte und Gerüchte über unerwünschte Ereignisse erfasst werden können. Sie sollten einen Mechanismus enthalten, über den EMEA und ECDC in diesem unvermeidlichen Fall reagieren können.
18. Das ECDC, das Netz der gemeinschaftlichen Referenzlaboratorien und die WHO sollten das Auftreten von Resistenzen gegen Virostatika überwachen.
19. Es sollten Schritte für den unvermeidlichen Fall geplant werden, dass Virostatika und andere Medikamente aus unregulierten Quellen zum Direktverkauf im Internet angeboten werden.

In dieser Arbeit wird eine Reihe von Prioritäten für die Forschung und Entwicklung aufgezeigt, u. a. die Frage, ob eine Virostatika-Gabe außerhalb des 48-stündigen „Zeitfensters“, vor allem zur Behandlung schwerer erkrankter Patienten, einen Nutzen bringt. Eine weitere Priorität ist die Bereitstellung von Systemen in den Mitgliedstaaten, mit denen in Echtzeit festgestellt werden kann, ob Virostatika gegen ein Pandemievirus tatsächlich wirksam sind, und von Systemen zur Früherkennung von echtem Therapie- oder Prophylaxeversagen, das auf die Entstehen von Resistenzen hindeuten könnte.

11. Einsatz spezifischer pandemischer Influenza-Impfstoffe während der H1N1-Pandemie 2009

(Veröffentlichung: August 2009)

Im April 2009 wurde ein neuer Influenza-Virenstamm des Typs A (H1N1) beim Menschen ermittelt und beschrieben. Die Befallsraten dieses Pandemiestamms des Typs A (H1N1) sind voraussichtlich höher als die saisonaler Grippestämme, da in der Bevölkerung eine geringere Immunität vorhanden ist (außer bei älteren Menschen, von denen viele offenbar eine gewisse Immunität besitzen). Vermutlich werden in einem kurzen Zeitraum mehr Grippepatienten bei Gesundheitseinrichtungen vorstellig als bei der saisonalen Grippe.

Die Impfung mit einem stammspezifischen weit verbreiteten Impfstoff gilt als eine der wirksamsten Gegenmaßnahmen zum Schutz von Individuen im Fall einer Pandemie. Spezifische weit verbreitete Impfstoffe sind jedoch nicht sofort verfügbar, die Hersteller können zwangsläufig nur gestaffelt liefern und ebenso ist die Verteilung ein Problem. Es ist deshalb schwierig, die Bereitstellung des Impfstoffs innerhalb kurzer Zeit sicherzustellen. Ein strategischer Einsatz von Impfstoffen nach sorgfältiger Prioritätensetzung in Bezug auf die verschiedenen Bevölkerungsgruppen ist wichtig, um die verfügbaren Dosen mit dem größtmöglichen Nutzen einzusetzen.

Die Gesamtziele der Impfung sollten festgelegt werden, ehe beschlossen wird, wem die Impfung angeboten wird und wie die Priorisierung der Zielpopulationen aussehen soll. Diese kann aus gutem Grund je nach Land bzw. Region unterschiedlich sein. Die Unterschiede betreffen besonders die verfügbaren Ressourcen, Mengen an Impfstoff und Spritzen usw. und praktische Fragen der Verteilung und Bereitstellung. Diese Unterschiede zwischen den Ländern führen im konkreten Fall zu Kommunikationsproblemen, auf die die Beteiligten vorbereitet sein sollten.

Die Ziele einer Pandemie-Impfstrategie lassen sich zwei groben Kategorien zuordnen, die sich keinesfalls gegenseitig ausschließen: a) Linderung, zum Schutz der Personen, die möglicherweise am stärksten von einem schweren Verlauf bedroht sind und b) Schutz grundlegender Dienste.

Bei der Influenza des Typs A (H1N1) handelt es sich um ein neues Virus, und Pandemien unterscheiden sich heutzutage untereinander und von der gewöhnlichen saisonalen Grippe. Deshalb können die Risikogruppen (mit erhöhtem Risiko eines schweren Verlaufs) anders aussehen als bei Virenstämmen der saisonalen Grippe. Außerdem kommen verschiedene Strategien zum Tragen, die stärkeres Gewicht auf den ununterbrochenen Dienstbetrieb wichtiger Dienste durch Impfmaßnahmen legen. Deshalb können auch die Zielgruppen (denen eine Impfung angeboten wird und die möglicherweise, aber nicht immer Angehörige der Risikogruppen sind) anders aussehen.

Nach den vorliegenden Erkenntnissen zur Influenza-A (H1N1)-Pandemie sind folgende Bevölkerungsgruppen als Risikogruppen anzusehen:

- Personen im Alter unter 65 Jahren mit chronischen Vorerkrankungen, und zwar:
 - chronischen Atemwegserkrankungen;
 - chronischen kardiovaskulären Erkrankungen;
 - chronischen Stoffwechselerkrankungen (vor allem Diabetes);
 - chronischen Nieren- und Lebererkrankungen;
 - Personen mit (angeborenen oder erworbenen) Immundefekten;
 - chronischen neurologischen oder neuromuskulären Erkrankungen;
 - allen sonstigen Erkrankungen, die die Immunabwehr oder die Atemwegsfunktionen einschränken;
- kleine Kinder (vor allem im Alter unter zwei Jahren);
- Schwangere.

Diese Liste deckt sich nicht ganz mit der Liste der Risikogruppen, für die viele Länder eine Impfung gegen die saisonale Grippe empfehlen, insbesondere in Bezug auf die über 65-Jährigen. Bei älteren Menschen besteht offenbar ein geringeres Infektionsrisiko – möglicherweise aufgrund einer vorhandenen Immunität – doch es gibt Hinweise darauf, dass wenn sie erkranken, der Verlauf schwerer ist als bei jüngeren Erwachsenen.

Außerdem gibt es weitere Gruppen, denen möglicherweise eine Impfung angeboten wird, obwohl kein erhöhtes Risiko eines schweren Verlaufs besteht (Zielgruppen). Einiges spricht dafür, eine Impfung für Kinder anzubieten, da bei ihnen die Befallsraten (wenn auch mit mildem Verlauf) hoch sind und sie u. U. lokale Ausbrüche besonders verstärken. Es gibt auch Argumente dafür, allen Beschäftigten im Gesundheitswesen eine Impfung anzubieten. Dadurch soll sowohl verhindert werden, dass sie Angehörige von Risikogruppen anstecken, als auch, dass sie

selbst von infizierten Patienten angesteckt werden, damit der Dienstbetrieb im Gesundheitswesen gesichert bleibt. Es hat Vorteile, eine Impfung für Personen anzubieten, die Kranke pflegen, bei denen eine Impfung möglicherweise nicht wirkt (weil sie z. B. mit Immunsuppressiva behandelt werden). Säuglinge im Alter unter sechs Monaten können derzeit wegen fehlender Daten zur Immunogenität und Sicherheit nicht geimpft werden. Deshalb spricht einiges dafür, eine Impfung für Personen anzubieten, die besonders engen Kontakt mit ihnen haben. Weitere potenzielle Zielgruppen sind Beschäftigte, die für Maßnahmen gegen die Pandemie unverzichtbar sind.

Diese Leitlinien stützen sich auf das aktuelle Szenario der Influenza-A (H1N1)-Pandemie 2009. Bereiche, in denen besondere Unsicherheit herrscht, werden aufgezeigt und erörtert. Wenn weitere Daten, Ergebnisse und Stellungnahmen verfügbar werden, wird dieses Dokument zusammen mit der damit verbundenen Risikobewertung des ECDC aktualisiert.

Anhand der Erfahrungen aus früheren Pandemien, bei denen die Pathogenität und Übertragbarkeit des Virus im Zeitverlauf zunahm, werden drei weitere Szenarien vorgestellt. In den Anhängen werden die Ergebnisse zur Impfung spezieller Risikogruppen für die saisonale Grippe und die aktuelle pandemische Influenza zusammengefasst und Größe und Risiko der Zielgruppen grob abgeschätzt. Die Berechnungsgrundlagen werden hinreichend detailliert angegeben, so dass die Mitgliedstaaten die Methodik auf ihre Bevölkerung anwenden und die bereits verwendeten Methoden vergleichen können.

Überwachungsberichte

12. Tuberkuloseüberwachung in Europa 2007

(Veröffentlichung: März 2009)

Seit dem 1. Januar 2008 wird die Tuberkulose-Überwachung in Europa vom Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und dem WHO-Regionalbüro für Europa koordiniert. Ziel ist, qualitativ hochwertige standardisierte TB-Daten für alle 53 Länder der europäischen WHO-Region sicherzustellen.

Im Jahr 2007 wurden von den 51¹ Ländern der europäischen WHO-Region und Liechtenstein² 477 327 TB-Fälle gemeldet. Insgesamt lag die Melderate bei durchschnittlich 54 Fällen pro 100 000 Einwohner, wobei große Unterschiede zwischen den Ländern und ein zunehmendes West-Ost-Gefälle in den letzten Jahren zu beobachten waren. Das entspricht einer Zunahme um 54 497 Fälle seit 2006 und einer Erhöhung der Melderate insgesamt um 13 % (von 48/100 000 auf 54/100 000), die hauptsächlich darauf zurückzuführen ist, dass in der Russischen Föderation nach der Erweiterung des Meldesystems und der Verbesserung des Zugangs zu medizinischer Versorgung bisher nicht gemeldete erneut behandelte Fälle registriert wurden. Die Melderate zuvor unbehandelter Fälle in der gesamten Region ging um 2,5 % (von 36,6 auf 35,7 pro 100 000) zurück. Insgesamt entsprechen die TB-Sterblichkeitsraten in den letzten Jahren in Bezug auf ihre geografische Verteilung in der Region der Gesamt-Melderate (Median insgesamt: 0,6/100 000, Länderbandbreite: 0,0-22,3). Der Mittelwert der primären multiarzneimittelresistenten Tuberkulose (MDR TB) lag in den 22 Ländern, die entsprechende Daten meldeten, bei 1,5 %. Die durchschnittliche Behandlungserfolgsrate lag bei 73 %, 11 % der Fälle wurden nicht weiterverfolgt, 8 % starben und in 7 % war die Behandlung nicht erfolgreich.

Länder der Europäischen Union (EU) und des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR)/der Europäischen Freihandelsassoziation (30 Länder)

Die 27 Länder der EU und drei EWR-/EFTA-Länder (Island, Norwegen und Liechtenstein) meldeten im Jahr 2007 84 917 TB-Fälle. Die TB-Melderaten (17/100 000 insgesamt) waren in Rumänien (118), Bulgarien (40) und den Baltischen Staaten (36-71) am höchsten. Zwischen 2003 und 2007 ging die Gesamtzahl der gemeldeten Fälle um 4 % jährlich zurück, was einen Rückgang der bislang unbehandelten TB-Fälle widerspiegelt. Ein erheblicher Anstieg wurde jedoch in Malta (+61 %) und Island (+37 %), ein gewisser Anstieg in Schweden (+5 %) sowie im Vereinigten Königreich und Zypern (beide +3 %), vor allem bei Personen ausländischer Herkunft beobachtet. Im Jahr 2007 handelte es sich bei 21 % aller Fälle (Länderbandbreite: 0-78 %) um Personen ausländischer Herkunft, von denen fast zwei Drittel aus Asien oder Afrika und 6 % aus Nicht-EU-Ländern in Osteuropa und Zentralasien stammten. Die HIV-Prävalenz unter den TB-Fällen nahm zwischen 2001 und 2007 in Estland und Lettland (von < 1 % auf 11 % bzw. 4 %) zu und verdoppelte sich im Vereinigten Königreich zwischen 2000 und 2003 (von 4 auf 8 %). In den restlichen Ländern, die Daten vorlegten, betrug die HIV-Prävalenz unter den TB-Fällen in fünf Ländern 1 % oder weniger, in sieben anderen 2-5 % und in Portugal 14 %. Die Multiarzneimittelresistenz (MDR) war weiterhin in den Baltischen Staaten (kombinierte MDR-Raten: 10-21 %) häufiger als in den anderen Ländern (0-4 %), wo sie generell bei Personen ausländischer Herkunft häufiger war. 21 Länder legten im Jahr 2006 Daten zur systematischen Erfassung der Behandlungsergebnisse (treatment outcome monitoring, TOM) für bestätigte Fälle von Lungen-TB vor. Von den in den TOM-Kohorten erfassten Fällen wurden 80 % der bislang unbehandelten Erkrankungen erfolgreich behandelt. „Loss to follow-up“ (fehlende Verlaufskontrolle) von Lungen-TB-Fällen war bei Personen ausländischer Herkunft häufiger als bei Einheimischen (35 bzw. 16 %); Todesfälle wurden weniger häufig gemeldet (8 bzw. 4 %). Die TB-Sterblichkeitsraten lagen zwischen 0,0 und 10,9/100 000 (29 Länder, aktuellste verfügbare Daten 2001-2006).

Westen (Nicht-EU-Staaten) (5 Länder)

Im Jahr 2007 wurden von drei Ländern – Andorra, Israel und der Schweiz – 881 TB-Fälle gemeldet. Die Raten lagen zwischen 5,6 und 7,3/100 000. Die Raten waren allgemein niedrig und bei den gemeldeten TB-Fällen handelte es sich mehrheitlich um Personen ausländischer Herkunft. Arzneimittelresistenz-Überwachungsdaten

¹ Aus Monaco und San Marino lagen keine Daten vor.

² Liechtenstein wird in diesem Bericht berücksichtigt, ist aber nur als EWR/EFTA-Land erfasst – es gehört nicht zur europäischen WHO-Region.

wurden von der Schweiz und Israel vorgelegt, wo MDR-TB in 2,3 bzw. 6,7 % aller getesteten Fälle vorlag. Israel meldete die Behandlungsergebnisse für die 2006 registrierten Fälle. Die Erfolgsrate lag bei 74 % der neuen bestätigten Lungenfälle.

Balkan (7 Länder)

Die Länder der Balkanregion meldeten im Jahr 2007 26 296 Fälle, davon 75 % allein in der Türkei (weitere 930 Fälle wurden durch die von der UN verwaltete Provinz Kosovo gemeldet). Insgesamt lag die TB-Melderate im Jahr 2007 bei 29/100 000 und war in Bosnien und Herzegowina (62) höher als in Albanien, Kroatien, der ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien, Montenegro, Serbien und der Türkei (Bandbreite: 14-28). Die HIV-Prävalenz unter den TB-Fällen lag in den Ländern, die Daten vorlegten (Albanien, Bosnien und Herzegowina, die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Montenegro und Serbien) zwischen 0,0 und 0,4 %. Primäre und erworbene MDR traten in den vier Ländern mit MDR-Daten (Albanien, Montenegro, die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien und Serbien) in insgesamt 0-0,6 % bzw. 9,7-34,6 % der Fälle auf. Die Behandlungserfolgsrate 2006 bei den bestätigten Fällen von Lungen-TB lag in fünf der Länder, die Daten vorlegten, zwischen 80 und 97 % und in zwei anderen niedriger (35-70 %). Die TB-Sterblichkeitsraten lagen zwischen 0,25 und 21/100 000 (fünf Länder, aktuellste verfügbare Daten 2001-2006).

Osten (12 Nicht-EU-Staaten in Osteuropa und Zentralasien)

Im Jahr 2007 wurden im Osten 365 233 TB-Fälle gemeldet, 59 % davon aus der Russischen Föderation. Am höchsten waren die TB-Melderaten 2007 (insgesamt 131/100 000) in Kasachstan (258), der Republik Moldau (178), der Russischen Föderation (151), Georgien (135) und Kirgisistan (125), gefolgt von Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Tadschikistan, Turkmenistan, der Ukraine und Usbekistan (59-119). Der mittlere jährliche Anstieg zwischen 2002 und 2007 entsprach der Entwicklung im Zeitraum 1998 bis 2002 (+6 %). Die Zahl der Neuerkrankungen ging zwischen 2006 und 2007 in sechs Ländern zurück. Die HIV-Prävalenz unter den TB-Fällen betrug in den letzten Jahren bei fünf Ländern 1 % oder weniger, war aber in der Russischen Föderation und der Ukraine höher (7 bzw. 6 % der Neuerkrankungen 2007). Nationale und regionale Daten verschiedener Länder zu Arzneimittelresistenzen lassen auf eine verbreitete hohe MDR-Prävalenz schließen. Bei der MDR-TB-Prävalenz ergab sich eine Bandbreite zwischen 14 und 57 %, auch wenn die Daten der verschiedenen Länder unterschiedlich repräsentativ waren. In den Ländern, die (2006) die Ergebnisse neuer Lungen-TB-Fälle mit positivem Abstrichbefund meldeten, lag die durchschnittliche Erfolgsquote bei 64 % (Bandbreite: 58-86 %). Die niedrige Erfolgsquote mit entsprechend hoher Versagensrate (Mittelwert: 12 %, Bandbreite: 3-16 %) war vor allem durch die Prävalenz von primärer MDR und fehlender Verlaufskontrolle (Mittelwert: 13 %, Bandbreite: 4-35 %) verursacht. Die TB-Sterblichkeitsraten lagen zwischen 3,0 und 22,3/100 000 (alle Länder außer Turkmenistan mit kompletten Daten, aktuellste verfügbare Daten für die Jahre 2003 bis 2006).

Schlussfolgerungen

Die Nicht-EU-Länder in Osteuropa und Zentralasien sind weiterhin vorrangige Regionen für die TB-Bekämpfung. In diesen Ländern wird die Situation oft durch wenig spezifische oder qualitativ schlechte Daten und den fortdauernden Mangel an notwendigen Ressourcen für eine optimale Reaktion bzw. durch eine nicht sachgerechte Anwendung vorhandener Ansätze erschwert. In den westlicheren Regionen gibt es weiterhin vielfältige TB-Muster. Industrieländer, die eine Eliminierung der TB anstreben, verzeichnen zunehmend eine Konzentration der Erkrankungen in besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen. In den Ländern mit mittlerer Prävalenz, z. B. den Baltischen Staaten, ist die MDR-TB-Prävalenz nach wie vor hoch. Aus der Datenanalyse haben sich u.a. folgende Überwachungs-Empfehlungen zur Stärkung der TB-Bekämpfung ergeben:

- Standardisierung der Falldefinitionen in der gesamten Region und der Instrumente zum Datenmanagement;
- Einbeziehung der TB in die Überwachung übertragbarer Krankheiten;
- verstärkter Einsatz von Kohortenanalysen zur Erfassung der Behandlungsergebnisse;
- Gewinnung genauere Erkenntnisse über die TB-/HIV-Doppel-Epidemie und
- Durchführung sorgfältiger Bewertungen von Prävalenz und Trends der MDR-TB auf Länder- und Regionalebene.

13. Epidemiologischer Jahresbericht zu übertragbaren Krankheiten in Europa 2009

(Veröffentlichung: Oktober 2009)

Hintergrund

Im Jahr 2007 schlug das ECDC für die Veröffentlichung eines umfangreichen epidemiologischen Jahresberichts (Annual Epidemiological Report, AER), der alle vom ECDC überwachten Bereiche eingehend untersucht, einen Turnus von drei bis fünf Jahren vor. Der ECDC-Beirat unterstützte dies. Die aktuelle Ausgabe bietet somit einen umfassenden Überblick über die Situation der übertragbaren Krankheiten in der Europäischen Union, jedoch wird nur der Bereich impfpräventabler Krankheiten genauer behandelt. Daten zur Inzidenz der Krankheiten im Jahr 2007 werden in Standardtabellen und Diagrammen mit kurzen Kommentaren aufgeführt sowie die Gesundheitsgefahren des Jahres 2008 bewertet.

Gravierende Belastung der öffentlichen Gesundheit durch Infektionskrankheiten

Die gravierenden Bedrohungen für die menschliche Gesundheit durch übertragbare Krankheiten in der EU haben sich im Vergleich zur vorhergehenden Ausgabe des Berichts nicht wesentlich geändert. Nach wie vor handelt es sich um:

- Antibiotikaresistenzen;
- therapieassoziierte Infektionen;
- impfpräventable Krankheiten, insbesondere Pneumokokkeninfektionen;
- Atemwegsinfektionen, insbesondere im Zusammenhang mit Influenza (sowohl pandemisches Potenzial als auch saisonale Epidemien) und Tuberkulose;
- HIV-Infektionen.

Die Überwachung übertragbarer Krankheiten 2007 im Überblick

In Kapitel 3 werden alle für 2007 aus den 27 EU-Mitgliedstaaten und den drei EWR-/EFTA-Ländern Island, Liechtenstein und Norwegen gemeldeten Fälle im Überblick dargestellt. In vielen Abschnitten zu den einzelnen Krankheiten in diesem Kapitel wird darauf hingewiesen, dass bei Vergleichen der Inzidenz verschiedener Länder Vorsicht geboten ist. Die Überwachungssysteme sind unterschiedlich, und das Verhältnis zwischen gemeldeter und tatsächlicher Inzidenz variiert bei vielen Krankheiten von Land zu Land. In den meisten Fällen ist es relevanter, die zeitliche Entwicklung zu vergleichen, da sie ein stabileres Merkmal der Überwachungssysteme darstellt.

Im Folgenden sind die wesentlichsten Ergebnisse der EU-weiten Überwachung von Infektionskrankheiten für die wichtigsten Krankheitsgruppen bzw. für problematische Erkrankungen zusammengefasst.

Antibiotikaresistenzen und therapiebedingte Infektionen (Antimicrobial resistance and healthcare-associated infections, AMR/HCAI)

Im Jahr 2007 waren methicillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) weiterhin in ganz Europa ein erhebliches Problem. Dennoch zeichnete sich in einigen stark endemischen Ländern eine Stabilisierung der MRSA-Anteile ab, und in einigen Ländern wurde tatsächlich eine abnehmende Tendenz festgestellt.

In Bezug auf die Nichtempfindlichkeit von *Streptococcus pneumoniae* gegen Penicillin (Penicillin non-susceptibility in *Streptococcus pneumoniae*, PNSP) ergab sich in Europa ein sehr heterogenes Bild mit geringer Verbreitung in Nordeuropa und relativ starker Verbreitung in den Ländern Südeuropas und des Mittelmeerraums. Insgesamt blieb die Verbreitung der Nichtempfindlichkeit gegen Penicillin und der Erythromycinresistenz in den meisten Ländern jedoch stabil.

Aufgrund der Verbreitung des klonalen Komplexes CC17 waren auch weiterhin mehr und mehr Krankenhäuser in verschiedenen Ländern von vancomycinresistenten *Enterococcus faecium* betroffen.

Resistenzen gegen Fluorchinolone, Aminopenicilline, Aminoglycoside und Cephalosporine der 3. Generation bei *Escherichia coli* haben in fast allen berichtenden Ländern in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Dies ist

eine wichtige Beobachtung, da sie eine Entwicklung hin zu zunehmend multiazneimittelresistenten gramnegativen Bakterien und sogar vollständig resistenten Stämmen signalisiert.

Der rückläufige Trend bei den chirurgischen Wundinfektionen nach Hüftgelenkoperationen bestätigte sich 2007, was die wichtige Rolle der Überwachung – einschließlich risikobereinigter Vergleiche zwischen Krankenhäusern – bei der Prävention und Bekämpfung von HCAI deutlich macht.

Impfpräventable Krankheiten

Die Melderate für invasive Infektionen mit *Haemophilus Influenza* blieb 2007 in Europa stabil und lag deutlich unter 1 pro 100 000. Die Hib-Impfung hatte in allen Ländern, in denen sie eingeführt wurde, weiterhin deutliche Auswirkungen auf die Inzidenz dieser Erkrankung.

Die Gesamt-Melderate der invasiven Meningokokken-Erkrankung lag 2007, ähnlich wie 2006, bei 1 pro 100 000; die Serogruppen B (77 %) und C (16 %) bleiben die Hauptursache der Erkrankung in Europa. Der üblicherweise verwendete Impfstoff deckt nur die Serogruppe C ab.

In Österreich und Slowenien nahm 2007 die Zahl der gemeldeten bestätigten Fälle invasiver Pneumokokken-Erkrankungen (invasive pneumococcal diseases, IPD) im Vergleich mit dem Vorjahr deutlich zu, was wahrscheinlich auf die jüngsten Verbesserungen im Überwachungssystem zurückzuführen ist. Insgesamt waren die Melderaten der verschiedenen Mitgliedstaaten aufgrund der Unterschiede zwischen den IPD-Überwachungssystemen in der EU schwer zu vergleichen. Der heptavalente Pneumokokkenkonjugat-Impfstoff (PCV7) wurde 2001 in der EU zugelassen, wird aber in den einzelnen Ländern unterschiedlich stark eingesetzt.

Die Zahl der Masernfälle, die 2007 in den EU- und EFTA-Staaten gemeldet wurde, war niedriger als 2006, dennoch wurde den Masern weiterhin eine Priorität im Bereich der öffentlichen Gesundheit eingeräumt, da 2 795 bestätigte Fälle, darunter ein Todesfall und zwei Fälle von Enzephalitis, gemeldet wurden. Nur vier Länder blieben in den letzten drei Jahren masernfrei.

Mumps hatte auch 2007 eine der höchsten Melderaten unter allen impfpräventablen Krankheiten in Europa, doch der insgesamt rückläufige Trend setzte sich fort und die Mumps-Melderate war so niedrig wie seit 1995 nicht mehr.

Wie schon 2006 waren die Melderaten bestätigter Rötelfälle auch 2007 niedrig.

Atemwegsinfektionen

Die Grippesaison 2007-08 in Europa war durch mäßige klinische Aktivität gekennzeichnet. Auf einen Gipfel der Influenza A (H1N1) folgte ein Gipfel der Influenza B. Es wurden nur wenige A (H3N2)-Stämme isoliert.

Ein wichtiges neues Phänomen war das Auftreten des ersten Virenstamms der saisonalen Grippe, der gegen das Virostatikum Oseltamivir resistent war: A (H1N1-H247Y). Dieser Stamm war uneingeschränkt von Mensch zu Mensch übertragbar, in der Region aber sehr unterschiedlich stark verbreitet – von über der Hälfte aller isolierten Stämme in einigen Ländern bis zu nur wenigen Prozenten in anderen. Das Auftreten und die Verbreitung dieses resistenten Virus waren nicht mit einem vorherigen Einsatz von Virostatika zu erklären.

Wie schon 2006 wurde eine Reihe von Ausbrüchen hochpathogener Vogelgrippe bei Vögeln in Europa gemeldet, vor allem bei Hausgeflügel. Fälle beim Menschen wurden in diesem Zusammenhang jedoch nicht gemeldet. Ein Ausbruch einer schwach pathogenen Vogelgrippe A (H7N2) war im Mai 2007 im Vereinigten Königreich zu verzeichnen. Im Zusammenhang damit gab es mehrere Fälle grippeähnlicher Beschwerden und/oder Konjunktivitis beim Menschen.

Die Melderate der Legionärskrankheit in den EU- und EWR-/EFTA-Ländern blieb 2007 mit 1,1 pro 100 000 Einwohnern stabil. Die Zahl der gemeldeten Fälle reisebedingter Legionärskrankheit nahm im Vergleich mit 2006 zu, was wahrscheinlich auf die bessere Überwachung und Berichterstattung zurückzuführen war, während die Zahl der reiseassoziierten Cluster zurückging, was möglicherweise auf die Wirkung der Leitlinien der Europäischen Arbeitsgruppe für Legionellen-Infektionen (European Working Group for Legionella Infections, EWGLINET) zurückzuführen ist.

Bei der Tuberkulose (TB) wird seit 2003 in 25 Ländern ein stetiger Rückgang der Melderaten verzeichnet. 20 % aller Fälle traten – wie schon 2006 – bei Personen ausländischer Herkunft auf, von denen die meisten aus Asien oder Afrika stammten. Die Multiazneimittelresistenz (MDR) war weiterhin in den Baltischen Staaten häufiger als in den anderen Ländern, wo sie generell bei Personen ausländischer Herkunft häufiger auftrat. Nach wie vor spiegeln die Daten die Heterogenität der TB-Situation wider: In einigen Ländern mit geringer Inzidenz werden immer mehr Fälle bei Personen ausländischer Herkunft diagnostiziert, in anderen sind die Melderaten mäßig bis hoch, doch die MDR-TB ist bislang nicht verbreitet, wieder andere Länder verzeichnen relativ hohe Melderaten und einen relativ hohen Anteil von MDR-TB-Fällen. Insgesamt meldeten die EU- und EWR-/EFTA-Länder 2007 41 205 bestätigte TB-Fälle (8,2 pro 100 000).

HIV, sexuell übertragbare Infektionen, Hepatitis B und C

Die HIV-Infektion blieb auch 2007 ein Thema von großer Wichtigkeit für die öffentliche Gesundheit in Europa. Nach wie vor zeichnete sich kein Rückgang der Zahl gemeldeter neu diagnostizierter Fälle ab. Insgesamt nahm die Zahl der diagnostizierten AIDS-Fälle – außer in einigen ost- und mitteleuropäischen Ländern – jedoch weiter ab. Der Hauptübertragungsweg war je nach Land und geografischer Region unterschiedlich, was die großen Unterschiede in der Epidemiologie von HIV in Europa deutlich macht.

Auch 2007 war die Infektion mit *Chlamydia trachomatis* die am häufigsten gemeldete sexuell übertragbare Infektion (und auch die häufigste meldepflichtige Krankheit insgesamt in Europa). Aus 22 EU- und EWR-/EFTA-Mitgliedstaaten wurden mehr als eine Viertelmillion bestätigter Fälle gemeldet, was einer Rate von 122,6/100 000 entspricht. Erneut waren hauptsächlich junge Menschen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren betroffen. Die tatsächliche Inzidenz von Infektionen mit *C. trachomatis* war wahrscheinlich höher, und die Melderaten spiegeln wohl eher die Screening-Verfahren und die Testhäufigkeit wider als die tatsächliche Verbreitung.

Bemerkenswerterweise meldete Schweden einen Anstieg der Zahl der Fälle von 45 % gegenüber 2006, was wahrscheinlich auf die neuen Testmethoden zur Ermittlung der neuen *C. trachomatis*-Variante zurückzuführen ist, die im November 2006 erstmals in Schweden gemeldet wurde. Eine EU-weite Erhebung hat gezeigt, dass sich die Verbreitung dieser Variante auf Schweden bzw. auf Sexualpartner schwedischer Staatsangehöriger in anderen Ländern beschränkte.

Die meisten europäischen Länder verfügen über Überwachungssysteme für Hepatitis B und C, die jedoch, vor allem in Bezug auf Systemstrukturen, Meldeverfahren, Datenerhebungsmethoden und Falldefinitionen so unterschiedlich sind, dass sich die Überwachungsdaten schwer vergleichen lassen.

Lebensmittel- und trinkwasserbedingte Infektionen und Zoonosen

Campylobakteriose war weiterhin die am häufigsten gemeldete Ursache gastrointestinaler Erkrankungen in der EU und den EWR-/EFTA-Ländern. Die Melderate 2007 stieg gegenüber 2006 um 15 %. Die großen Unterschiede zwischen den Meldesystemen der Länder, zusammen mit der bekanntlich großen Meldelücke in einigen Ländern, macht direkte Vergleiche sehr schwierig.

Die Melderate von Salmonellose-Erkrankungen war 2007 in den EU- und EWR-/EFTA-Ländern nach wie vor hoch, doch der seit 2004 beobachtete rückläufige Trend setzte sich fort.

Von 29 der EU- und EWR-/EFTA-Länder wurden 2007 insgesamt 13 952 bestätigte Fälle von Hepatitis A gemeldet, für die das epidemiologische Bild innerhalb der Region sehr unterschiedlich war. Ein Hepatitis-A-Ausbruch begann im November 2007 in Lettland.

Umweltbedingte und vektorübertragene Krankheiten

Im August 2007 wurde aus Italien ein Ausbruch des Chikungunya-Fiebers mit 217 laborbestätigten Fällen gemeldet. Das Chikungunya-Virus wurde durch einen einzigen aus Indien nach Italien zurückkehrenden Reisenden eingeführt, was darauf schließen lässt, dass die *Aedes albopictus*-Mücke tatsächlich ein Vektor ist, der das Virus wirksam in EU-Breitengraden übertragen kann.

2007 wurden aus 22 der EU- und EWR-/EFTA-Länder insgesamt 637 bestätigte Infektionen mit Q-Fieber gemeldet, ähnlich der Zahl von 2006 (583). Ausbrüche von Q-Fieber wurden aus den Niederlanden und Slowenien mit 168 bzw. 86 Fällen gemeldet.

Aus sieben Mitgliedstaaten wurden insgesamt 40 bestätigte Fälle des viralen hämorrhagischen Fiebers, größtenteils Hantavirus-Erkrankungen, gemeldet.

Zusammenfassung der Bedrohungen 2007

Seit Beginn der Epidemic-Intelligence-Aktivitäten im Juli 2005 hat das ECDC bis Ende 2008 696 Bedrohungen überwacht. Im Jahr 2008 überwachte das ECDC 250 Bedrohungen, von denen 227 (91 %) 2008 neu ins Programm genommen und 14 (6 %) aus dem Vorjahr weitergeführt wurden. Bei neun (4 %) handelte es sich um wiederkehrende Bedrohungen. Letztere traten auch im Zusammenhang mit der Vogelgrippe (weltweit genauso wie im europäischen Raum) bzw. mit der weltweiten Situation bezüglich Chikungunya-Fieber, Poliomyelitis, Denguefieber, Cholera und Masern sowie einer neuen Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit und extrem arzneimittelresistenter Tuberkulose auf.

Im Einzelnen gehörten zu den überwachten Bedrohungen u. a.:

- Osetamivir-resistente Influenza-A (H1N1)-Viren in 21 Mitgliedstaaten mit Anteilen zwischen unter 1 % in Italien und bis zu 68 % in Norwegen;
- fünf Hepatitis-A-Ausbrüche von internationaler Tragweite wurden 2008 überwacht, was eine erhebliche Zunahme gegenüber den Vorjahren bedeutet;
- ein Ausbruch von *Shigella sonnei* bei über 140 Beschäftigten in Schweden, die sich in ihrer Bürokantine infizierten;
- 85 Legionellose-Cluster wurden 2008 verzeichnet;
- 11 Masern-Ausbrüche wurden 2008 in EU- und EWR-/EFTA-Staaten gemeldet, die, trotz des Rückgangs der Maserninzidenz in Europa seit 2006, zu Sekundärfällen in anderen Mitgliedstaaten führten. Gegenüber 2006 bedeutete dies eine Zunahme der gemeldeten Ausbrüche (2007: 7, 2006:2);
- 11 tuberkulosebedingte Bedrohungen wurden 2008 bewertet. Alle Vorfälle hingen mit Reisen tuberkulosekranker Patienten zusammen: in sieben Fällen handelte es sich um Flug-, in drei Fällen um Seereisen;
- eine tödliche Infektion mit dem Marburg-Virus bei einem Touristen, der im Juli 2008 aus Uganda in die Niederlande zurückkehrte;
- der erste bestätigte Fall von hämorrhagischem Krim-Kongo-Fieber (Crimean-Congo haemorrhagic fever, CCHF) im Juli 2008 im Norden von Griechenland.

Schlussfolgerungen

Anhand der Zusammenfassung der wichtigsten Zahlen und Trends können wir den Schluss ziehen, dass die Prioritäten für die Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in den EU- und EWR-/EFTA-Ländern sich seit der letzten Ausgabe des AER nicht wesentlich geändert haben; einige Punkte erfordern jedoch besonderes Augenmerk.

Die Daten 2007 zeigen dass die Antibiotikaresistenz eine zunehmend bedeutende Gefahr für die öffentliche Gesundheit in Europa darstellt. Internationaler Reiseverkehr und Handel begünstigen die Verbreitung von Antibiotikaresistenzen. Das Problem erfordert internationale Zusammenarbeit – zusätzlich zu aufeinander abgestimmten Bemühungen auf nationaler Ebene – wenn das Auftreten von Antibiotikaresistenzen eingedämmt und verhindert werden soll.

Im Bereich der Infektionen, die mit einer Pflegeeinrichtung in Verbindung stehen, ist eine EU-weite Punktprävalenzerhebung nötig, um die Prävalenz aller Arten von Infektionen in Krankenpflegeeinrichtungen in Europa zu bewerten. Die Ausarbeitung eines standardisierten europäischen Protokolls für diese Prävalenzerhebung steht inzwischen auf dem Arbeitsprogramm des ECDC und wird Gelegenheit zur Anpassung der verschiedenen nationalen HCAI-Präventionsprotokolle bieten, damit internationale Vergleiche möglich werden.

Im Bereich der impfpräventablen Erkrankungen werden weiterhin Bedenken wegen der Möglichkeit angemeldet, dass nach Einführung des Impfstoffs Serotypen, die von dem konjugierten Pneumokokkenimpfstoff nicht abgedeckt werden, an die Stelle abgedeckter Serotypen treten, wie es in den Vereinigten Staaten bereits geschehen ist. Zu diesem Zweck könnte eine verstärkte Überwachung – einschließlich Laborüberwachung – in der EU nötig sein.

Wie erwartet traten 90 % der in den EU- und EWR-/EFTA-Ländern gemeldeten Masernfälle bei nicht geimpften Personen auf. Dies zeigt, dass die Masern nach wie vor ein Problem für Bevölkerungsgruppen mit niedriger Impfabdeckung sind. Zudem handelte es sich bei allen tödlichen Fällen und Fällen, in denen Komplikationen auftraten, um nicht geimpfte Personen. Deshalb ist die Erhöhung der Impfabdeckung in Europa weiterhin ein vorrangiges Ziel für die öffentliche Gesundheit in Europa, auch wenn 2010 möglicherweise noch keine Tilgung erreicht wird.

Obwohl Personen zwei Dosen des MMR-Impfstoffs erhalten haben traten bei ihnen Mumpsinfektionen auf – die Ursache hierfür muss noch genauer untersucht werden.

Die Mitgliedstaaten haben – mit wenigen Ausnahmen – größere Anstrengungen unternommen, um alle gemeldeten Fälle von Röteln zu bestätigen. Eine Verbesserung der Sensitivität und Spezifität der Rötelnüberwachung ist im Hinblick auf das Ziel der WHO, die Krankheit bis 2010 zu eliminieren, von größter Wichtigkeit.

Ein ungewöhnliches Merkmal der Grippesaison 2007-08 war das Auftreten eines oseltamivirresistenten Influenza-A (H1N1)-Virenstamms. Erstmals wurde hier ein Virus der saisonalen Influenza beim Menschen beobachtet, das gegen einen Neuraminidasehemmer resistent und uneingeschränkt von Mensch zu Mensch übertragbar ist. Im Rahmen der Überwachung von Virostikaresistenzen bei Viren der saisonalen Influenza sollte auf ein mögliches erneutes Auftreten resistenter Stämme geachtet werden.

Im Bereich der TB-Bekämpfung blieb – im heterogenen epidemiologischen Umfeld der EU- und EWR-/EFTA-Länder – die Zahl der Länder mit hoher/mittlerer TB-Inzidenz trotz ihrer Bemühungen zur Eindämmung der Krankheit unverändert. Zur Bekämpfung der Krankheit ist hier große Aufmerksamkeit, einschließlich einer Optimierung der Überwachung, erforderlich. In einigen Ländern mit niedriger Inzidenz zeigten die Daten einen kontinuierlichen Rückgang der einheimischen Fälle und eine klare Verlagerung der Epidemie auf stärker gefährdete Populationen, wie z. B. Migranten. Die Meldung der TB-/HIV-Komorbidität blieb unvollständig, und der Abdeckungsgrad von Arzneimittel-Empfindlichkeitstests muss weiter erhöht werden. Außerdem müssen Resistenzen gegen Zweitlinienmedikamente gemeldet und analysiert werden.

Die Entwicklung und Umsetzung einer verstärkten Überwachung von Hepatitis B und C sind Prioritäten des ECDC. Bessere Überwachungsdaten sind unabdingbar, um die notwendigen Informationen zur Überwachung der Entwicklungen bereitzustellen, die Unterschiede in der Epidemiologie zu verstehen und die Präventionsprogramme in der EU zu bewerten. Die chronische Natur dieser beiden Krankheiten macht es – wie bei der HIV-Infektion – jedoch schwer, die Inzidenz von der Prävalenz abzugrenzen, und es gibt keine einfache Lösung für dieses Problem.

Im Bereich der lebensmittel- und trinkwasserbedingten Infektionen schließlich soll in künftigen Berichten eine klarere Trennung zwischen der Serogruppe O157 (verotoxin-/shigatoxinbildende *Escherichia coli*, VTEC) und nicht

zu dieser Serogruppe gehörenden Bakterien vorgenommen werden, da diese in den Systemen der einzelnen Länder sehr unterschiedliche Priorität und deshalb unterschiedliche Abdeckungsgrade haben, wobei die Serogruppe O157 eindeutig besser abgedeckt ist als die anderen Serogruppen.

Tabelle A. Übersicht über die allgemeine Entwicklung, die EU-Melderate und die am stärksten von den gemeldeten übertragbaren Krankheit betroffenen Altersgruppen in den EU- und EWR-/EFTA-Ländern 2007. Zahl der berichtenden Länder (n=30)

Krankheit	Allgemeiner Zehnjahrestrend	EU-Melderate pro 100 000 (2007)	Hauptsächlich betroffene Altersgruppen (2007)
Atemwegsinfektionen			
Influenza	↔	keine Daten	unzureichende Daten
Vogelgrippe	↑	0	keine Fälle
Legionärskrankheit (Legionellose)	↑	1,1	65+
Tuberkulose	↓	8,2	25–44
HIV, sexuell übertragbare Infektionen und hämatogene Vireninfektionen			
Chlamydieninfektion	↑	122,6	15–24
Gonorrhoe	↔	9,5	15–24
Hepatitis B	↓	1,5	25–44
Hepatitis C	↑	6,9	25–44
HIV	↑	6,0	25–44
AIDS	↓	1,2	25–44
Syphilis	↑	4,4	25–44
Lebensmittel- und trinkwasserbedingte Infektionen und Zoonosen			
Milzbrand	↔	<0,01	unzureichende Daten
Botulismus	↔	<0,1	25–44
Brucellose	↓	0,1	25–64
Campylobacteriose	↑	46,7	0–4
Cholera	↓	<0,01	25–44
Cryptosporidiose	↓	2,4	0–4
Echinokokkose	↓	0,2	45–64
Verotoxinbildende <i>Escherichia coli</i> (VTEC/STEC)	↔	0,6	0–4
Giardiasis	unzureichende Daten	61,7	0–4
Hepatitis A	↓	2,8	5–14
Leptospirose	↔	0,2	45–64, 25–44
Listeriose	↑	0,4	65+
Salmonellose	↓	34,3	0–4
Shigellose	↓	2,1	0–4
Toxoplasmose	↓	0,8	5–14
Trichinellose	↔	0,2	25–44
Tularämie	↔	0,3	45–64
Typhus/Paratyphus	↓	0,2	0–4
CJD-Variante	unzureichende Daten	<0,01	15–24
Yersiniose	↑	2,9	0–14

Krankheit	Allgemeiner Zehnjahrestrend	EU-Melderate pro 100 000 (2007)	Hauptsächlich betroffene Altersgruppen (2007)
Neue und vektorübertragene Krankheiten			
Malaria	↔	1	25–44
Pest	unzureichende Daten	0	keine Fälle
Q-Fieber	↓	0,2	15–24, 45–64
Schweres akutes Atemwegssyndrom (SARS)	unzureichende Daten	0	keine Fälle
Pocken	unzureichende Daten	0	keine Fälle
Virales hämorrhagisches Fieber	unzureichende Daten	unzureichende Daten	unzureichende Daten
Chikungunya-Fieber	unzureichende Daten	<0,01	unzureichende Daten
West-Nil-Fieber	unzureichende Daten	<0,01	> 15
Gelbfieber	unzureichende Daten	0	keine Fälle
Impfpräventable Krankheiten			
Diphtherie	↓	<0,01	45–64, 5–14
Invasive Infektionen mit <i>Haemophilus Influenza</i>	↔	0,5	65+, 0–4
Invasive Meningokokken-Erkrankung	↓	1,0	0–4
Invasive Pneumokokkeninfektion	↔	6,3	65+, 0–4
Masern	↓	0,6	0–4
Mumps	↓	4,3	5–14
Keuchhusten	↓	4,4	5–14
Poliomyelitis	unzureichende Daten	0	keine Fälle
Tollwut	unzureichende Daten	<0,01	unzureichende Daten
Röteln	↓	1,2	0–4
Tetanus	↓	<0,1	65+
Antibiotikaresistenzen und therapiebedingte Infektionen			
AMR	↑	N. z.	keine Daten
Nosokomiale Infektionen	↑	N. z.	keine Daten

14. HIV-/AIDS-Überwachung in Europa 2008

(Veröffentlichung: Dezember 2009)

Wichtige Punkte

Die HIV-Infektion ist nach wie vor von wesentlicher Bedeutung für die öffentliche Gesundheit in Europa. In mehreren europäischen Ländern gibt es Hinweise auf eine Zunahme der Übertragung von HIV. Trotz unvollständiger Meldungen nahm 2008 die Zahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen in der europäischen WHO-Region insgesamt zu, die Zahl diagnostizierter AIDS-Fälle jedoch weiterhin ab. Nur im Osten stieg die Zahl der AIDS-Fälle weiter an.

- Im Jahr 2008 meldeten 48 der 53 Länder in der europäischen WHO-Region 51 600 diagnostizierte Fälle von HIV-Infektionen (für Dänemark, Liechtenstein, Österreich, Monaco, Russland und die Türkei lagen keine Daten vor). Die höchsten Raten meldeten Estland, Lettland, Kasachstan, die Republik Moldau, Portugal, die Ukraine und das Vereinigte Königreich.
- 7 565 Fälle von AIDS-Infektionen wurden aus insgesamt 47 Ländern gemeldet (für Dänemark, Schweden, Kasachstan, Liechtenstein, Monaco, Russland und die Türkei lagen keine Daten vor).
- Im Jahr 2008 meldeten die Länder der Europäischen Union und des Europäischen Wirtschaftsraums (EU/EWR) 25 656 neu diagnostizierte Fälle von HIV-Infektionen (für Dänemark, Liechtenstein und Österreich lagen keine Daten vor). Die höchsten Raten aller EU-/EWR-Länder meldeten Estland, Lettland, Portugal und das Vereinigte Königreich.
- In den EU-/EWR-Ländern ist der häufigste Übertragungsweg für HIV-Infektionen der Geschlechtsverkehr zwischen Männern, gefolgt von heterosexuellen Kontakten. Etwa 40 % der Krankheiten, die auf heterosexuellen Geschlechtsverkehr zurückgeführt wurden, wurden bei Personen diagnostiziert, die aus Ländern mit generalisierter HIV-/AIDS-Epidemie stammen.
- In den drei geografischen/epidemiologischen Gebieten ist der vorherrschende Übertragungsweg jeweils unterschiedlich, was die großen Unterschiede in der Epidemiologie von HIV in Europa deutlich macht. Im Osten werden die meisten Infektionen nach wie vor hauptsächlich durch injizierenden Drogenkonsum übertragen, während in der Mitte Europas Geschlechtsverkehr zwischen Männern, gefolgt von heterosexuellen Sexualkontakten, die häufigste Übertragungsart darstellt. Im Westen ist der vorherrschende Übertragungsweg der Geschlechtsverkehr zwischen Männern, gefolgt von heterosexuellen Kontakten. Hiervon ausgenommen sind Personen aus Ländern mit generalisierter Epidemie.
- Seit 2000 hat sich die Rate der neu diagnostizierten HIV-Fälle mehr als verdoppelt: von 44 pro 1 Million im Jahr 2000 auf 89 pro 1 Million im Jahr 2008 (auf der Grundlage der 43 Länder, für die kontinuierliche Daten zur HIV-Überwachung vorliegen).
- In den 46 Ländern, die im Zeitraum 2000-08 kontinuierlich Daten vorlegten, ging die Zahl der gemeldeten AIDS-Diagnosen von 12 072 (19/1 Million) auf 7 564 (12/1 Million) zurück.
- Die hier vorgestellten Zahlen sind nur begrenzt aussagefähig, da die Meldungen verschiedener Länder unvollständig waren und Daten fehlten, und zudem Meldeverzögerungen auftraten. Dadurch sind auch die möglichen Schlussfolgerungen zum Ausmaß der HIV- und AIDS-Epidemie in Europa begrenzt. Würden die Daten um diese Einschränkungen korrigiert, ergäbe sich für 2008 höchstwahrscheinlich eine doppelt so hohe Zahl von HIV-Infektionen. Außerdem wird die für 2008 gemeldete Zahl in den nächsten Jahren voraussichtlich aufgrund der Meldeverzögerungen verschiedener Länder aktualisiert.

Empfehlungen zur HIV-/AIDS-Überwachung

Daten zur HIV-/AIDS-Überwachung sind unverzichtbar, um die Trends der HIV-Epidemie verfolgen und die Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit bewerten zu können. Daher sollten alle Länder in Europa:

- fallbasierte nationale Meldesysteme für HIV- und AIDS-Fälle einführen und für vollständige und aktuelle Daten sorgen und
- die Qualität der gemeldeten Daten – insbesondere in Bezug auf die möglichen Übertragungswege – verbessern.

Empfehlungen für das öffentliche Gesundheitswesen

Maßnahmen zur Kontrolle der Epidemie sollten evidenzbasiert und an die Gegebenheiten des jeweiligen Landes bzw. geografischen Gebietes angepasst sein. Im Hinblick auf die vorhandenen Überwachungsdaten sind wohl folgende Empfehlungen vernünftig:

- Für die Länder im Osten Europas: Grundpfeiler der HIV-Präventionsstrategie sollten Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV-Infektionen bei injizierenden Drogenkonsumenten, einschließlich Strategien zur Schadensbegrenzung, sein. Daneben sollten die Maßnahmen zur Prävention der heterosexuellen Übertragung verstärkt und insbesondere auf Personen mit Hochrisikopartnern ausgerichtet werden.
- Für die Länder in der Mitte Europas: Die Prävention sollte sich an den Gegebenheiten des jeweiligen Landes ausrichten, um die Epidemie auf dem relativ geringen Ausmaß zu halten. Da jedoch die Epidemie bei Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten zunimmt, sollten Maßnahmen zur HIV-Bekämpfung bei dieser Gruppe verstärkt als vorrangiges Ziel gelten.
- Für die Länder im Westen Europas: Grundpfeiler der HIV-Präventionsstrategie sollten Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV-Infektionen bei Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten, einschließlich innovativer Programme für diese Gruppe, sein. Maßnahmen zur Prävention, Therapie und Versorgung müssen so ausgerichtet sein, dass auch Migranten erreicht werden.
- Insgesamt sollten die HIV-Beratung und die Durchführung von HIV-Tests gefördert werden, damit eine frühzeitige Diagnose und ein rechtzeitiger Zugang zur Therapie und Beratung zwecks Prävention und Reduktion der weiteren Übertragung gewährleistet ist und die längerfristige Prognose für die Betroffenen verbessert wird. Es sollte für alle Bevölkerungsgruppen ein gleichberechtigter Zugang zu HIV-Behandlung und -versorgung sichergestellt werden, damit die Länder das weltweite Ziel eines allgemeinen Zugangs zur Prävention, Behandlung und Versorgung erreichen können.

Anhang: Veröffentlichungen des ECDC 2009

Diese Liste enthält nur die amtlichen Veröffentlichungen des ECDC aus dem Jahr 2009. Alle Veröffentlichungen können vom Web-Portal des Zentrums (www.ecdc.europa.eu) abgerufen werden, und viele sind auch in gedruckter Form erhältlich. Einige Dokumente wurden im Laufe des Jahres aktualisiert oder sind in zweiter Ausgabe erschienen – im Folgenden ist jeweils der Monat der letzten Ausgabe aufgeführt.

Die Mitarbeiter des ECDC haben darüber hinaus an einer Vielzahl weiterer wissenschaftlicher Arbeiten und Veröffentlichungen mitgearbeitet oder diese (z. B. in *Eurosurveillance*) veröffentlicht, die hier nicht aufgeführt sind. Das Zentrum erstellte außerdem viele kurze Kommunikationsmaterialien zur Grippeepidemie, z. B. Risikobewertungen und Planungseckdaten. Diese sind online abrufbar, hier jedoch nicht aufgeführt.

Fachberichte

Mai

Development of *Aedes albopictus* risk maps

Juni

Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft

Guide to public health measures to reduce the impact of influenza pandemics in Europe – ‘The ECDC Menu’

Surveillance and studies in a pandemic in Europe

Juli

Migrant health series: Background note

Migrant health series: Epidemiology of HIV and AIDS in migrant communities and ethnic minorities in EU/EEA countries

Migrant health series: Access to HIV prevention, treatment and care for migrant populations in EU/EEA countries

September

Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe

The bacterial challenge: time to react (ECDC/EMEA Joint Technical Report)

November

Effectiveness of behavioural and psychosocial HIV/STI prevention interventions for MSM in Europe

ECDC-Leitlinien

Mai

Interim ECDC public health guidance on case and contact management for the new influenza A(H1N1) virus infection

Juni

Chlamydia control in Europe

Mitigation and delaying (or ‘containment’) strategies as the new influenza A(H1N1) virus comes into Europe

Public health use of influenza antivirals during influenza pandemics

August

Use of specific pandemic influenza vaccines during the H1N1 2009 pandemic

November

Scientific panel on childhood immunisation schedule: Diphtheria-tetanus-pertussis (DTP) vaccination

Risk assessment guidelines for diseases transmitted on aircraft – Part 2: Operational guidelines for assisting the evaluation of risk for transmission by disease

Überwachungsberichte

März

Tuberculosis surveillance in Europe – 2007

Juni

Analysis of influenza A(H1N1)v individual data in EU and EEA/EFTA countries

Preliminary report on case-based analysis of influenza A(H1N1) in EU and EEA/EFTA countries

Oktober

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe – 2009

Dezember

HIV/AIDS surveillance in Europe – 2008

Sitzungsberichte

März

Expert meeting on chikungunya modelling (April 2008)

Consultation of the ECDC Competent Bodies for preparedness and response (October 2008)

Consultation on Crimean-Congo haemorrhagic fever prevention and control (September 2008)

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union (October 2008)

ECDC workshop on social determinants and communicable diseases (March 2009)

April

Technical meeting on hepatitis A outbreak response (November 2008)

Mai

European pandemic influenza planning assumptions (January 2009)

Juni

Expert consultation on rabies post-exposure prophylaxis (January 2009)

Scientific Consultation Group – second meeting (December 2008)

August

Surveillance and studies in a pandemic: Fourth meeting of the SSiaP working group (July 2009)

Expert consultation on West Nile virus infection (April 2009)

Oktober

First meeting of ECDC Expert Group on Climate Change (September 2009)

November

Ensuring quality in public health microbiology laboratories in the EU: Quality control and areas in need of strengthening (September 2009)

Dezember

Joint ECDC/EUPHA meeting on health communication for innovation in the EU: a focus on communicable diseases (May 2009)

Technische Dokumente

Juli

Web service technical documentation, TESSy, Version 1.1

Transport Protocol Specification XML – Extensible Markup Language, TESSy, Version 2.6

Transport Protocol Specification CSV – Comma Separated Value, TESSy

September

Overview of surveillance of influenza 2009/2010 in the EU/EEA

November

Protocols for cohort database studies to measure influenza vaccine effectiveness in the EU and EEA Member States

Protocols for case-control studies to measure influenza vaccine effectiveness in the EU and EEA Member States

Dezember

Protocol for cluster investigations to measure influenza vaccine effectiveness in the EU/EEA

ECDC-Veröffentlichungen***Vierteljährlich (März, Juni, September, Dezember)***

ECDC Insight

Executive Science Update

Juni

Annual Report of the Director – 2008

Summary of key publications

August

Annual Report of the Director: Summary – 2008