



ECDC **CORPORATE**

Zusammenfassung wichtiger Veröffentlichungen 2010

ECDC CORPORATE

Zusammenfassung wichtiger Veröffentlichungen 2010



Zitierweise: Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten. Zusammenfassung wichtiger Veröffentlichungen 2010. Stockholm: ECDC; 2011.

Stockholm, April 2011

© Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, 2011.

Nachdruck mit Quellenangabe gestattet.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	v
Fachberichte.....	1
1 Risikobewertung zu Q-Fieber	1
2 Surveillance und Prävention von Hepatitis B und C in Europa.....	3
ECDC-Leitlinien	5
3 Public Health Management sporadischer Fälle von invasiven Meningokokken-Erkrankungen und ihrer Kontaktpersonen	5
4 HIV-Tests: Steigerung der Akzeptanz und Wirksamkeit in der Europäischen Union	8
Surveillanceberichte	12
5 Tuberkulosesurveillance 2008	12
6 Grippe-surveillance in Europa 2008/2009 – Woche 40/2008 bis Woche 39/2009	14
7 Surveillance invasiver bakterieller Erkrankungen in Europa 2007	15
8 Epidemiologischer Jahresbericht zu übertragbaren Krankheiten in Europa 2010.....	18
9 Surveillance von antimikrobiellen Resistenzen in Europa 2009.....	24
10 HIV-/AIDS-Surveillance in Europa 2009.....	26
Sonderberichte	28
11 Umsetzung der Erklärung von Dublin zur Partnerschaft bei der Bekämpfung von HIV/AIDS in Europa und Zentralasien: Fortschrittsbericht 2010.....	28
12 Die A(H1N1)-Pandemie 2009 in Europa, ein Bericht über die Erfahrungen.....	31
13 Fortschritte bei der Eliminierung der Tb – Follow-up zum Rahmenaktionsplan zur Bekämpfung von Tuberkulose in der Europäischen Union	34
Anhang: Veröffentlichungen des ECDC 2010.....	35
Fachberichte	35
ECDC-Leitlinien	35
Surveillanceberichte.....	35
Sonderberichte.....	36
Sitzungsberichte.....	36
Missionsberichte.....	36
Technische Dokumente.....	36
ECDC-Veröffentlichungen	37
Regelmäßige Veröffentlichungen.....	37

Einleitung

Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (*European Centre for Disease Prevention and Control*, ECDC) veröffentlichte 2010 insgesamt 35 wissenschaftliche Dokumente. Zu den Highlights gehörten:

- *Epidemiologischer Jahresbericht zu übertragbaren Krankheiten in Europa 2010*, vierte Ausgabe des jährlichen Berichts des ECDC mit einer umfassenden Übersicht über die Surveillancedaten des Jahres 2008;
- *Tuberkulosesurveillance in Europa 2008* und *HIV/AIDS-Surveillance in Europa 2009*, 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;
- *Umsetzung der Erklärung von Dublin zur Partnerschaft bei der Bekämpfung von HIV/Aids in Europa und Zentralasien: Fortschrittsbericht 2010*, ein Überblick über die bis zum Jahr 2010 erzielten Fortschritte, basierend auf Daten aus 49 Ländern.
- *Surveillance von antimikrobiellen Resistenzen in Europa 2009*. Jahresbericht des European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net); der erste Jahresbericht des EARS-Net nach dem Übergang des European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS) auf das ECDC am 1. Januar 2010 enthält europäische Referenzdaten zu antimikrobiellen Resistenzen für die Zwecke des öffentlichen Gesundheitswesens.
- *Die A(H1N1)-Pandemie 2009 in Europa, ein Bericht über die Erfahrungen*, ein allgemeiner Überblick über die Epidemiologie und Virologie der Pandemie 2009 in den Ländern der EU und des EWR.

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 Zuge dieses Prozesses verloren gegangen sein. 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 2010 findet sich im Anhang. Alle Dokumente sind mit einer Kurzbeschreibung des jeweiligen Inhalts unter dem oben genannten Link elektronisch verfügbar. Ausgewählte Berichte sind auch als Druckversion erhältlich. Wenn Sie diese Dokumente in Papierform erhalten möchten, senden Sie bitte eine E-Mail an publications@ecdc.europa.eu.

Fachberichte

1 Risikobewertung zu Q-Fieber

(Veröffentlichung: Mai 2010)

Eine **Risikobewertung** wurde auf Antrag der Europäischen Kommission durchgeführt, um Fragen zum Q-Fieber und seiner Übertragung durch Blut, zu den gesundheitlichen Auswirkungen chronischen Q-Fiebers sowie zum Risiko für schwangere Frauen zu beurteilen. Unter Bezugnahme auf den derzeitigen Ausbruch in den Niederlanden wurde das ECDC auch gebeten, sich mit der Frage der grenzüberschreitenden Verbreitung und der Notwendigkeit besserer Surveillance-Systeme zu befassen. Die Risikobewertung wurde gemäß den Grundsätzen evidenzbasierter Methodiken durchgeführt, indem Suchbegriffe für jede Frage sowie Einschluss- und Ausschlusskriterien für ermittelte Studien festgelegt wurden und die Qualität der Nachweise beurteilt wurde. Ein Überblick über die besten verfügbaren Nachweise wurde einem Fachgremium mit Vertretern aus den Niederlanden, Frankreich, Deutschland, dem Vereinigten Königreich und den Vereinigten Staaten vorgelegt und mit diesem erörtert. Die Arbeit wurde gleichzeitig durchgeführt mit einer Risikobewertung zu Q-Fieber von der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit.

Akutes Q-Fieber ist in der Regel eine leichte, selbstlimitierende, grippeähnliche Erkrankung, in deren Verlauf es allerdings zuweilen zu einer Pneumonie, einer Hepatitis und anderen Symptomen kommt. Es kann normalerweise erfolgreich mit einer zweiwöchigen Doxycyclin-Kur behandelt werden.

Coxiella burnetii ist ein obligat intrazelluläres Bakterium, das über **Blut und Gewebe** übertragen werden kann. Das Risiko einer solchen Übertragung ist gering, und in der Literatur findet sich nur ein dokumentierter Fall. Während eines Ausbruchs sollte das endemische Gebiet definiert werden, und es sollten Sicherheitsvorkehrungen in Erwägung gezogen werden, beispielsweise die aktive Überwachung von Blut- und Gewebeempfängern, das Screening von Spendern sowie das Screening von Blut- und Gewebeprodukten. Für innerhalb der Inkubationszeit aus dem Gebiet zurückkehrende Reisende mit asymptomatischer Bakteriämie (fünf bis sieben Wochen) sollten bis zum Ende dieser Zeit kein Blut spenden. Für Blutempfänger mit besonders hohem Risiko, beispielsweise Patienten mit Herzklappenfehlern, könnte eine Antibiotikabehandlung in Erwägung gezogen werden. Spender, die eine akute Q-Fieber-Infektion hatten, sollten für einen Zeitraum von zwei Jahren ab der nachgewiesenen Ausheilung der akuten Infektion von der Blutspende ausgeschlossen werden. Die Vorteile der Umsetzung solcher Maßnahmen müssen sorgfältig gegen die möglichen negativen Auswirkungen abgewogen werden, die sie auf die Blutversorgung in dem Gebiet haben könnten. Es sollte eine Strategie für die Risikokommunikation entwickelt werden.

Chronisches Q-Fieber ist eine schwere Komplikation einer akuten Q-Fieber-Infektion, zu der es in etwa 2 % der akuten, symptomatischen Fälle kommt; die Sterblichkeitsrate liegt zwischen 5 % und 50 %. Chronisches Q-Fieber führt bei Risikogruppen wie Menschen mit einer vorangegangenen Herzklappenerkrankung, einer Herzklappenprothese oder einem Gefäßersatz zu Endokarditis. Krebspatienten oder immunsupprimierte Patienten tragen ebenfalls ein höheres Risiko. Chronisches Q-Fieber muss mindestens ein Jahr lang, in manchen Fällen lebenslang, mit mehr als einem Antibiotikum behandelt werden. Möglicherweise wird der operative Ersatz beschädigter Herzklappen erforderlich.

Die effektive Erkennung und wirksame Behandlung von akutem Q-Fieber ist die beste Strategie zur Vermeidung chronischer Fälle. Es werden drei mögliche Strategien beschrieben: (1) Sensibilisierung des medizinischen Personals und der Öffentlichkeit, um die Risikogruppen zu erreichen; (2) aktives serologisches Follow-up bei bekannten Risikogruppen, um eine akute Q-Fieber-Infektion frühzeitig erkennen und behandeln zu können; oder (3) Überweisung aller Patienten mit nachgewiesener Infektion an akutem Q-Fieber zur Echokardiographie zur aktiven Fallerkennung und zum Follow-up.

Es müssen gute prospektive Kohortenstudien und kontrollierte Studien durchgeführt werden (sofern ethisch machbar), um haltbare Nachweise zur Verhütung und Begrenzung von Q-Fieber-Ausbrüchen im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens zu erhalten sowie für Möglichkeiten der Diagnose und Behandlung akuter und chronischer Erkrankungen auf klinischer Ebene.

Daten zu **Q-Fieber in der Schwangerschaft** liegen nur in sehr begrenztem Umfang vor und stammen überwiegend aus Beobachtungen und Forschungsarbeiten an Haus- und Versuchstieren, Seroprävalenzstudien, Fallberichten sowie einer Fallserie mit 53 schwangeren Frauen über einen Zeitraum von 15 Jahren. Das Risiko schwerer Folgen einer Q-Fieber-Infektion für schwangere Frauen im Vergleich zu dem Risiko für die allgemeine (weibliche) Bevölkerung lässt sich anhand der derzeit verfügbaren Nachweise nicht quantifizieren. Es wurden mehrere Fälle gemeldet, in denen eine Infektion mit *Coxiella burnetii* während der Schwangerschaft zu negativen Schwangerschaftsverläufen geführt hat. In manchen der Fälle wurde *Coxiella burnetii* in der Plazenta und im

Fetalgewebe nachgewiesen. *Coxiella* wurde auch in der Muttermilch nachgewiesen, aber ein Fall einer Übertragung auf das gestillte Kind wurde nicht validiert.

Es gibt gewisse Hinweise dafür, dass eine Langzeitantibiose mit Cotrimoxazol schwere negative Schwangerschaftsverläufe verhindern kann, aber die Belege basieren auf einer Fallserie ohne Randomisierung und ohne Kontrolle auf mögliche Verzerrungen. Solange keine weiteren Nachweise aus qualitative hochwertigen Behandlungsstudien zur Verfügung stehen, sollten Schwangere mit diagnostizierter Q-Fieber-Infektion während der gesamten verbleibenden Schwangerschaftsdauer mit Antibiotika behandelt werden. Die wissenschaftliche Grundlage für diese Empfehlung ist jedoch schwach, und das ECDC empfiehlt dringend die Durchführung randomisierter kontrollierter Studien, um zuverlässigere Nachweise zu erhalten.

Schwangeren Frauen sollte geraten werden, keine landwirtschaftlichen Betriebe in betroffenen Gebieten zu besuchen. Das ECDC empfiehlt nicht, auf das Stillen zu verzichten, ausgenommen in Fällen einer chronischen Erkrankung, die eine Langzeitbehandlung der Mutter erforderlich machen.

In Australien wird ein formalinaktivierter Ganzzellimpfstoff gegen **Q-Fieber** hergestellt und lizenziert. Der Impfstoff ist wirksam, vor der Impfung muss jedoch aufgrund des hohen Risikos möglicher schädlicher Reaktionen von bereits mit *Coxiella burnetii* infizierten Personen ein Test durchgeführt werden, was den Impfstoff eher für definierte Risikogruppen als für die allgemeine Impfung geeignet macht.

Die verfügbaren Daten lassen auf einen effektiven Bereich der **Übertragung über die Luft** von *Coxiella burnetii* von weniger als 5 km schließen. Das Risiko einer Übertragung über die Luft aus den Niederlanden beschränkt sich daher auf Nachbarländer (d. h. Deutschland, Belgien) sowie auf Gebiete im Nahbereich der Ausbruchquelle. Die aktive Überwachung oder Fallerkennung von akutem Q-Fieber bei potenziellen Risikogruppen (d. h. schwangere Frauen, Patienten mit Herzklappen- oder Gefäßerkrankungen) auf lokaler Ebene und über einen festgelegten Zeitraum gilt als durchführbar und als effiziente Methode für die Erkennung akuter Infektionen. In an das Verbreitungsgebiet der Epidemie angrenzenden Gebieten (≤ 5 km von der Quelle) sollten Sensibilisierungskampagnen bei Gesundheitsdienstleistern eingeleitet werden. Betrifft dieses Gebiet auch das Territorium anderer Mitgliedstaaten, haben die zuständigen Gesundheitsbehörden die betreffenden Behörden jenseits der Grenze zu unterrichten. Der Austausch von Informationen zwischen Gesundheits- und Veterinärbehörden würde die frühzeitige Erkennung eines Ausbruchs erleichtern. Überdies sollten die Gesundheits- und Veterinärbehörden auf nationaler und lokaler Ebene die für die Beendigung eines Ausbruchs notwendigen Maßnahmen ergreifen.

2 Surveillance und Prävention von Hepatitis B und C in Europa

(Veröffentlichung: Oktober 2010)

Erfassungsbereich

Diese Erhebung wurde durchgeführt, um die bestehenden einzelstaatlichen Surveillancesysteme und Präventionsprogramme für Hepatitis B und C in der EU und im EWR zu kartieren.

Hepatitis B

Surveillance in Europa

Alle Länder gaben an, über ein passives Pflichtmeldesystem für Hepatitis B zu verfügen. In 15 Ländern gab es nur ein spezifisches Surveillancesystem, während vier Länder über mehrere Surveillancesysteme verfügten. Die einzelstaatlichen Surveillanceziele sind in den verschiedenen Ländern sehr ähnlich, die Falldefinitionen standen jedoch nicht immer mit den Zielen im Einklang; acht Länder gaben an, die Falldefinition EU-2008 umzusetzen, drei Länder verwendeten die Falldefinition EU-2002. Insgesamt verwendeten 21 Länder eine Falldefinition, die der EU-Definition sehr stark ähnelte. Basierend auf den unterschiedlichen Falldefinitionen melden 28 Länder bestätigte Fälle, 27 Länder schließen Fälle von akuter Hepatitis B ein. Chronische Fälle sind in den Meldungen von 17 Ländern enthalten; asymptomatische Fälle werden oftmals nicht berücksichtigt. 26 Länder gaben an, auf einzelstaatlicher Ebene fallbasierte Daten zu erheben, die Analysehäufigkeit ist jedoch von Land zu Land verschieden. Ein grundlegender Datensatz (Alter, Geschlecht, Wohnort, Datum des Ausbruchs der Erkrankung, Meldedatum) wird in 26 Ländern erhoben, detaillierte Daten über das epidemiologische Risiko und die Auswirkungen der Erkrankung fehlen jedoch oftmals.

Epidemiologie in Europa

Die Anzahl der von 27 Ländern gemeldeten Neuerkrankungen je 100 000 Einwohner lag im Jahr 2007 zwischen 0 und 15,0, mit einem Durchschnitt von 1,5 (Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2009. Stockholm: ECDC; 2009). Die Anzahl der gemeldeten HBV-Fällen in den Ländern der EU/des EWR je 100 000 Einwohner war zwischen 1995 und 2007 von 6,7 auf 1,5 gesunken. Die Trendverfolgung und der Vergleich zwischen verschiedenen Ländern kann eine Herausforderung darstellen, da sich die Surveillancesysteme erheblich unterscheiden und kürzlich erfolgte Änderungen Auswirkungen auf die vorgelegten Daten haben können.

Die HBV-Prävalenz in der Gesamtbevölkerung ist von Land zu Land sehr unterschiedlich, wobei die HBsAg-Trägerraten in der Slowakei (1,6 %), Italien (1 %), Belgien und Frankreich (etwa 0,6 %), Finnland, Ungarn, dem Vereinigten Königreich (alle unter 0,5 %) und Bulgarien (3,8 %) niedrig bis mittelhoch sind. Ein Screening schwangerer Frauen auf HBV wird in 24 Ländern durchgeführt, jedoch nicht in Belgien, Bulgarien, Litauen, Luxemburg und Rumänien. Die Prävalenz bei Schwangeren liegt zwischen 1,15 % in Griechenland und 0,14 % in Finnland. Es gibt auch Screening-Programme für injizierende Drogenkonsumenten (in 15 von 29 Ländern), Häftlinge (11 Länder), Besucher von STI-Kliniken (neun Länder) und Personen mit mehreren Sexualpartnern (zwei Länder). Die von acht Ländern gemeldete HBV-Prävalenz bei injizierenden Drogenkonsumenten war höher als bei der Gesamtbevölkerung. Die Prävalenz bei injizierenden Drogenkonsumenten ist sehr unterschiedlich und liegt zwischen 0,5 % in Norwegen und 50 % in Dänemark. Die Prävalenz bei Beschäftigten im Gesundheitswesen war den Angaben zufolge in Dänemark und Deutschland ähnlich wie bei der Gesamtbevölkerung.

Screening und Impfung

Allgemeine Impfprogramme für Säuglinge, Kinder oder Erwachsene wurden in 22 Ländern eingeführt. Sieben Länder (Dänemark, Finnland, Island, Norwegen, Schweden, die Niederlande und das Vereinigte Königreich) haben auf Risikogruppen ausgerichtete selektive Impfprogramme eingeführt. Zusätzliche Präventionsprogramme für verschiedene Risikogruppen waren üblicherweise auf Personen ausgerichtet, die infolge berufsbedingter Exposition einem erhöhten HBV-Risiko ausgesetzt sind. Überdies gibt es vielfältigste Impfprogramme für Risikogruppen. Nur die Hälfte der Länder mit einem Routine-Impfprogramm gaben heterogene Durchimpfungsraten an, aber die Durchimpfungsrate bei Säuglingen (ein bis zwei Jahre) scheint bei über 95 % zu liegen (mit Ausnahme von Österreich, Malta und Frankreich).

Hepatitis C

Surveillance in Europa

Alle EU/EWR-Länder gaben an, ein Meldesystem für Hepatitis C eingeführt zu haben (entweder landesweit oder aber auf eine spezifische Bevölkerungsgruppe ausgerichtet). In 14 gab es ein spezifisches Surveillancesystem, aber 15 Länder gaben an, für die Überwachung von Hepatitis C mehrere Surveillancesysteme zu verwenden. Die

einzelstaatlichen Surveillanceziele sind in den verschiedenen Ländern sehr ähnlich, die Falldefinitionen scheinen jedoch nicht immer mit den Zielen im Einklang zu stehen. Elf Länder gaben an, dass sie die Falldefinition EU-2008 umgesetzt haben, vier Länder verwenden die Falldefinition EU-2002. Dennoch gibt es hinsichtlich der Umsetzung von Falldefinitionen in den Mitgliedstaaten eine breite Vielfalt, insbesondere hinsichtlich der Fallklassifikation. Alle Länder nahmen bestätigte Akutfälle in ihre Surveillancesysteme auf,¹ 18 Länder auch chronische Fälle. Manche Länder gaben an, eine Mischung von Fällen zu erheben, und für die Unterscheidung zwischen akuter und chronischer Hepatitis C standen keine serologischen Marker zur Verfügung. Dies erschwert die länderübergreifende Auswertung der verfügbaren Daten. 26 Länder gaben an, auf einzelstaatlicher Ebene fallbasierte Daten zu erheben, die Analysehäufigkeit ist jedoch von Land zu Land verschieden. Zusätzlich zu dem Meldesystem für Kliniken erheben 19 Länder im Rahmen ihres Surveillancesystems Daten von Laboratorien; 10 Länder haben Meldungen von Laboratorien nicht einbezogen. Ein grundlegender Datensatz (Alter, Geschlecht, Wohnort, Datum des Ausbruchs der Erkrankung, Meldedatum) wird in 26 Ländern erhoben, Daten zu Details des epidemiologischen Risikos und zu den Auswirkungen der Erkrankung fehlen jedoch oftmals. Aufgrund des asymptomatischen Charakters der Erkrankung scheint eine lückenhafte Meldung weitverbreitet zu sein.

Epidemiologie in Europa

Die Anzahl der von 27 Ländern gemeldeten Neuerkrankungen je 100 000 Einwohner lag im Jahr 2007 zwischen 0 und 36 Fällen, mit einer durchschnittlichen Inzidenz von 6,9 Fällen je 100 000 Einwohner (AER, ECDC 2009). Die Anzahl der gemeldeten HCV-Fälle in den Ländern der EU/des EWR je 100 000 Einwohner stieg zwischen 1995 und 2007 von 4,5 auf 6,9. Die Trendverfolgung und der Datenvergleich zwischen verschiedenen Ländern sind schwierig und müssen mit Bedacht erfolgen, da sich die Surveillancesysteme erheblich unterscheiden und kürzlich erfolgte Änderungen Auswirkungen auf die vorgelegten Daten haben können. Bei HCV wird die Auswertung zudem durch den asymptomatischen Charakter der Infektion erschwert, sodass die gemeldeten Zahlen möglicherweise eher die Testpraxis als die tatsächliche Inzidenz widerspiegeln, weil keine Unterscheidung zwischen akuter und chronischer Erkrankung getroffen werden kann.

Prävalenzdaten zu HCV für die Gesamtbevölkerung sind kaum vorhanden; die Prävalenz liegt zwischen 2,6 % in Italien im Jahr 2007 und 0,12 % in Belgien im Jahr 2003. Eine relativ hohe Prävalenz wurde von Bulgarien (1,2 %) und der Slowakei (1,56 %) gemeldet. Die von elf Mitgliedstaaten gemeldete Prävalenz bei injizierenden Drogenkonsumenten lag zwischen 25 % und 75 %. Im Zeitraum 2006-2007 meldete Italien die niedrigste Prävalenz (10,8-25,6 %), Norwegen die höchste (70 %). Die HCV-Prävalenzdaten basieren auf serologischen Markern für Hepatitis C, aus denen jedoch nicht zu entnehmen ist, welcher Teil der Bevölkerung Träger und damit infektiös ist.

Prävention in Europa

Die Hälfte der Länder gab an, Screening-Programme für Risikogruppen eingeführt zu haben: 16 Länder haben Programme für injizierende Drogenkonsumenten, 11 Länder für Häftlinge. Unklar bleibt, ob viele Länder Programme zur Überwachung der Infektionsrate bei Beschäftigten im Gesundheitswesen eingeführt haben. Es scheint die Notwendigkeit einer größeren Zahl von Screening-Programmen für Risikogruppen, schwer zu erreichende Bevölkerungsgruppen und die Gesamtbevölkerung zu bestehen, aber vor der Umsetzung irgendwelcher Maßnahmen sollte eine eingehende Prüfung erfolgen, die auf einer Kosten-Wirksamkeits-Analyse und der Verfügbarkeit effektiver Behandlungen basiert.

Schlussfolgerungen

Im Rahmen dieses Berichts wurden Daten aus 29 EU/EWR-Ländern in Bezug auf Surveillance- und Präventionsprogramme für Hepatitis B und C erhoben und analysiert. Obgleich alle Länder über Systeme verfügen, mit denen Daten auf landesweiter Ebene erhoben werden, unterscheiden sich diese Systeme hinsichtlich der Art der Anwendung von Falldefinitionen und der Nutzung der erhobenen Daten.

Da es sich bei der viralen Hepatitis um eine häufige und oftmals lückenhaft gemeldete Erkrankung handelt, wird in diesem Bericht der Versuch unternommen, die neuesten verfügbaren Prävalenzdaten auf EU-Ebene zusammenzufassen. In den kommenden Jahren wird es eine große Herausforderung sein, die verfügbaren Surveillancedaten zu harmonisieren, um die Vergleichbarkeit der Daten zwischen verschiedenen Ländern zu verbessern.

¹ Eine Erhebung von bestätigten Akutfällen von Hepatitis C in Frankreich erfolgte nur in den Jahren 2006 und 2007 und für eine spezifische Bevölkerungsgruppe, z. B. HIV-infizierte Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten.

ECDC-Leitlinien

3 Public Health Management sporadischer Fälle von invasiven Meningokokken-Erkrankungen und ihrer Kontaktpersonen

(Veröffentlichung: Oktober 2010)

Neisseria meningitidis ist ein häufig auftretendes kommensales Bakterium der menschlichen Rachenschleimhaut. Dieser Keim kann eine schwere invasive Meningokokken-Erkrankung auslösen, die sich üblicherweise als Meningitis, Sepsis oder beides zeigt. Leider unterscheidet sich das Public Health Management sporadischer invasiver Meningokokken-Erkrankungen europaweit stark, was teilweise auf Unsicherheiten hinsichtlich der Wirksamkeit präventiver Maßnahmen zurückzuführen ist.

Dieses Dokument soll evidenzbasierte Leitlinien für bewährte Verfahren im Public Health Management sporadischer Fälle von Meningokokken-Erkrankungen und ihrer Kontaktpersonen bieten. Ein weiteres Ziel besteht darin, Ländern in ganz Europa bei Entscheidungen über geeignete Maßnahmen zur Kontrolle und Verhinderung von Meningokokken-Erkrankungen auf nationaler und regionaler Ebene zu helfen. Dieses Leitliniendokument soll europäischen Ländern bei der Überprüfung ihrer eigenen Strategien für das Public Health Management und die mikrobiellen Diagnose von Meningokokken-Erkrankungen unterstützen. Obgleich die hier vorgestellten Ergebnisse keine Leitlinien für das Management Expositoren im Gesundheitswesen oder von Erkrankungswellen umfasst, werden die folgenden relevanten Bereiche abgedeckt:

- Labortests zur Bestätigung der Diagnose einer Meningokokken-Erkrankung.
- Verwendung von Antibiotika bei Entlassung aus dem Krankenhaus.
- Chemoprophylaxe für enge Kontaktpersonen unter Berücksichtigung unterschiedlicher Situationen.
- Wahl des Antibiotikums für die Chemoprophylaxe bei verschiedenen Gruppen (Erwachsene, Kinder, Schwangere).
- Verwendung eines Meningokokken-Impfstoffs zusätzlich zur Chemoprophylaxe.

Neben der Qualität der wissenschaftlichen Nachweise berücksichtigen die Schlussfolgerungen potenzielle Vor- und Nachteile, Nutzen, Belastungen und Kosten.

Ergebnisse

Die Schlussfolgerungen basieren auf der systematischen Durchsicht und kritischen Bewertung der besten derzeit verfügbaren Nachweise. Einen umfassenderen Überblick finden Sie im Volltext des Dokuments.

1. Welche Labortests werden empfohlen, um eine genaue (sensitive, spezifische) und schnelle Diagnose einer Meningokokken-Erkrankung zu stellen?

Forschungsfrage: Welches sind die sensibelsten und spezifischsten Labortests zur Bestätigung der Diagnose einer Meningokokken-Erkrankung?

- Basierend auf Nachweisen mittlerer Qualität sollten als Tests vorzugsweise die Polymerase-Kettenreaktion (PCR) und Kulturen zur Anwendung kommen. Sofern dies logistisch und wirtschaftlich machbar ist, sollten mikrobielle Laboratorien, die Meningokokken-Erkrankungen diagnostizieren, Zugang zu PCR-Tests haben. In Fällen, in denen die Antibiotikabehandlung bereits begonnen hat, könnten PCR-Tests von entnommenem Hautgewebe/Aspirat als ergänzende Probe zu Blut/Rückenmarksflüssigkeit – basierend auf Nachweisen geringer Qualität – die Diagnoseempfindlichkeit bei Patienten mit Hautläsionen erhöhen.

2. Sollte ein an einer Meningokokkeninfektion Erkrankter, neben den im Rahmen der klinischen Behandlung verabreichten Antibiotika, bei seiner Entlassung aus dem Krankenhaus Antibiotika erhalten?

Forschungsfrage: Ist eine Verabreichung von Antibiotika an einen an einer Meningokokkeninfektion Erkrankten wirksam, um ihn als Träger auszuschließen und so Sekundärerkrankungen bei seiner Entlassung aus dem Krankenhaus zu verhindern, im Vergleich zur Nichtverabreichung von Antibiotika bei der Entlassung?

- Die Qualität der Nachweise für oder gegen die Verabreichung von Antibiotika an einen an einer Meningokokkeninfektion Erkrankten bei seiner Entlassung aus dem Krankenhaus ist sehr gering. In Anbetracht der mittleren Qualität von Nachweisen für die Wirksamkeit einer Chemoprophylaxe für enge Kontaktpersonen sowie in Anbetracht der relative geringen Kosten der Maßnahme sollten Antibiotika zur Beseitigung des Trägertums angeboten werden, wenn sie nicht bereits im Rahmen der Behandlung verwendet wurden.

3. Sollten Personen, die im selben Haushalt wie ein an einer Meningokokkeninfektion Erkrankter leben oder in vergleichbarem Kontakt mit diesem stehen, eine Chemoprophylaxe erhalten?

Forschungsfrage: Wie wirksam ist die Verabreichung einer Chemoprophylaxe an Personen, die in häuslichem Kontakt zu einem an einer Meningokokkeninfektion Erkrankten stehen, zur Verhinderung weiterer Erkrankungen bei diesen Kontaktpersonen?

- Basierend auf Nachweisen mittlerer Qualität aus empirischen Studien sollte häuslichen Kontaktpersonen eines an einer Meningokokkeninfektion Erkrankten eine Chemoprophylaxe mit Antibiotika angeboten werden.

4. Sollten Kinder oder Studenten, die dieselbe Vorschule, Schule oder Hochschule wie ein an einer Meningokokkeninfektion Erkrankter besuchen, eine Chemoprophylaxe erhalten?

Forschungsfrage: Wie wirksam ist die Verabreichung einer Chemoprophylaxe an die Kontaktpersonen eines an einer Meningokokkeninfektion Erkrankten im vorschulischen, schulischen und universitären Umfeld zur Verhinderung weiterer Erkrankungen?

- Basierend auf Nachweisen geringer Qualität sollten Personen, die dieselbe Vorschule wie ein an einer Meningokokkeninfektion Erkrankter besuchen, eine Chemoprophylaxe erhalten, allerdings vorbehaltlich einer Risikobewertung. Der Besuch derselben Schule/Hochschule wie ein an einer Meningokokkeninfektion Erkrankter sollte nicht per se eine Indikation für eine Chemoprophylaxe sein.

5. Sollten Personen, die aus demselben Glas wie ein an einer Meningokokkeninfektion Erkrankter getrunken haben, eine Chemoprophylaxe erhalten?

Forschungsfrage: Wie wirksam ist die Verabreichung einer Chemoprophylaxe an Personen, die aus demselben Glas wie ein an einer Meningokokkeninfektion Erkrankter getrunken haben (oder ähnlichen Kontakt hatten, z. B. an derselben Zigarette gezogen haben, dasselbe Essbesteck benutzt haben), zur Verhinderung weiterer Erkrankungen bei diesen Kontaktpersonen?

- Basierend auf Nachweisen geringer Qualität sollte das Trinken aus demselben Glas wie ein an einer Meningokokkeninfektion Erkrankter bzw. das Ziehen an derselben Zigarette oder ein ähnlicher Kontakt nicht per se eine Indikation für eine Chemoprophylaxe sein.

6. Sollten Personen, die dasselbe Verkehrsmittel (z. B. Flugzeug, Boot, Bus, Auto) wie ein an einer Meningokokkeninfektion Erkrankter benutzt haben, eine Chemoprophylaxe erhalten?

Forschungsfrage: Wie wirksam ist die Verabreichung einer Chemoprophylaxe an Kontaktpersonen, die dasselbe Verkehrsmittel wie ein an einer Meningokokkeninfektion Erkrankter benutzt haben, zur Verhinderung weiterer Erkrankungen bei diesen Kontaktpersonen?

- Die derzeit verfügbaren Daten sind von sehr geringer Qualität. Basierend auf diesen Daten kann das Risiko einer Übertragung in verschiedenen Verkehrssituationen nicht quantifiziert werden. In diesem Kontext wurden keine Sekundärerkrankungen bestätigt. Die Benutzung desselben Verkehrsmittels wie ein an einer Meningokokkeninfektion Erkrankter sollte nicht per se eine Indikation für eine Chemoprophylaxe sein.

7. Welche Antibiotika sollten für die Chemoprophylaxe bei Erwachsenen, Kindern und schwangeren Frauen empfohlen werden?

Forschungsfrage: Welche Antibiotika sind hinsichtlich der Beseitigung des Trägertums bei Erwachsenen, Kindern und schwangeren Frauen am wirksamsten?

- Basierend auf Nachweisen mittlerer bis hoher Qualität können für die Prophylaxe bei Erwachsenen und Kindern Rifampicin, Ciprofloxacin, Ceftriaxon, Azithromycin und Cefixim verwendet werden. Keine dieser Antibiosen scheint überlegen zu sein, aber Ciprofloxacin, Azithromycin und Ceftriaxon können als Einzeldosis verabreicht werden. Die Entstehung einer Resistenz wurde nach der Verabreichung von Rifampicin berichtet.

8. Sollte Kontaktpersonen eines an einer Meningokokkeninfektion Erkrankten, die eine Chemoprophylaxe erhalten, gegebenenfalls auch ein Meningokokken-Impfstoff angeboten werden?

Forschungsfrage: Wie wirksam ist eine Impfung, zusätzlich zu einer Chemoprophylaxe, für häusliche Kontaktpersonen eines an einer Meningokokkeninfektion Erkrankten hinsichtlich der Verhinderung weiterer Erkrankungen bei diesen Kontaktpersonen?

- Die Qualität der derzeit verfügbaren Nachweise ist sehr gering, und die folgenden Schlussfolgerungen basieren auf indirekten Nachweisen. Wird eine Meningokokken-Erkrankung durch einen Erregerstamm verursacht, der durch einen verfügbaren lizenzierten Impfstoff vermeidbar wäre, sollte häuslichen Kontaktpersonen, sofern diese nicht als bereits immun betrachtet werden, zusätzlich zu einer Chemoprophylaxe eine Impfung angeboten werden.

4 HIV-Tests: Steigerung der Akzeptanz und Wirksamkeit in der Europäischen Union

(Veröffentlichung: Oktober 2010)

Geltungsbereich und Zweck dieser Leitlinien

Diese evidenzbasierten Leitlinien sollen die Grundlage für die Entwicklung, Überwachung und Evaluierung von einzelstaatlichen Strategien oder Programmen für HIV-Tests in den Ländern der Europäischen Union (EU) und des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) bilden.

Warum sind HIV-Tests wichtig?

In ganz Europa nimmt die Anzahl der mit HIV infizierten Menschen weiter zu, und in vielen Ländern wurde das Problem einer zu späten Diagnose beschrieben. Es gibt starke Belege dafür, dass eine frühzeitige Behandlung die Morbidität und Mortalität verringert, aber viele HIV-infizierte Menschen erhalten ihre Diagnose erst in einem späten Stadium der Infektion. Da eine HIV-Infektion über viele Jahre fast symptomfrei verlaufen kann, sind HIV-Tests die einzige Möglichkeit für eine frühzeitige Diagnose, die eine zeitgerechte Überweisung zur Behandlung und Betreuung ermöglicht. Zudem ist bei Menschen, bei denen die Diagnose HIV frühzeitig gestellt wurde, die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung des Virus auf andere Personen geringer, weil einerseits die Infektiosität im Falle einer Behandlung geringer ist und es andererseits zu Änderungen des Sexualverhaltens und des Verhaltens im Zusammenhang mit dem intravenösen Drogenkonsum kommt. Die Übertragung von der Mutter auf das Kind kann durch HIV-Tests und Behandlung schwangerer Frauen wirksam verhindert werden. Eine frühe Diagnose von HIV bietet somit große Vorteile sowohl für den Einzelnen als auch für die Gemeinschaft und hat entscheidende Dringlichkeit im öffentlichen Gesundheitswesen.

Kernprinzipien für einzelstaatliche Strategien für HIV-Tests

HIV-Tests sollten freiwillig, vertraulich und mit entsprechender Einverständniserklärung erfolgen

Freiwillige HIV-Tests sollten für jedermann leicht zugänglich sein, und es müssen besondere Anstrengungen unternommen werden, um diese Tests für die am stärksten durch HIV gefährdeten Gruppen zu gewährleisten. Dazu gehören Menschen, die im Verborgenen oder am Rande der Gesellschaft leben und für die der Zugang zu den Tests ohne Zwang und unter Zusicherung von Vertraulichkeit gefördert werden sollte.

Den Zugang zu Behandlungs-, Betreuungs- und Präventionsleistungen sicherstellen

Der größte Vorteil von HIV-Tests ist der Zugang zu Behandlung. Die Gewährleistung des universellen Zugangs zu Behandlung und Betreuung sowie zu Präventions- und Unterstützungsleistungen, einschließlich klar definierter Überweisungspfade, muss ein Grundpfeiler nationaler Strategien für HIV-Tests sein.

Politisches Engagement zeigen

Das HIV-Test-Programm muss von den Behörden als Priorität behandelt werden, damit es tatsächlich etwas bewirkt. Es muss durch Investitionen unterstützt werden, einschließlich Überwachungsmaßnahmen, mit denen sichergestellt wird, dass die Mittel in kosteneffizienter Weise eingesetzt werden.

Die Stigmatisierung abbauen

Die noch immer mit HIV verbundene Stigmatisierung stellt ein Hemmnis für HIV-Tests dar, insbesondere in Gemeinschaften, die ihrerseits stigmatisiert sind, und bei Beschäftigten im Gesundheitswesen. Eine „Normalisierung“ von HIV-Tests, zum Beispiel durch eine Angleichung des Verfahrens an die Verfahren für andere Screening- und Diagnose-Tests, kann dabei helfen, gegen diese Stigmatisierung anzugehen, wobei die Tests allerdings freiwillig bleiben müssen.

Rechtliche und finanzielle Barrieren beseitigen

Im Rahmen von Strategien für HIV-Tests sollten Möglichkeiten gefunden werden, um rechtliche und finanzielle Hemmnisse für die Tests zu überwinden. Solche Barrieren können Politiken einer Strafverfolgung im Falle einer HIV-Übertragung umfassen, sowie die Auflage, für eine Behandlung aufzukommen, wenn diese unbezahlbar ist. Mit Ausnahme der zwingend vorgeschriebenen Untersuchung von Blut- und Gewebespenden sollten Antidiskriminierungsvorschriften und -politiken in Erwägung gezogen werden, um obligatorische Tests für jede Gruppe in jeder Situation zu verhindern.

Den Zugang zu HIV-Tests zu einem integralen Bestandteil nationaler Strategien machen

Alle nationalen Strategien zur Prävention und Behandlung von HIV, anderen sexuell übertragbaren Infektionen, Virushepatitis, Tuberkulose und anderen HIV-Indikatorerkrankungen müssen HIV-Tests, mit Ausrichtung auf geeignete Zielgruppen, als Schlüsselement umfassen. Möglichkeiten zur Verbesserung des Zugangs und der Akzeptanz von freiwilligen, vertraulichen HIV-Tests sollten auch im Rahmen anderer relevanter nationaler Strategien identifiziert werden, beispielsweise im Rahmen von auf Schwangere, Drogenkonsumenten, Prostituierte oder die Gesundheitsversorgung in Haftanstalten ausgerichteten Programmen.

Eine HIV-Test-Strategie unter Einbindung von Interessengruppen entwickeln und umsetzen

Die verfügbaren Informationen über HIV und zugehörige Angelegenheiten müssen auf nationaler und lokaler Ebene verwendet werden, um abzuklären, was erreicht werden soll und wo die Prioritäten liegen. Anschließend werden strategische Ziele und Zielsetzungen zusammengefasst, sodass alle Beteiligten oder Betroffenen über ein gemeinsames Verständnis verfügen. Die Entwicklung der Strategie erfordert die Einbindung aller wichtigen Interessengruppen, damit um gemeinsame Ziele herum eine Koalition aufgebaut werden kann, der HIV-positive Menschen, Vertreter der am stärksten betroffenen Bevölkerungsgruppen, die Zivilgesellschaft, Präventionsstellen, Fachleute mit Kompetenzen im Bereich HIV-Tests sowie andere für die Umsetzung der Strategie zuständige Fachleute angehören.

Entwicklung einer nationalen Strategie für HIV-Tests

Wer soll getestet werden?

Kennen Sie Ihre Epidemie und ermitteln Sie die am stärksten gefährdeten Gruppen. Ein wirksames nationales Konzept für HIV-Tests wird sich auf ein Verständnis der Epidemie auf lokaler und nationaler Ebene stützen. Programme für HIV-Tests sollten darauf abzielen, die einem Infektionsrisiko ausgesetzten Menschen zu erreichen, und die am stärksten gefährdeten Personen bevorzugt zu behandeln.

Verschaffen Sie sich einen Überblick über Surveillance- und andere relevante Daten, einschließlich von Informationen über nicht diagnostizierte Fälle einer HIV-Infektion und eine zu späte Diagnose, um auf regionaler und nationaler Ebene ein Verständnis der Epidemie und des zeitlichen Verlaufs zu entwickeln. Manche Gruppen sind besonders HIV-gefährdet, darunter Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten; injizierende Drogenkonsumenten; Migranten, insbesondere aus Ländern mit hoher Prävalenz; die Sexualpartner von Personen in allen diesen Gruppen; und die Kinder von HIV-positiven Müttern. Solche Bevölkerungsgruppen und/oder ihr Risiko sind oftmals verborgen und stigmatisiert. Es müssen spezielle Studien durchgeführt werden, um Daten über die HIV-Rate innerhalb dieser Gruppen und ihre HIV-Testquoten zu erheben sowie Informationen über einschlägige Kenntnisse, Einstellungen und Verhaltensweisen zu erlangen und so über eine Grundlage für Maßnahmen zur Steigerung der Akzeptanz von HIV-Tests innerhalb dieser Gruppen zu verfügen.

Auch ergänzende Daten über andere sexuell übertragbare Infektionen, das Sexualverhalten und das Verhalten hinsichtlich des intravenösen Drogenkonsums in der Gesamtbevölkerung sowie in HIV-gefährdeten Gruppen sollten geprüft werden.

Wo soll getestet werden?

Berücksichtigen Sie die Logistik

Planen Sie, wie das HIV-Testprogramm umgesetzt werden soll, und bewältigen Sie logistische Herausforderungen. Dazu kann gehören, wie das Gesundheitssystem strukturiert ist, ob es Zugang zu kostenloser Gesundheitsversorgung gibt, inwieweit die Sozialdienste in den Gemeinden vorbereitet sind, wie für Beratung und Unterstützung gesorgt wird, wie gewährleistet wird, dass Betreuungspfade für den Zugang zur HIV-Behandlung vorhanden sind, und wie die Vertraulichkeit sichergestellt werden kann.

Bieten Sie HIV-Tests in einer Vielzahl von Situationen und Milieus an

Nutzen Sie Ihr Wissen über die Epidemie und die Risikogruppen, um fundierte Entscheidungen darüber zu treffen, wo HIV-Tests angeboten werden sollen. Berücksichtigen Sie auch, wer gegenwärtig in welcher Situation und in welchem Milieu HIV-Tests nutzt. Aufgrund der vielfältigen Erfordernisse und der Barrieren hinsichtlich der Nutzung von HIV-Tests sollte eine breite Palette von Leistungen angeboten werden, um den Zugang zu maximieren. Ermitteln Sie, welche Maßnahmen erforderlich sind, um neue Leistungen zu etablieren oder die Praxis in bestehenden Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder bei Sozialdiensten in den Gemeinden zu verändern. Evaluieren Sie, ob Vorschriften, die ein Hindernis für HIV-Tests im kommunalen Umfeld darstellen können – unter anderem die Verwendung von Vor-Ort-Tests oder die Anforderung, dass Tests nur durch bestimmte Fachleute durchgeführt werden dürfen – gelockert werden könnten, ohne die Qualität der Tests zu gefährden.

Machen Sie sich ein flächendeckendes Angebot von HIV-Tests zum Ziel

- Spezielle Dienste für HIV-Tests, um leichten und sicheren Zugang zu HIV-Tests allein oder in Kombination mit anderen Tests zu bieten.
- Orte an denen HIV-Tests allgemein angeboten werden sollten: Dienste für gefährdete Personen (Dienste für mit sexuell übertragbaren Erkrankungen infizierte Personen, Dienste für injizierende Drogenkonsumenten);

Schwangerenberatung; Dienste für die klinische Diagnose und das Management von HIV-Indikatorbedingungen; andere Orte, an denen die Prävalenz nicht diagnostizierter HIV-Infektionen bekanntermaßen oder vermutlich hoch ist.

- Alle anderen Situationen und Umgebungen im Gesundheitswesen, in denen Menschen in der Lage sein sollten, einen HIV-Test zu verlangen, oder in denen Fachleute bereit sein sollten, einen solchen Test anzubieten, und darauf achten sollten, wann ein solcher Test erforderlich ist.
- Testzentren auf Gemeindeebene, auch im Rahmen der Straßensozialarbeit, um Menschen mit hohem HIV-Risiko zu erreichen, die möglicherweise im Verborgenen oder am Rande der Gesellschaft leben und keinen Kontakt zu den herkömmlichen Diensten des Gesundheitswesens haben. Derartige Dienste sollten unter Einbindung der Zielgruppen eingerichtet werden.

Wann soll getestet werden?

Geben Sie Empfehlungen zur Häufigkeit von HIV-Tests

Häufigere Tests sind für Menschen mit fortlaufendem Risikoverhalten angezeigt. Beispielsweise empfehlen manche Länder, dass Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten jährlich oder noch häufiger HIV-Tests durchführen sollten, in Abhängigkeit von ihrem Sexualverhalten. Den derzeitigen Leitlinien der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) zufolge sollten injizierenden Drogenkonsumenten HIV-Tests mindestens alle sechs bis zwölf Monate angeboten werden.

Wie soll getestet werden?

Die Öffentlichkeit sensibilisieren

Damit sich Menschen um HIV-Tests bemühen und diese akzeptieren, muss die Öffentlichkeit – und insbesondere Gruppen mit erhöhtem HIV-Risiko – die Vorteile dieser Tests verstehen. Benötigt wird daher ein strategisches Konzept für die Kommunikation, das eine Palette unterschiedlicher Kanäle nutzt. Als Mittel zur Sensibilisierung können die sichtbare und hochrangige Unterstützung durch Meinungsmacher inkl. Politikern, kommunale Führungspersonen und bekannte Persönlichkeiten, sowie die förderliche und genaue Thematisierung in den Medien genutzt werden.

Vertraulichkeit sicherstellen

Vertraulichkeit ist ein Grundprinzip im Gesundheitswesen, aber aufgrund der Stigmatisierung, die mit HIV und den Verhaltensweisen verbunden ist, durch die das Virus übertragen werden kann, ist sie für HIV-Tests von entscheidender Bedeutung. Die einschlägigen fachlichen Leitlinien und die nationalen gesetzlichen Anforderungen sollten befolgt werden. Mangelndes Vertrauen kann als Barriere für den Zugang zu HIV-Tests wirken. Klar formulierte Vertraulichkeitsprinzipien und deren Bekanntmachung in den Einrichtungen, in denen Tests angeboten werden, können zur Überwindung dieser Barriere beitragen. HIV-Tests sollten stets unter Wahrung der Privatsphäre angeboten und erörtert werden. Die Möglichkeit zu anonymen Tests sollte gegeben sein.

Sensibilisierung der Fachkräfte und Schulung der Mitarbeiter

Es ist möglich, Fachkräfte hinsichtlich des Angebots an HIV-Tests zu sensibilisieren und ihr Vertrauen und ihre Kompetenz zu stärken, indem entsprechende Schulungen angeboten werden. HIV-Tests können von jedem entsprechend geschulten und qualifizierten Beschäftigten im Gesundheitswesen angeboten werden, und eine Ausweitung der HIV-Tests wird mehr Personal erfordern, das von der Bedeutung dieser Tests überzeugt ist und über die Qualifikation verfügt sie anzubieten. Mit entsprechender Schulung und Qualitätssicherung kann auch fachfremdes Personal HIV-Tests anbieten. Die Mitarbeiter müssen die Vorteile von HIV-Tests erkennen und die Barrieren überwinden, die ihre Fähigkeit und Bereitschaft, solche Tests anzubieten, hemmen. Dazu gehören mangelnde Überzeugung, Schwierigkeiten über Sex zu sprechen oder stigmatisierte Verhaltensweisen, Angst vor der Vermittlung eines positiven Ergebnisses sowie diskriminierende Einstellungen gegenüber Personen, die durch HIV gefährdet oder betroffen sind.

Gespräch vor dem Test

Ein kurzes Gespräch vor dem Test, in dem die Vorteile des Tests und die praktischen Vorkehrungen hinsichtlich der Durchführung des Tests und der Mitteilung des Ergebnisses angesprochen werden, hat sich als akzeptabel und als wirksamer Beitrag zu erhöhter Akzeptanz von HIV-Tests erwiesen. Der Hauptzweck ist die Sicherstellung der Einverständniserklärung, die zwar dokumentiert werden sollte, aber keine unterzeichnete schriftliche Einverständniserklärung sein muss. Dies steht im Einklang mit anderen medizinischen Untersuchungen und ist Bestandteil der Normalisierung von HIV-Tests. Eine detailliert beschriebene Vorgeschichte in Bezug auf Sexualverhalten oder intravenösen Drogenkonsum ist keine Vorbedingung dafür, einen HIV-Test anzubieten. Für manche Menschen oder in Einrichtungen, in denen Beratungen über Sexualverhalten und/oder Drogenkonsum unter das Leistungsangebot fallen, ist möglicherweise eine kurze Risikobewertung oder eine umfassendere Beratung vor dem Test angezeigt, beispielsweise im Falle fortgesetzter Risikoexposition. Dies sollte stets möglich sein, und die Mitarbeiter sollten wissen, wie sie eine Überweisung an qualifizierte Berater vornehmen können.

Geeignete Testmethoden verwenden

Stellen Sie fest, welche Arten von HIV-Tests zur Verfügung stehen, und bewerten Sie ihre jeweiligen Vorteile für Tests in unterschiedlichen Situationen und Umgebungen, einschließlich von Schnelltests (Vor-Ort-Tests). Die Testmethoden werden ständig weiter entwickelt, und es sollte fachkundige Beratung eingeholt werden, um die Wahl der Tests regelmäßig zu überprüfen. Alle reaktiven Tests sollten bestätigt und die diesbezüglichen Leitlinien der WHO befolgt werden. Nationale Leitlinien für die Anwendung eines Mindeststandards zur Qualitätssicherung von Diagnosetests sind von grundlegender Bedeutung, um Verfahren von hoher Qualität sowie methodologische Standardisierung und Zuverlässigkeit gewährleisten zu können.

Stets die Ergebnisse mitteilen

Es sollten alle Anstrengungen unternommen werden um sicherzustellen, dass Personen, die sich einem HIV-Test unterzogen haben, über das Ergebnis informiert werden, unabhängig davon, ob es positiv oder negativ ist. Wenn positive Ergebnisse mitgeteilt werden, muss stets dafür Sorge getragen werden, dass Mitarbeiter für eine nachgeschaltete Beratung zur Verfügung stehen, und dass auch Verbindungen zu einer angemessenen HIV-Behandlung bestehen und Betreuungsdienste vorhanden sind, an die die Betroffenen verwiesen werden können. Menschen mit hohem HIV-Risiko, denen ein negatives Testergebnis mitgeteilt wird, können ebenfalls von einer Beratung und Überweisung an geeignete Präventionsdienste profitieren.

Den Zugang zu HIV-Behandlung, -Betreuung und -Prävention sicherstellen

Zugang zu antiretroviraler Therapie

Sämtliche HIV-Testprogramme müssen unbedingt über eindeutige Mechanismen verfügen, mit denen sichergestellt wird, dass Personen mit positivem Testergebnis in die HIV-Behandlung und -Betreuung integriert werden. In ganz Europa sollte es universellen Zugang zu antiretroviraler Therapie geben. Die Tatsache, dass sich jemand die Kosten der Therapie nicht leisten kann, sollte den Zugang zur Behandlung nicht verhindern, und es müssen Lösungen gefunden werden, um dieses Hemmnis für den universellen Zugang zu überwinden. Alle HIV-Testeinrichtungen sollten über Überweisungspfade verfügen, durch die sichergestellt wird, dass die Menschen nach der Mitteilung eines positiven HIV-Testergebnisses umgehend eine Beratung durch einen Spezialisten erhalten. Im Rahmen dieser Beratung sollte auch festgelegt werden, wann mit der antiretroviralen Therapie begonnen werden sollte, welche weiteren Erfordernisse und Unterstützungsleistungen im Bereich der Gesundheits- und Sozialfürsorge notwendig sind.

Zugang zu psychosozialer Unterstützung und zu Präventionsleistungen

Psychosoziale Unterstützung sollte unmittelbar nach der Mitteilung eines positiven Testergebnisses zugänglich sein. Für Personen mit positivem Testergebnis sollte die Überweisung in fachliche Betreuung auch den Zugang zu Unterstützung der Prävention einer weiteren Übertragung von HIV umfassen. Für Personen mit negativem Testergebnis sollte auf Antrag ebenfalls eine Überweisung zur Beratung und Unterstützung zur HIV-Prävention möglich sein, wenn ein erhebliches Risiko einer fortdauernden Exposition besteht.

Follow-up: Überwachung und Evaluierung

Überwachung und Evaluierung sind unverzichtbare Komponenten eines HIV-Test-Programms und gewährleisten, dass das Programm seinen Zweck erfüllt und zu HIV-Tests hoher Qualität führt. Ein gut konzipiertes Überwachungs- und Evaluierungssystem liefert Informationen für die Politik, verbessert die Qualität und Wirksamkeit von Maßnahmen und leitet somit die künftige Mittelzuweisung des Programms. Nationale Überwachungsdaten inkludieren neu gestellte Diagnosen und den Anteil der Personen, die spät vorstellig werden. Schätzungen der nicht diagnostizierten HIV-Infektionen sind wichtig für die Überwachung des Einflusses eines Programms. Die Ausweitung der Tests auf neue Einrichtungen wird eine belastbare Überwachung und Evaluierung erfordern, um HIV-Tests hoher Qualität sicherzustellen. Der Erfolg lokaler Maßnahmen zur Förderung von HIV-Tests kann anhand von fünf Kriterien beurteilt werden: Durchführbarkeit, Akzeptanz, Wirksamkeit und Kosteneffizienz; Erreichen von Zielgruppen und Nachhaltigkeit. Eindeutige, klar definierte und messbare Indikatoren können eine Hilfe bei der Überwachung dieser Kriterien sein und eine Standardmethode für die Meldung von Ergebnissen auf lokaler und (inter)nationaler Ebene bieten.

Surveillanceberichte

5 Tuberkulosesurveillance 2008

(Veröffentlichung: März 2010)

Seit dem 1. Januar 2008 werden die Tätigkeiten im Rahmen der Surveillance der Tuberkulose (Tb) in Europa vom Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und dem WHO-Regionalbüro für Europa gemeinsam koordiniert. Ziel ist, qualitative hochwertige, standardisierte Tb-Daten für alle 53 Länder der europäischen WHO-Region und Liechtenstein sicherzustellen.

Die europäische WHO-Region

Für das Jahr 2008 wurden von 50 der 54 Länder der europäischen WHO-Region² 461 645 Tb-Fälle (52,2 pro 100 000 Einwohner) gemeldet, was etwa 6 % der Tb-Fälle entspricht, die der WHO weltweit gemeldet wurden. Die Tb-Gesamtmelderaten in der europäischen WHO-Region steigen seit 2004 tendenziell immer weiter an. Die Tb-Gesamtmelderaten insgesamt in 18 Ländern mit hoher Priorität³ sanken jedoch gegenüber dem Vorjahr um 3,9 % auf 87,6 % aller Tb-Fälle, und in der gesamten Region sanken die Meldungen insgesamt zwischen 2007 und 2008 um 2,6 %. Ein Rückgang um 4 % gegenüber 2007 bei der Meldung neu diagnostizierter Tb-Fälle lässt auf eine geringere Verbreitung von Tb in der Region schließen. Der Anteil bereits behandelter Fälle sank ebenfalls seit 2007 von 31,7 % auf 29,8 %.

Die Altersgruppe mit der höchsten Zahl (42,0 %) neu diagnostizierter Tb-Fälle in der Region sind die 25- bis 44-Jährigen.

Die Zahl der gemeldeten Tb-Fälle mit HIV-Koinfektion hat sich fast verdoppelt, von 5 828 Fällen im Jahr 2006 auf 11 395 Fälle im Jahr 2008, was auf verstärkte Tests als Teil der intensivierten HIV-Betreuungsleistungen für Tb-Patienten in den Ländern mit hoher Priorität zurückzuführen ist. Es gab während dieses Zeitraums außerhalb der Länder mit hoher Priorität keine merkliche Zunahme an gemeldeten HIV-Koinfektionen.

In der gesamten Region hat sich die Gesamtzahl der gemeldeten Fälle mit multiresistenter Tuberkulose (MDR-Tb) im Jahr 2008 gegenüber dem Vorjahr verdoppelt, was auf Verbesserungen bei Arzneimittel-Empfindlichkeitstests zurückzuführen ist; die Prävalenz multiresistenter Tuberkulose (MDR-Tb) bei neu diagnostizierten Tb-Fällen lag bei 11,1 %. Das höchste Aufkommen von MDR-Tb-Fällen in der Region findet sich in den Ländern mit hoher Priorität, mit einer Prävalenz von 13,8 % bei den neu diagnostizierten Fällen, was dem Fünffachen der in der EU/dem EWR gemeldeten Prävalenz entspricht, und einer Prävalenz von mehr als 50 % bei zuvor behandelten Fällen, einem Anteil, der mehr als doppelt so hoch ist wie in der EU/dem EWR.

Die Behandlungserfolgsrate bei neu diagnostizierten und durch ein Labor bestätigten Tb-Fälle im Jahr 2007 sank auf 70,7 % (im Vergleich zu 73,1 % bei registrierten Fällen aus 2006); bei 9,0 % war die Behandlung nicht erfolgreich, 8,4 % starben und 6,9 % wurden nicht wieder vorgestellt. Die Behandlungserfolgsrate in Nicht-EU/EWR-Ländern ist geringer als in EU/EWR-Ländern: 67,5 % im Vergleich zu 79,5 %. In den 18 Ländern mit hoher Priorität war die Behandlung nur in 69,2 % der neu diagnostizierten und durch ein Labor bestätigten Tb-Fälle erfolgreich, was von dem Ziel von 85 % der Strategie „Stopp der Tb“ weit entfernt ist.

Die Tb-Sterblichkeitsrate ging um 45 % von 9,0 pro 100 000 Einwohner im Jahr 2005 auf 5,0 pro 100 000 Einwohner im Jahr 2007 zurück. Anteilig ähnliche Rückgänge waren in der EU/dem EWR sowie in den Ländern mit hoher Priorität zu verzeichnen. In den Ländern mit hoher Priorität war die Sterblichkeit jedoch nach wie vor fast 15-mal so hoch wie in der EU/dem EWR.

² Aus Monaco, San Marino, Österreich und Liechtenstein lagen keine Daten vor; Liechtenstein wird in diesem Bericht berücksichtigt, ist aber nur als EWR-Land erfasst, da es nicht der europäischen WHO-Region angehört.

³ Armenien, Aserbaidschan, Belarus (Weißrussland), Bulgarien, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Moldau, Rumänien, Russland, Tadschikistan, Türkei, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan.

Länder der Europäischen Union und des Europäischen Wirtschaftsraums⁴

Für das Jahr 2008 wurden von 26 Ländern der Europäischen Union (EU) (alle außer Österreich) und zwei weiteren Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) (Island und Norwegen) 82 611 Tb-Fälle gemeldet, was einem Rückgang um 615 Fälle im Vergleich zu 2007 darstellt. Mehr als 80 % der Fälle traten in den acht Ländern auf, die jeweils 3 000 Fälle oder mehr meldeten (Bulgarien, Frankreich, Deutschland, Italien, Polen, Rumänien, Spanien und Vereinigtes Königreich).

Die Gesamtmelderate lag im Jahr 2008 bei 16,7 pro 100 000 Einwohner, wobei in 21 Ländern Raten von unter 20 pro 100 000 Einwohner gemeldet wurden und in Rumänien (115,1), den baltischen Staaten — Litauen (66,8), Lettland (47,1), Estland (33,1) — Bulgarien (41,2), Portugal (28,2) und Polen (21,2) Raten von über 20 pro 100 000 Einwohner. Die Gesamtmelderate lag 1,2 % unter dem Wert für 2007 (für 28 berichtende Länder), was einen Nettoabwärtstrend in 17 Ländern widerspiegelt.

Ein erheblicher Anstieg wurde jedoch in Malta (28,8 %), Island (19,8 %) und Zypern (12,2 %) beobachtet, ein gewisser Anstieg in Schweden (4,9 %) und im Vereinigten Königreich (2,8 %), vor allem bei Personen ausländischer Herkunft. Im Jahr 2008 handelte es sich bei 22,4 % aller Fälle (Länderbandbreite: 0-88 %) um Personen ausländischer Herkunft, von denen mehr als zwei Drittel aus Asien oder Afrika stammten.

Die HIV-Prävalenz unter den Tb-Fällen nahm zwischen 2006 und 2008 in Estland (von 9,0 % auf 9,9 %), Lettland (3,4 % auf 6,7 %) und Malta (3,7 % auf 9,4 %) zu. In den restlichen Ländern, die Daten vorlegten, betrug die HIV-Prävalenz unter den Tb-Fällen in sechs Ländern 1 % oder weniger, in drei anderen Ländern 2-5 %, in zwei Ländern 5-8 % und in einem Land 14,6 %.

Die Multiresistenz (MDR) trat weiterhin in den baltischen Staaten (kombinierte MDR: 15,6-21,3 %) am häufigsten auf, gefolgt von Rumänien, das erstmalig Ergebnisse meldete (14,7 %). Andere Länder meldeten geringe MDR-Werte (0-5 %), wo sie generell bei Personen ausländischer Herkunft häufiger auftrat. Von den 14 Ländern, die eine extreme Arzneimittelresistenz (*extensive drug resistance*, XDR) meldeten, hatte Rumänien die höchste Fallzahl (insgesamt 54 Fälle), während Lettland und Estland den höchsten prozentualen Anteil von XDR-Fällen an MDR-Fällen (14,7 bzw. 12,2 %) aufwiesen, wobei in Lettland ein starker Anstieg der XDR-Fälle im Vergleich zu 2007 zu verzeichnen war, nämlich von 6 auf 19 (von 6,1 % auf 14,7 %).

22 Länder legten im Jahr 2007 Daten zur systematischen Erfassung der Behandlungsergebnisse (*treatment outcome monitoring*, TOM) für bestätigte Fälle von Lungen-Tb vor. Von den bislang unbehandelten, durch Bakterienkultur bestätigten Lungen-Tb-Fällen wurden 79,5 % erfolgreich behandelt. Bei bereits behandelten Tb-Fällen war eine erfolgreiche Behandlung erheblich seltener (51,8 %), ebenso wie bei durch Bakterienkultur bestätigten Lungen-Tb-Fällen bei MDR-Tb nach 24 Monaten (30,9 %).

⁴ Die 27 Mitgliedstaaten der EU, Island, Liechtenstein und Norwegen.

6 Grippe-surveillance in Europa 2008/2009 – Woche 40/2008 bis Woche 39/2009

(Veröffentlichung: Mai 2010)

Die Grippe-saison 2008/2009 in Europa begann in Woche 48/2008, dauerte etwa zehn Wochen in jedem betroffenen Land und endete in Woche 16/2009, nachdem der Gipfel der Aktivität den Kontinent von Westen nach Osten durchquert hatte. Die wöchentlichen (sub)typspezifischen Anteile der influenzapositiven Sentinelproben zeigten zwei überlappende Aktivitätsgipfel, wobei die anfänglich dominante Influenza A(H3N2) nach Woche 8/2009 durch die Influenza B als Grippevirus mit der höchsten Prävalenz verdrängt wurde. Es wurde nachgewiesen, dass die zirkulierenden Influenzaviren A(H3N2) und A(H1N1) antigenisch eng verwandt mit den entsprechenden Komponenten des Grippeimpfstoffs 2008/2009 für die nördliche Hemisphäre waren, während es sich bei den meisten der isolierten B-Viren um Viren der Victoria-Linie handelte, die nicht der B-Komponente des Impfstoffs, einem Virus der Yamagata-Linie, entsprachen. In Anbetracht der relativ geringen Prävalenz von B-Viren, die in dieser Saison zu beobachten war, hatte diese Nichtübereinstimmung jedoch aller Wahrscheinlichkeit nach keine besondere Signifikanz für das öffentliche Gesundheitswesen.

Fälle der pandemischen Influenza vom Typ A(H1N1) im Jahr 2009 begannen in Europa in Woche 16/2009 aufzutreten. Bis Woche 39 belief sich die gemeldete Gesamtzahl aller bestätigten Fälle auf 53 658 Fälle in allen EU-Mitgliedstaaten, Island, Liechtenstein und Norwegen und umfasste 175 Todesfälle in 14 Ländern. Die fallbasierten Daten zeigten, dass die Patienten zwischen 0 und 90 Jahre alt waren (Median: 19 Jahre), 78 % waren jünger als 30 Jahre, und auf Schulkinder im Alter zwischen 5 und 19 Jahren entfielen 47 % aller Fälle. Bei der überwältigenden Mehrzahl der Fälle (96 %) waren keine medizinischen Grunderkrankungen bekannt. Bei den Fällen mit Grunderkrankungen war eine chronische Lungenerkrankung die am häufigsten gemeldete Grunderkrankung, auf die 30 % dieser Fälle entfielen. Lungenentzündung wurde in 0,6 % der Infektionen im Rahmen der Grippepandemie als Komplikation genannt, die Hospitalisierungsquote lag insgesamt bei 13 %, und in 0,03 % der Fälle waren Todesfälle zu verzeichnen.

Das integrierte Europäische Netzwerk für klinische und virologische Influenzasurveillance (EISN) erwies sich als wirksam für die zeitnahe Erfassung des Beginns der Grippe-saison 2008/2009, die Überwachung ihres Verlaufs und die Charakterisierung ihrer wichtigsten virologischen Merkmale. Die ersten bei Nicht-Sentinel- und Sentinel-Patienten festgestellten pandemischen Influenzaviren 2009 wurden innerhalb einer Woche bzw. innerhalb von drei Wochen nach den ersten Erkrankungen in Europa bestätigt. Die Sentinel-Surveillance grippeähnlicher Erkrankungen (*influenza-like illness*, ILI) und akuter respiratorischer Infektionen (*acute respiratory infection*, ARI) erkannte eine eindeutige Zunahme jedoch erst mit einer Verzögerung von zehn Wochen. Sogar in Woche 39/2009, als Grippepandemiefälle von allen EU-Mitgliedstaaten, Island, Liechtenstein und Norwegen gemeldet worden waren, war eine ILI/ARI-Aktivität über der Grundlinie nur von neun der 29 Länder, die Meldungen an das EISN übermitteln, beobachtet worden.

Um eine höhere Empfindlichkeit zu erreichen, wäre eine größere Zahl von Sentinel-Ärzten erforderlich. Es müssen jedoch auch andere systematische Unzulänglichkeiten abgestellt werden. Folgende Änderungen des Grippeüberwachungssystems in Europa werden vorgeschlagen:

- weitere Förderung standardisierter Meldungen zu Intensität, geografischer Verteilung und Trends bei ILI und ARI;
- Erweiterung der ILI- und ARI-Surveillance um die Surveillance schwerer akuter respiratorischer Infektionen (*severe acute respiratory infection*, SARI);
- Einführung standardisierter epidemischer Schwellenwerte für die ILI/ARI-Sentinel-Surveillance;
- Weiterentwicklung der Surveillance der Gesamtmortalität auf europäischer Ebene und regelmäßige Veröffentlichung von Ergebnissen.

7 Surveillance invasiver bakterieller Erkrankungen in Europa 2007

(Veröffentlichung: Oktober 2010)

In diesem Bericht wird die Epidemiologie invasiver bakterieller Erkrankungen infolge von *Haemophilus influenzae* und *Neisseria meningitidis* in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) im Jahr 2007 beschrieben. Designierte nationale Kontaktstellen wurden um die Übermittlung von Daten unter Verwendung der überarbeiteten Version des Datensatzes für invasive bakterielle Infektionen (IBI) ersucht, der im Jahr 2008 auf der Grundlage der ehemaligen EU-IBIS-Datenbank entwickelt wurde. Dieser Datensatz enthält fallbasierte Informationen über epidemiologische Variablen und Laborvariablen und ist in einen zentralen Datensatz mit Variablen, die für alle meldepflichtigen Krankheiten in der EU anwendbar sind, und einen erweiterten Datensatz mit Variablen speziell für invasive Erkrankungen durch *Haemophilus influenzae* und die invasive Meningokokken-Erkrankung unterteilt. Um die Datenübermittlung zu erleichtern, erhielten die Mitgliedstaaten im Juni 2008 eine Online-Schulung, und vor dem Datenabruf wurden ergänzende Schulungsvideos und weitere Materialien zur Verfügung gestellt.

Von den 30 EU/EWR-Mitgliedstaaten übermittelten 27 Staaten Daten zur invasiven Erkrankung durch *Haemophilus influenzae*, und 29 Staaten übermittelten Daten zur invasiven Meningokokken-Erkrankung.

Invasive Erkrankung durch *Haemophilus influenzae*

- Im Jahr 2007 wurden insgesamt 2 058 Fälle der invasiven Erkrankung durch *Haemophilus influenzae* gemeldet. Die Melderaten waren zwischen den einzelnen Mitgliedstaaten verschieden, wobei die Raten in den nordischen Ländern verglichen mit dem Rest Europas höher waren und tendenziell weiter zunehmen. In der Mehrzahl der Länder lag die Inzidenz jedoch weiterhin unter 1 Fall pro 100 000 Einwohner. Die höchsten Melderaten insgesamt waren bei Kindern unter einem Jahr zu verzeichnen (3 pro 100 000, 118 Fälle). Während der Trend bei Kindern für Serotyp B zwischen 1999 und 2007 substanzial rückläufig war (von 3 pro 100 000 Einwohner auf 1 pro 100 000 Einwohner), war für nicht verkapselte Stämme im selben Zeitraum ein Anstieg zu verzeichnen, und zwar von 1,5 pro 100 000 Einwohner auf 2,5 pro 100 000 Einwohner.
- 67 % aller im Jahr 2007 gemeldeten Fälle von invasiver *H. influenzae* waren auf nicht verkapselte Stämme zurückzuführen. Die Zunahme der Anzahl nicht verkapselter Stämme, die über die Jahre gemeldet wurde, ist möglicherweise partiell einer verbesserten Fallerhebung und einer erhöhten Empfindlichkeit der Surveillancesysteme zuzuschreiben, die auch in mehreren Mitgliedstaaten dokumentiert wurden. In der EU war jedoch in den letzten Jahren auch eine reale Zunahme der Zahl der gemeldeten Serotypen zu verzeichnen, die nicht durch den Impfstoff erfasst wurden (Nicht-B-Stämme und nicht verkapselte Stämme). Die Einführung des Konjugatimpfstoffs gegen *H. influenzae* Typ B (Hib) hat durch den Rückgang der Hib-Erkrankung zu einem höheren Anteil von auf andere als auf Stämme vom Serotyp zurückzuführenden invasiven Infektionen durch *H. influenzae* geführt. Anders als beim Konjugatimpfprogramm gegen Pneumokokken gibt es keine kohärenten oder belastbaren Nachweise, die darauf schließen lassen, dass Hib-Massenimpfungen in der frühen Kindheit zu einer Serotyp-Verdrängung bei Trägern oder Erkrankungen geführt hat. Ein jüngst veröffentlichtes Positionspapier der Weltgesundheitsorganisation (WHO) über Hib-Konjugatimpfstoffe gelangte zu der Schlussfolgerung, dass „bisher eine Verdrängung von Bakterienstämmen kein auffälliges Merkmal einer umfangreichen Hib-Immunisierung“ war.
- Bezogen auf die gemeldeten absoluten Zahlen scheint es eine Veränderung hin zu älteren Altersgruppen zu geben. 46 % aller im Jahr 2007 gemeldeten Fälle waren bei Erwachsenen über 65 Jahren zu verzeichnen; diese Erkenntnis steht im Einklang mit einer Studie aus den USA, in der die erhöhte Inzidenz invasiver Erkrankungen durch *H. influenzae* zwischen 1996 und 2004 aufgezeigt wird. Die epidemiologischen Eigenschaften von *H. influenzae* veränderten sich ebenfalls von einer vor allem bei Kindern auftretenden und durch den Serotyp B dominierten Erkrankung zu einer überwiegend bei Erwachsenen auftretenden und durch nicht typisierbare Stämme dominierten Erkrankung.
- Im Jahr 2007 traten bis zu 60 % der Fälle bei geimpften Personen auf, wie es üblicherweise in Populationen mit hoher Durchimpfungsrate zu beobachten ist. Bei den Personen mit umfassendem Impfschutz handelte es sich mehrheitlich um Kinder im Alter von 1-4 Jahren, während auf Kinder unter einem Jahr 27 % der Fälle entfielen. Anhand der vorliegenden Daten kann nicht beurteilt werden, ob die beobachteten Fälle als echte Impfersager eingestuft werden können; zur weiteren Untersuchung dieser Feststellung werden mehr Informationen benötigt. Zusätzliche Hintergrundinformationen zu diesem Thema lieferte eine von EU-IBIS durchgeführte Studie, in deren Rahmen durch nationale Überwachungsmaßnahmen zwischen 1996 und 2001 in Europa, Israel und Australien ermitteltes Impfersagen analysiert wurde und die klinischen und

labormäßigen Merkmale in einer großen und vielfältigen Population mit unterschiedlichen Impfplänen beschrieben wurden.

Ein erneutes Auftreten der Hib-Erkrankung infolge von Impfversagen wurde auch durch das Vereinigte Königreich in großem Umfang gemeldet.

Invasive Meningokokken-Erkrankung

- Im Jahr 2007 wurden in der EU/im EWR insgesamt 5 583 Fälle der invasiven bakteriellen Erkrankung durch *N. meningitidis* gemeldet, mit einer Gesamtmelderate von 1,12 pro 100 000 Einwohner. Die Melderaten unterschieden sich von Mitgliedstaat zu Mitgliedstaat und waren in Irland und im Vereinigten Königreich im Vergleich zum restlichen Europa höher, obgleich in beiden Ländern ein anhaltender Abwärtstrend zu verzeichnen ist. Abgesehen von diesen beiden Ländern haben weitere sechs Mitgliedstaaten Melderaten von über 1 pro 100 000 Einwohner (Belgien, Dänemark, die Niederlande, Spanien, Litauen und Malta). Bei Säuglingen und Kindern sind nach wie vor die meisten Fälle der invasiven Meningokokken-Erkrankung zu verzeichnen, wobei 50 % der Fälle für Kinder unter 10 Jahren gemeldet wurden. Die höchsten Erkrankungsraten bei Säuglingen unter einem Jahr wurden aus Irland und dem Vereinigten Königreich gemeldet, mit Raten von 74,5/100 000 Einwohner bzw. 46,6/100 000 Einwohner.
- Wie bei *H. influenzae* kann die Heterogenität der Meldung von Fällen möglicherweise einer Reihe von Ursachen zugeschrieben werden: Verbesserung der Empfindlichkeit der Surveillancesysteme; Unterschiede hinsichtlich der Art des überwachten klinischen Erscheinungsbildes (d. h. Sepsis oder Meningitis oder beides) in den einzelnen Mitgliedstaaten; Unterschiede hinsichtlich der angewandten Falldefinitionen; Unterschiede in Bezug auf die Laborkapazitäten; oder Unterschiede hinsichtlich der medizinischen Verfahrensweisen zur Sicherstellung der frühzeitigen Entnahme einer Blutkultur. In diesem Stadium hat das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) noch keinen umfassenden Überblick über die Hauptgründe für diese Unterschiede und rät daher zur Vorsicht beim Vergleich der Melderaten nach Serogruppe und Alter zwischen verschiedenen Ländern.
- Der Anteil von Fällen, bei denen Informationen über die Serogruppe fehlen, ist nach wie vor hoch, insbesondere in den osteuropäischen Ländern. Die Bestimmung der Serogruppe hat sich jedoch in den letzten Jahren verbessert, wobei die Anzahl der Fälle mit unbekannter Serogruppe in den letzten fünf Jahren erheblich gesunken ist, und zwar von 1 448 Fällen im Jahr 2003 auf 559 Fälle im Jahr 2007. Im Jahr 2007 war Serogruppe B die am häufigsten als Auslöser der invasiven Meningokokken-Erkrankung in Europa gemeldete Serogruppe; auf sie entfielen etwa 90 % aller bei Kindern unter vier Jahren gemeldeten Serogruppen. In Ländern mit Meningokokken-C(MCC)-Impfung gibt es eine starke Prädominanz von Fällen der Serogruppe B in allen Altersgruppen, insbesondere in den Altersgruppen der Säuglinge unter einem Jahr und der Kinder zwischen einem Jahr und vier Jahren (73 % bzw. 81 % der Fälle), den üblichen Zielgruppen für eine Impfung gegen Serogruppe C.
- In Ländern mit MCC-Impfung hat sich der Anteil der Erkrankungen durch Serogruppe C in den wenigen Jahren nach der Aufnahme des Impfstoffs in den nationalen Impfplan dramatisch verringert, insbesondere bei den Zielgruppen von Impfprogrammen. Der Anteil der Erkrankungen durch Serogruppe C scheint mit dem Alter zuzunehmen, was vermutlich auf die geringe Durchimpfungsrate der älteren Altersgruppen sowie auf die nachlassende Wirksamkeit des Impfstoffs nach dem Jahr der Erstimmunisierung zurückzuführen ist.
- Die Informationen über die Serotypisierung und die Subtypisierung von Stämmen werden aufgrund der Einführung von Molekulartechnologien in immer mehr Ländern umfangreicher. Die Anzahl der serotypisierten und serosubtypisierten Proben ist jedoch nach wie vor gering, und die Auswertung dieser Ergebnisse muss mit Bedacht erfolgen. Die höchste Zahl serosubtypisierter Proben wurde von Frankreich, dem Vereinigten Königreich und Belgien gemeldet.

Wichtigste Schlussfolgerungen

Insgesamt ist die Inzidenz beider Erkrankungen weiter rückläufig, insbesondere bei kleinen Kindern, die die Zielgruppe von Impfkampagnen darstellen. Auf europäischer Ebene nimmt die Zahl der Erkrankungen durch nicht durch die Impfstoffe erfassten Serotypen und Serogruppen zu, wobei auch kleine Kinder betroffen sind; dieser Trend muss aufmerksam überwacht werden.

Da die Durchimpfungsrate bei beiden Impfstoffen hoch ist, kommt es auch bei geimpften Personen zu Erkrankungen. Leider wurden nicht hinreichend Daten erhoben, um eine eingehende Analyse von Fällen von Impfversagen zu ermöglichen oder um Rückschlüsse auf den Anteil der bei geimpften Personen in Ländern mit oder ohne Impfung auftretenden Erkrankungen ziehen zu können. Dies ist darauf zurückzuführen, dass der Anteil fehlender Werte zum Impfstatus insgesamt sehr hoch war und Informationen zum Geburtsdatum, zu der Anzahl der erhaltenen Impfungen sowie zum Datum der letzten Impfung nicht verfügbar waren. Zudem sind alle für die Feststellung eines Impfversagens erforderlichen Informationen noch nicht in dem Variablensatz enthalten (beispielsweise Geburtsdatum sowie Anzahl und Termine der erfolgten Impfungen).

Um die Vergleichbarkeit der Daten zwischen den teilnehmenden Ländern zu verbessern, sind besser standardisierte Labormethoden für die Diagnostik einer Erkrankung sowie die lokale Einführung einer gemeinsamen Falldefinition zu Überwachungszwecken erforderlich. Genotypisierungsmethoden werden in den europäischen Ländern immer praktikabler werden, was das Verständnis der Überwachungsdaten verbessern wird; dennoch erfordert dies eine engere Zusammenarbeit zwischen Labors und epidemiologischen Zentren auf nationaler und europäischer Ebene. In diesem Zusammenhang wurde von einem Konsortium europäischer Einrichtungen, koordiniert durch die Universität Würzburg in Deutschland, im Jahr 2008 eine Ausschreibung mit dem Titel „**Laborüberwachung und externe Qualitätssicherung (EQS) bei invasiven bakteriellen Erkrankungen in der EU**“ durchgeführt; das Projekt ist jetzt in seinem zweiten Tätigkeitsjahr. Es konzentriert sich nicht nur auf EQS und Schulung, sondern insbesondere auch auf die Stärkung und Harmonisierung der Laborkapazitäten in den Mitgliedstaaten sowie auf die Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Labors und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens in der EU. Eine der Kernaktivitäten der Gruppe ist die Förderung der Nutzung molekularer Typisierungsmethoden in der Routineüberwachung.

8 Epidemiologischer Jahresbericht zu übertragbaren Krankheiten in Europa 2010

(Veröffentlichung: November 2010)

Dieser Bericht enthält die Analyse der für 2008 gemeldeten Daten von 27 EU-Mitgliedstaaten und den drei EWR/EFTA-Ländern Island, Liechtenstein und Norwegen. Das Hauptziel dieses Berichts besteht darin, auf der Grundlage der verfügbaren Daten gewisse Aussagen darüber zu treffen, wo die Hauptbelastung durch übertragbare Krankheiten in der Europäischen Union jetzt liegt. In diesen Bereich ist besser abgestimmtes Vorgehen erforderlich, um die derzeitige und die potenzielle künftige Belastung der Gesellschaft, des öffentlichen Gesundheitswesens sowie der Gesundheitssysteme zu mindern und menschliches Leid zu verringern. Diese Daten leisten einen Beitrag zu der Aufgabe des ECDC, die Evidenzbasis für Maßnahmen bereitzustellen, zur Ermittlung und gemeinsamen Nutzung von Verfahren beizutragen sowie Methoden für das Follow-up von Maßnahmen vorzuschlagen.

Obgleich bei der Verbesserung der Qualität und Vergleichbarkeit der Daten große Fortschritte zu verzeichnen sind, wird der Leser noch immer vor direkten Vergleichen der Melderaten zwischen Ländern gewarnt. Die Surveillancesysteme sind sehr unterschiedlich, und das Verhältnis zwischen gemeldeter und tatsächlicher Inzidenz variiert bei vielen Krankheiten von Land zu Land.

Erstmals wird die jährliche Analyse der in der EU überwachten Bedrohungen in einem gesonderten Bericht behandelt.⁵

Antimikrobielle Resistenzen und Krankenhausinfektionen

Die wichtigste Bedrohung im Bereich der Erkrankungen in Europa ist nach wie vor die Bedrohung durch gegen Antibiotika resistent gewordene Mikroorganismen. Im Jahr 2008 übermittelten 900 Labors, die für mehr als 1 500 Krankenhäuser arbeiteten, ihre Daten zur antimikrobiellen Resistenz (*antimicrobial resistance*, AMR) für sieben wichtige Indikator-Mikroorganismen. Diese Daten zeigten für die am häufigsten vorkommenden gramnegativen Bakterien, die für Bakteriämie und Harnwegsinfektionen verantwortlich sind, *Escherichia coli*, eine europaweite Zunahme der Resistenz gegen alle überwachten Antibiotika-Klassen. Von einigen Ländern wurde ein Rückgang des Anteils der methicillinresistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) gemeldet, obgleich die MRSA-Anteile in einem Drittel der Länder nach wie vor bei über 25 % lagen. Die wachsende Bedrohung durch die Multiresistenz (Resistenz gegen eine Vielzahl häufig verwendeter Antibiotika), die bei einigen gramnegativen Bakterien wie *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* und *Pseudomonas aeruginosa* immer häufiger zu beobachten ist, ist weiterhin besorgniserregend.

Im selben Jahr wurden von 1 422 Krankenhäusern Surveillancedaten zu 306 621 chirurgischen Eingriffen und von 654 Krankenhäusern Daten zu 9 129 Fällen von auf der Intensivstation erworbener Pneumonie und zu 4 077 Fällen von auf der Intensivstation erworbenen Blutbahninfektionen übermittelt. Der zuvor beobachtete rückläufige Trend bei den chirurgischen Wundinfektionen nach Hüftgelenkoperationen bestätigte sich 2008. Die Verteilung der Mikroorganismen im Zusammenhang mit auf Intensivstationen erworbenen Infektionen zeigte einen großen Anteil von gegen Cephalosporine der 3. Generation resistenten Enterobacteriaceae, insbesondere bei *Klebsiella* spp. und *Enterobacter* spp.

Umweltbedingte und vektorübertragene Krankheiten

Der aus den Niederlanden zwischen März und Dezember 2007 gemeldete Ausbruch von Q-Fieber flammte im Jahr 2008 wieder auf. Die Hauptzahl der Fälle trat in der Sommerzeit auf und erreichte ihren Spitzenwert in Woche 25-28 (Mitte Juni bis Mitte Juli). Auch andere europäische Länder, beispielsweise Deutschland, meldeten wechselnde Trends für Q-Fieber und eine Zunahme der Erkrankungen im Jahr 2008, wenn auch in geringerem Umfang.

Von den übertragbaren Krankheiten in dieser Gruppe, die schwerere Folgen haben, beispielsweise Krankheiten mit potenziell hämorrhagischen Merkmalen, hat sich das hämorrhagische Kongo-Krim-Fieber (CCHF) über die traditionell endemischen Gebiete in der Balkanregion hinaus ausgedehnt. Griechenland meldete den ersten CCHF-Fall beim Menschen im Juni 2008 aus dem nördlichen Teil des Landes aus dem Nahbereich eines bekannten endemischen Gebiets. Andererseits zeigten die nach dem Ausbruch des Chikungunya-Fiebers mit 217 laborbestätigten Fällen im Vorjahr eingeführten verbesserten Überwachungsmaßnahmen, dass das autochthone

⁵ ECDC. Annual Threat Report 2009. Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten, Stockholm; 2010. Abrufbar unter: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance_reports/Pages/index.aspx

Chikungunya-Fieber nicht erneut auftrat, da die wenigen in der EU/dem EWR gemeldeten Fälle alle importiert waren.

Lebensmittel- und trinkwasserbedingte Infektionen und Zoonosen

Bei vielen der lebensmittelbedingten Infektionen besteht aufgrund des unterschiedlichen Schweregrads des mit ihnen verbundenen klinischen Bildes nach wie vor eine große Meldelücke. Campylobacteriose war weiterhin die am häufigsten gemeldete Ursache gastrointestinaler Erkrankungen in der EU und den EWR/EFTA-Ländern. Die Melderate 2008 (44,1 pro 100 000 Einwohner) entsprach in etwa derjenigen des Vorjahres. Dies ist ein typisches Beispiel für eine unterschätzte Erkrankung, da diese Infektion bekanntermaßen asymptomatische oder leichte Krankheitsverläufe verursacht, die zu großen Meldelücken führen.

Die Melderate von VTEC/STEC-Infektionen ist in den vergangenen Jahren insgesamt ebenfalls relativ unverändert geblieben (mit 0,66 pro 100 000 Einwohner). Die Anzahl der gemeldeten Fälle, bei denen sich ein hämolytisch-urämisches Syndrom entwickelte, erhöhte sich jedoch im Jahr 2008 im Vergleich zum Vorjahr um 42 %. Ebenso wie bei Salmonellose und Shigellose war die Melderate von VTEC/STEC-Infektionen bei Kindern unter fünf Jahren am höchsten (4,72 Fälle pro 100 000 Einwohner), höchstwahrscheinlich aufgrund des schwereren klinischen Erscheinungsbildes in dieser Altersgruppe und der größeren Wahrscheinlichkeit einer Krankenhausaufnahme bei jeder Infektion.

Es gab einen ständigen Rückgang der Salmonellose-Erkrankungen während der letzten drei Jahre, obgleich *Salmonella* im Jahr 2008 nach wie vor die Ursache mehrerer lebensmittelbedingter Erkrankungswellen auf internationaler, nationaler und regionaler Ebene war. Aufgrund einer Veränderung bei der Meldung von Daten weist dieser Bericht eine höhere Typhusrate als in den Vorjahren aus, wobei es sich jedoch um das Produkt einer verbesserten Vollständigkeit der Meldungen handelt, nicht um einen tatsächlichen Anstieg. Die große Mehrzahl der Typhusfälle werden nach wie vor durch aus endemischen Gebieten zurückkehrende Reisende eingeführt.

Die Melderate von Hepatitis A im Jahr 2008 (3,34 pro 100 000 Einwohner) war insgesamt etwas höher als im Jahr 2007 (2,75 pro 100 000 Einwohner). Die Melderate in Lettland erhöhte sich von 0,66 im Jahr 2007 auf 123 pro 100 000 Einwohner, vor allem infolge eines gemeinschaftsweiten Ausbruchs, der bei injizierenden Drogenkonsumenten und Personen mit geringem Einkommen, die unter unzulänglichen Hygienebedingungen lebten, begann, sich aber später auf die Allgemeinheit ausdehnte. In ähnlicher Weise betraf der Ausbruch von Hepatitis A in der Tschechischen Republik anfänglich injizierende Drogenkonsumenten und weitete sich in der Folge auf die Allgemeinheit aus.

HIV, sexuell übertragbare Infektionen, Hepatitis B und C

Die HIV-Infektion bleibt eine der wichtigsten von übertragbaren Krankheiten ausgehenden Bedrohungen für die öffentliche Gesundheit in Europa. Hinsichtlich der Zahl der gemeldeten Fälle einer HIV-Infektion ist weiterhin ein Anstieg um 33 % zu verzeichnen, von 4,2 pro 100 000 Einwohner im Jahr 2000 (13 265 Fälle) auf 5,6 pro 100 000 Einwohner (18 019 Fälle) im Jahr 2008. Dieser Trend ist umso besorgniserregender, wenn berücksichtigt wird, dass in der EU/dem EWR ein beträchtlicher Anteil der Infizierten (geschätzte 30 %) nicht einmal weiß, dass er HIV-infiziert ist. Die Daten zeigen, dass der höchste Anteil von HIV-Fällen bei Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten zu verzeichnen war (40 %), wobei jedoch der Anteil heterosexueller HIV-Übertragungen (29 %) in mehreren Ländern Europas zunahm. Ein erheblicher Anteil neu diagnostizierter HIV-Infektionen in der EU trat bei Einwanderern aus Ländern mit generalisierter HIV-Epidemie (überwiegend aus Afrika südlich der Sahara) auf. Dagegen scheint, trotz gewisser Beschränkungen hinsichtlich der Daten, die Zahl der diagnostizierten AIDS-Fälle abgenommen zu haben, außer in den baltischen Staaten.

Die Chlamydieninfektion ist mit 335 329 bestätigten gemeldeten Fällen (150 pro 100 000 Einwohner) nach wie vor die am häufigsten gemeldete sexuell übertragbare Infektion in der EU/dem EWR. Die tatsächliche Inzidenz von Chlamydieninfektionen ist wahrscheinlich höher, da bei dieser Infektion die Gefahr von Meldelücken besonders hoch ist. Die Inzidenz hat sich in den vergangenen zehn Jahren weiter erhöht. Dies ist nach wie vor eine Erkrankung, von der hauptsächlich junge Erwachsene betroffen sind; die Melderate für 15- bis 24-Jährige lag bei 976 Fällen pro 100 000 Einwohner, wobei junge Frauen häufiger betroffen waren als junge Männer.

Obgleich der Trend bei den Meldungen von Hepatitis C relativ stabil ist und die Hepatitis-B-Raten im Vergleich zu den Vorjahren gesunken zu sein scheinen, gibt es hinsichtlich dieser Daten anhaltende Beschränkungen. Die Auswertung dieser Trends wird durch relativ große Unterschiede zwischen den Überwachungssystemen, kürzlich erfolgten Veränderungen hinsichtlich der Meldung, einer erheblichen Anzahl nicht diagnostizierter Fälle, potenziellen Unterschieden in Bezug auf die verwendeten Falldefinitionen (d. h. unterschiedliche Verwendung und/oder Auswertung von Hepatitis-B-Markern) sowie unvollständiger Meldung in einigen Ländern behindert. Ferner unterscheiden einige Länder nicht zwischen der Meldung akuter und chronischer Fälle von Hepatitis B und C, was – zusammen mit der hohen Rate asymptomatischer Fälle – zu einem Daten-Mix führt, der sich nicht ohne Weiteres zwischen verschiedenen Ländern vergleichen lässt. Das ECDC bemüht sich, die verstärkte Surveillance dieser Virusinfektionen zu verbessern, unter anderem durch die Verbesserung der Harmonisierung der Surveillance von Hepatitis B und C auf europäischer Ebene.

Respiratorische Infektionen

Jeden Winter erkranken infolge der saisonalen Influenza hunderttausende Menschen in der EU schwer und sterben. Die Grippezeit 2008/2009 in Europa begann in Woche 48/2008, dauerte etwa 10 Wochen in jedem betroffenen Land und endete in Woche 16/2009, nachdem der Gipfel der Aktivität den Kontinent von Westen nach Osten und dann nach Südosten durchquert hatte. Die Saison 2008/2009 wurde erst durch Influenza A(H3N2) und dann, in geringerem Umfang, durch Influenza B dominiert, wobei auf das Virus A(H3N2) insgesamt die meisten Virusnachweise entfielen. Die zirkulierenden Influenza-B-Viren entsprachen mehrheitlich nicht der B-Komponente des Grippeimpfstoffs 2008/2009 für die nördliche Hemisphäre. In Anbetracht der relativ geringen Prävalenz von B-Viren, die in dieser Saison zu beobachten war, hat dies jedoch aller Wahrscheinlichkeit nach keine besondere Signifikanz für das öffentliche Gesundheitswesen gehabt. In Woche 19/2009, am Ende der „normalen Saison“, wurde in einer Sentinelprobe das erste pandemische Influenza A(H1N1)-Virus nachgewiesen. Darauf folgte die Pandemiewelle im Frühjahr/Sommer.

Im Jahr 2008 kam es erneut zu Ausbrüchen hoch pathogener Vogelgrippe und schwach pathogener Vogelgrippe bei Vögeln in Europa, allerdings weniger zahlreich als im Jahr 2007. Fälle beim Menschen wurden in diesem Zusammenhang jedoch nicht gemeldet.

Die Melderate der Legionärskrankheit (Legionellose) in den EU- und EWR/EFTA-Ländern blieb mit 1,2 pro 100 000 Einwohner stabil. Der in den Vorjahren zu beobachtende Gipfel der gemeldeten Fälle im Juli dauerte im Jahr 2008 länger an und erstreckte sich von Juni bis September. Die Zahl der gemeldeten Fälle reisebedingter Legionärskrankheit war geringer als im Jahr 2007, ebenso wie die Zahl der reiseassoziierten Cluster.

In den letzten fünf Jahren ist im Jahresdurchschnitt ein anhaltender Rückgang der Tb-Fälle zu verzeichnen, obgleich 28 EU- und EWR/EFTA-Länder im Jahr 2008 noch 82 611 Tb-Fälle (Melderate von 16,7 pro 100 000 Einwohner) meldeten. In der EU ist Tuberkulose bei Migranten, Obdachlosen, armen Menschen in Innenstädten, Häftlingen, mit HIV lebenden Menschen und Drogenkonsumenten am weitesten verbreitet, aber die Daten für das Jahr 2008 bestätigen ein heterogenes Bild mit drei allgemeinen epidemiologischen Kategorien:

- Länder mit geringer Inzidenz, bei denen sich die Fälle zunehmend auf Personen ausländischer Herkunft konzentrieren und gelegentlich zunehmende Melderaten zu verzeichnen sind;
- Länder mit mäßigen bis hohen Melderaten, bei denen die Melderaten sinken und der Anteil der MDR-Tb gering ist, und
- Länder mit relativ hohen Melderaten und einem hohen Anteil von MDR-Tb-Fällen, bei denen die Tb-Rate insgesamt aber ebenfalls sinkt.

Überdies erhöhte sich der Anteil der Fälle mit multiresistenter Tuberkulose (MDR-Tb) zwischen 2007 und 2008 von 4 % auf 6 %, größtenteils infolge unvollständiger oder schlecht konzipierter Behandlungspläne. Die Behandlungserfolgsrate für diese MDR-Tb-Fälle ist auch für die Kohorte 2006 mit 30,9 % extrem gering. Obgleich die Qualität, Repräsentativität und Vollständigkeit von Daten zur Resistenz gegen Arzneimittel der zweiten Ordnung noch verbesserungsfähig sind, bestätigen die Zahlen, dass die XDR Tb jetzt innerhalb der Grenzen der EU etabliert ist.

Impfpräventable Krankheiten

Mehrere der impfpräventablen Krankheiten mit schwerem Verlauf (beispielsweise Kinderlähmung, Diphtherie oder Tetanus) sind heute in den EU/EWR-Ländern beinahe ausgerottet. Eine weitere Erfolgsgeschichte in fast allen EU-Ländern ist die Wirkung des Hib-Impfstoffs, den sie in ihre Impfpläne aufgenommen haben. Bei den restlichen impfpräventablen Krankheiten bestehen nach wie vor Probleme hinsichtlich der Erreichung einer besseren Durchimpfungsrate in den schwer zu erreichenden Bevölkerungsgruppen. Ferner haben unberechtigte Zweifel bezüglich der Impfstoffsicherheit bei mehreren dieser Infektionen zu Rückschlägen geführt, was örtlich konzentrierte Ausbrüche verursacht hat, die vollständig vermeidbar hätten sein sollen.

Eine solche Erkrankung sind die Masern. Die Gesamtzahl der Masernfälle in EU- und EFTA-Ländern war im Jahr 2008 erheblich höher als im Jahr 2007. Dies war auf große Ausbrüche in mehreren Ländern zurückzuführen, wobei die höchsten Fallzahlen in der Schweiz, Italien, Österreich, Deutschland, Frankreich und dem Vereinigten Königreich zu verzeichnen waren. Es ist starkes Engagement seitens der Politik erforderlich, um diesen besorgniserregenden Trend rückgängig zu machen.

Die Zahl der gemeldeten und laborbestätigten Fälle von Röteln ging dagegen zwischen 2007 und 2008 zurück. Trotz eines insgesamt dramatischen Rückgang der Zahl der Rötelnembryofetopathiefälle nach der Einführung der Impfung treten in Europa nach wie vor sporadische Fälle auf. Durch eine suboptimale Durchimpfungsrate mit dem Masern-Mumps-Röteln-Impfstoff können „Inseln“ mit anfälligen Personen entstehen, woraus eine Zunahme dieser Erkrankungen, einschließlich der Rötelnembryofetopathie, resultiert.

Die Gesamtmelderate der invasiven Pneumokokken-Erkrankung (*invasive pneumococcal disease*, IPD) lag im Jahr 2008 bei 5,2 pro 100 000 Einwohner, was mit zu den höchsten Melderaten unter allen impfpräventablen

Krankheiten gehört. Die IPD-Surveillancesysteme in der EU sind äußerst heterogen, insbesondere hinsichtlich der Art der vorhandenen Surveillancesysteme, ihres Erfassungsbereichs und der verwendeten Falldefinition, während manche Länder über keinerlei Surveillancesystem verfügen. Das ECDC führt in der EU eine verbesserte Surveillance ein, die auch die Laborsurveillance beinhaltet, um die Trends bei den Serotypen, insbesondere den durch den Impfstoff nicht abgedeckten Serotypen, besser zu überwachen.

Schlussfolgerungen

Anhand dieser Zusammenfassung der Daten und Trends für das Jahr 2008 können wir den Schluss ziehen, dass sich die Prioritäten für die Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in der EU in den letzten Jahren nicht wesentlich geändert haben. Bei manchen Erkrankungen kam es durch aufeinander abgestimmte Präventions- und Bekämpfungsmaßnahmen der Mitgliedstaaten zu einem gewissen Rückgang der Inzidenz und der Fallzahlen (obgleich die Werte in spezifischen Bevölkerungsteilen und Risikogruppen möglicherweise nach wie vor hoch sind). Es gibt jedoch bei den übertragbaren Krankheiten weiterhin mehrere Problemfälle, deren wichtigste sind:

- antimikrobielle Resistenzen;
- Krankenhausinfektionen;
- sexuell übertragbare Infektionen, insbesondere verursacht durch HIV und Chlamydien;
- durch Influenza verursachte respiratorische Infektionen (pandemisches Potenzial sowie jährliche saisonale Epidemie), Tuberkulose und Pneumokokken-Infektionen.

Für manche dieser Krankheiten könnten weitere gemeinsame Maßnahmen (z. B. durch Impfung und ähnliche Bekämpfungsmaßnahmen) dazu führen, dass die EU, und letztendlich Europa, für von diesen Krankheiten „frei“ erklärt wird, wie es bei mehreren impfpräventablen Krankheiten der Fall ist. Die EU-Mitgliedstaaten sind jedoch noch weit davon entfernt, die Zielvorgaben von Programmen zur Ausrottung von Krankheiten zu erreichen, insbesondere bei Masern, bei denen sich der rückläufige Trend umgekehrt hat. In ähnlicher Weise ist die Verbesserung der Empfindlichkeit und Spezifität der Röteln-surveillance in Anbetracht des diesbezüglichen Ziels der WHO für das Jahr 2010 von größter Bedeutung. In Bezug auf Pneumokokken-Infektionen werden nach wie vor Bedenken hinsichtlich der Möglichkeit geäußert, dass nach der Einführung des Impfstoffs an die Stelle der durch den Pneumokokken-Konjugatimpfstoff abgedeckten Serotypen möglicherweise Serotypen treten, die durch den Impfstoff nicht abgedeckt werden, wie es bereits in den Vereinigten Staaten zu beobachten ist.

Die Daten 2008 zeigen erneut, dass die antimikrobielle Resistenz eine zunehmend bedeutende Gefahr für die öffentliche Gesundheit in Europa darstellt. Das Problem erfordert internationale Zusammenarbeit – sowie aufeinander abgestimmte Anstrengungen auf einzelstaatlicher Ebene – um das Auftreten von antimikrobiellen Resistenzen einzudämmen und zu verhindern. In ähnlicher Weise sind therapieassoziierte Infektionen ein zunehmendes Problem, das kohärente Präventions- und Bekämpfungsstrategien erfordert. Politische Entscheidungsträger werden von den zuverlässigeren Daten profitieren, die den Erwartungen zufolge aus den Bemühungen um eine Verbesserung der überwiegend in Krankenhäusern oder Langzeitpflegeeinrichtungen basierten Surveillancesysteme resultieren werden.

Obgleich bei der Tuberkulose der Trend insgesamt rückläufig ist, ist der Trend in Bezug auf MDR-Tb und HIV mit Tb weiterhin ansteigend. In ähnlicher Weise ist auch bei HIV der Trend insgesamt zunehmend. Beide Infektionen erfordern besonderes Augenmerk, um strenge nationale und internationale Präventions- und Bekämpfungsmaßnahmen beizubehalten, einschließlich weiterer Investitionen in die Surveillance. Die Meldung von Tb/HIV-Komorbidität ist nach wie vor unvollständig, obwohl es neue Pläne zur Verbesserung der Situation gibt.

Die Influenza belegte erneut, wie unberechenbar die saisonale Epidemie sein kann – mit einer durch das A(H3N2)-Virus dominierten relativ schlimmen Saison, die in eine A(H1N1)-Pandemie überging, die ihren Ursprung auf dem amerikanischen Doppelkontinent hatte.

Tabelle A: Übersicht über die allgemeine aktuelle Entwicklung, die EU-Melderate und die am stärksten von den auf EU-Ebene für 2008 gemeldeten übertragbaren Krankheiten betroffenen Altersgruppen

Krankheit	Allgemeiner Trend	EU-Melderate pro 100 000 (2008)	Hauptsächlich betroffene Altersgruppen (2008)
Respiratorische Infektionen			
Influenza	↔	keine Daten	0–14
Vogelgrippe	unzureichende Daten	0	unzureichende Daten
Legionärskrankheit (Legionellose)	↑	1,2	≥ 65
Tuberkulose	↓	16,7	25–44
HIV, sexuell übertragbare Infektionen und hämatogene Vireninfectionen			
Chlamydieninfektion	↑	149,9	15–24
Gonorrhö	↓	8,6	15–24, 25–44
Hepatitis B	↓	1,3	25–44
Hepatitis C	↑	9,0	25–44
HIV	↑	5,7	25–44
AIDS	↓	1,1	40–49
Syphilis	↔	4,2	25–44
Lebensmittel- und trinkwasserbedingte Infektionen und Zoonosen			
Milzbrand	↓	< 0,01	unzureichende Daten
Botulismus	↔	< 0,1	25–44
Brucellose	↓	0,2	45–64, 25–44
Campylobacteriose	↑	44,1	0–4
Cholera	↓	<0,01	unzureichende Daten
Cryptosporidiose	↔	2,4	0–4
Echinokokkose	↔	0,2	45–44, ≥ 65
Vero-/Shigatoxinbildende <i>Escherichia coli</i> (VTEC/STEC)	↔	0,7	0–4
Giardiasis	↓	59,6	0–4
Hepatitis A	↓	3,3	5–14
Leptospirose	↔	0,2	45–64
Listeriose	↔	0,3	≥ 65
Salmonellose	↓	29,8	0–4
Shigellose	↔	1,8	0–4
Toxoplasmose	↓	0,8	15–24
Trichinellose	↔	0,1	25–44
Tularämie	↔	0,2	45–64
Typhus/Paratyphus	↔	0,3	0–4, 5–44
CJD-Variante	unzureichende Daten	< 0,01	unzureichende Daten
Yersiniose	↑	2,7	0–14
Neue und vektorübertragene Krankheiten			
Malaria	↔	1,2	25–44
Pest	unzureichende Daten	0	unzureichende Daten

Krankheit	Allgemeiner Trend	EU-Melderate pro 100 000 (2008)	Hauptsächlich betroffene Altersgruppen (2008)
Q-Fieber	↔	0,4	45–64
Schweres akutes Atemwegssyndrom (SARS)	unzureichende Daten	0	unzureichende Daten
Pocken	N. z.	0	unzureichende Daten
Chikungunya-Fieber	unzureichende Daten	< 0,01	45–64
Dengue-Fieber	unzureichende Daten	0,1	25–44
Hantavirus-Infektion	unzureichende Daten	1,4	25–44, 45–64
West-Nil-Fieber	unzureichende Daten	< 0,01	unzureichende Daten
Gelbfieber	unzureichende Daten	0	keine Fälle
Impfpräventable Krankheiten			
Diphtherie	↓	<0,01	5–14, 45–64
Invasive Infektionen mit <i>Haemophilus influenzae</i>	↓	0,5	≥ 65, 0–4
Invasive Meningokokken-Erkrankung	↓	0,9	0–4
Invasive Pneumokokken-Infektion	↓	5,2	≥ 65, 0–4
Masern	↔	0,9	0–4
Mumps	↓	2,8	5–14
Keuchhusten	↔	5,3	5–14
Poliomyelitis	unzureichende Daten	0	unzureichende Daten
Tollwut	↓	< 0,01	unzureichende Daten
Röteln	↓	0,6	0–4
Tetanus	↓	< 0,1	≥ 65
Antimikrobielle Resistenzen und Krankenhausinfektionen			
Antimikrobielle Resistenzen	↑	N. z.	unzureichende Daten
Krankenhausinfektionen	↑	N. z.	unzureichende Daten

9 Surveillance von antimikrobiellen Resistenzen in Europa 2009

(Veröffentlichung: November 2010)

Dies ist der erste Jahresbericht des European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARSNet) nach dem Übergang des European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS) auf das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) zum 1. Januar 2010. Dieser Bericht ist die Fortführung der hoch geschätzten EARSS-Jahresberichte, die das Netzwerk seit 2001 veröffentlicht hat.

Im Verlauf des vergangenen Jahrzehnts sind die antimikrobiellen Resistenzen auf der Agenda für das öffentliche Gesundheitswesen in Europa immer weiter nach oben gerückt. Die Surveillance von antimikrobiellen Resistenzen, die bisher durch das EARSS und gegenwärtig durch das EARS-Net durchgeführt wird, spielt eine wichtige Rolle bei der Dokumentation des Auftretens und der Verbreitung von antimikrobiellen Resistenzen sowie bei der Sensibilisierung für das Problem auf politischer Ebene, bei Gesundheitsbehörden und in der Wissenschaft.

Basierend auf den Daten zu antimikrobiellen Resistenzen, die im Jahr 2009 von 28 Ländern an EARS-Net gemeldet wurden, sowie auf den Ergebnissen von Trendanalysen, die sich unter anderem auf EARSS-Daten aus Vorjahren stützen, zeigt die Resistenzsituation in Europa je nach Pathogentyp, antimikrobiellem Wirkstoff und geografischer Region große Unterschiede.

Die besorgniserregendsten Resistenzergebnisse im Jahr 2009 sind auf die rapide abnehmende Empfindlichkeit invasiver *Escherichia coli* gegen praktisch alle antimikrobiellen Arzneimittel, die im Rahmen des EARS-Net überwacht werden – mit Ausnahme von Carbapenemen –, sowie auf die starke Prävalenz der Resistenz von *Klebsiella pneumoniae* gegen Cephalosporine der 3. Generation, Fluorquinolone und Aminoglycoside zurückzuführen. In der Hälfte der berichtenden Länder liegt der Anteil multiresistenter *K. pneumoniae*-Isolate (kombinierte Resistenz gegen Cephalosporine der 3. Generation, Fluorquinolone und Aminoglycoside) bei über 10 %, und einige Länder melden jetzt auch hohe Anteile von Carbapenem-Resistenzen. Aufgrund der zunehmenden Rate der Extended Spectrum Beta-Lactamase (ESBL) produzierenden Enterobacteriaceae mit den daraus resultierenden Auswirkungen auf das Auftreten einer Carbapenemaseproduktion (VIM, KPC und NDM-1), insbesondere bei *K. pneumoniae*, kommen diese Antibiotika in vielen Ländern verbreitet zum Einsatz.

Die mit bis zu 66 % höchsten Resistenzanteile bei *E. coli* wurden für Aminopenicilline gemeldet. Ungeachtet des hohen Resistenzniveaus steigen selbst in Ländern, die bereits Resistenzniveaus von weit über 50 % aufweisen, die Anteile weiter an. In mehr als der Hälfte der berichtenden Länder hat sich im Verlauf der letzten vier Jahre auch die Resistenz gegen Cephalosporine der 3. Generation bei *E. coli* signifikant erhöht. Diese Resistenz steht in unmittelbarem Zusammenhang mit den hohen Anteilen (85-100 %) von ESBL-positiven resistenten Isolaten in Ländern, die im Jahr 2009 über ESBL berichteten.

Andere Trends hinsichtlich des Auftretens von dem EARS-Net gemeldeten Resistenzen lassen hoffen, dass nationale Anstrengungen zur Infektionsbekämpfung und auf die Eindämmung von Resistenzen abzielende Bemühungen die Entwicklung von Resistenzen in manchen Fällen möglicherweise stoppen können – oder unerwünschte Resistenzrends sogar umkehren können, wie es die Entwicklung bei methicillinresistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) veranschaulicht. Obgleich der Anteil von MRSA bei *Staphylococcus aureus* in 10 von 28 Ländern noch immer über 25 % liegt, zeichnet sich bezogen auf das Auftreten von MRSA in manchen Ländern eine Stabilisierung oder ein Rückgang ab, und in Österreich, Frankreich, Irland, Lettland und dem Vereinigten Königreich ist sogar ein anhaltender Rückgang zu beobachten.

Überdies ist im Vereinigten Königreich für alle überwachten Antibiotika-Klassen eine anhaltende Verringerung der resistenten Anteile von *K. pneumoniae* zu verzeichnen, und in einigen Ländern (Griechenland, Deutschland, Italien und Frankreich) scheinen die Bemühungen bei der Bekämpfung der Glycopeptidresistenz von *Enterococcus faecium* erfolgreich zu sein und zu einem kontinuierlichen Rückgang der Anteile resistenter Isolate zu führen. Unterdessen scheint sich die ausgeprägte Aminoglycosidresistenz von *Enterococcus faecalis* auf relativ hohem Niveau zu stabilisieren. Die Mehrzahl der Länder meldete Anteile resistenter Isolate zwischen 30 % und 50 %.

Bei *Streptococcus pneumoniae* ist die Unempfindlichkeit gegen Penicillin in Europa generell stabil, und die Unempfindlichkeit gegen Macrolide ist in sechs Ländern zurückgegangen, während zugleich von keinem Land ansteigende Trends gemeldet wurden. In Bezug auf *Pseudomonas aeruginosa* wurden von vielen Ländern hohe Anteile von Resistenzen gegen Fluorquinolone und Carbapeneme sowie kombinierte Resistenzen gemeldet, insbesondere in Süd- und Osteuropa.

Bei mehreren Antibiotika- und Pathogenkombinationen, z. B. Fluorquinolonresistenz bei *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* sowie bei MRSA ist ein Nord-Süd-Gefälle in Europa erkennbar. Generell werden im Norden Europas geringere Resistenzanteile gemeldet, höhere Anteile dagegen im Süden Europas, was vermutlich Unterschiede bei

den Infektionsschutzmaßnahmen, die Existenz oder das Fehlen von Rechtsvorschriften über die Verordnung von Antibiotika sowie andere Faktoren, die bekanntermaßen Einfluss auf das Auftreten von Resistenzen haben, widerspiegelt.

Hinsichtlich der Resistenz gegen spezifische Antibiotika-Klassen sowie der Existenz von Multiresistenzen wurden jedoch bei *K. pneumoniae* auch in nordeuropäischen Ländern, beispielsweise Dänemark und Norwegen, die einen traditionell besonnenen Umgang mit Antibiotika pflegen, ansteigende Trends beobachtet.

Zusätzlich zu der turnusmäßigen Trendanalyse und dem Situationsüberblick hat dieser EARS-Net-Bericht für 2009 ein neues Schwerpunktkapitel, das eine eingehende Analyse für *E. coli* und MRSA enthält. Diese Analysen basieren ausschließlich auf Daten von Labors, die über mehrere Jahre hinweg regelmäßig berichten. Die eingehende Analyse bestätigt eine konstante Zunahme der Multiresistenz und zeigt über mehrere Jahre hinweg einen stetigen und erheblichen Rückgang der Antibiotika-Empfindlichkeit von *E. coli* auf. Bei MRSA spiegelt der beobachtete Rückgang vermutlich die Wirksamkeit von Infektionskontrollmaßnahmen auf Krankenhausebene wider und lässt möglicherweise sogar auf einen Erfolg von Eindämmungsstrategien in anderen Bereichen hoffen.

Schließlich bieten die von den teilnehmenden Ländern für 2009 an das EARS-Net gemeldeten Daten eine Wissensbasis zum Auftreten von antimikrobiellen Resistenzen in Europa und dokumentieren die bedauerlicherweise und stetig geringer werdenden Optionen für eine Antibiotikabehandlung wichtiger bakterieller Pathogene.

10 HIV-/AIDS-Surveillance in Europa 2009

(Veröffentlichung: November 2010)

Wichtige Punkte

Die HIV-Infektion ist nach wie vor von wesentlicher Bedeutung für die öffentliche Gesundheit in Europa, und es gibt Hinweise auf eine fortgesetzte Übertragung von HIV in Europa. Trotz unvollständiger Meldungen gibt es keine eindeutigen Belege für einen Rückgang der Zahl der jedes Jahr neu diagnostizierten Fälle. Seit 2004 hat sich die Rate der neu diagnostizierten HIV-Fälle, die pro 100 000 Einwohner gemeldet werden, um fast 30 % erhöht, von 6,6 pro 100 000 Einwohner im Jahr 2004 auf 8,5 pro 100 000 Einwohner im Jahr 2009. Die Zahl diagnostizierter AIDS-Fälle nahm in der europäischen WHO-Region weiterhin ab, nur im Osten stieg die Zahl der AIDS-Fälle weiter an. In den 48 Ländern, die im Zeitraum 2004-09 kontinuierlich Daten vorlegten, ging die Zahl der gemeldeten AIDS-Diagnosen von 2,0 pro 100 000 Einwohner auf 1,0 pro 100 000 Einwohner zurück.

- Im Jahr 2009 meldeten 49 der 53 Länder in der europäischen WHO-Region 53 427 diagnostizierte Fälle von HIV-Infektionen (für Österreich, Monaco, Russland und die Türkei lagen keine Daten vor). Die höchsten Raten meldeten Estland, die Republik Moldau, die Ukraine und Usbekistan.
- 6 568 Fälle von AIDS-Infektionen wurden aus insgesamt 48 Ländern gemeldet (für Österreich, Schweden, Monaco, Russland und die Türkei lagen keine Daten vor).
- Im Jahr 2009 meldeten die Länder der Europäischen Union und des Europäischen Wirtschaftsraums (EU/EWR) 25 917 neu diagnostizierte Fälle von HIV-Infektionen (für 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 38 % der Fälle, 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. Obgleich die gemeldeten Daten darauf schließen lassen, dass heterosexuelle Kontakte im Osten zum vorherrschenden Übertragungsweg geworden sind, würde die Einbeziehung von Daten aus Russland, die für diesen Bericht nicht zur Verfügung standen, den relativen Anteil der Übertragung durch injizierenden Drogenkonsum beträchtlich erhöhen. Auf injizierenden Drogenkonsum würden dann mehr Infektionen in der Region insgesamt und ganz speziell im Osten entfallen. In der Mitte Europas ist der häufigste Übertragungsweg für HIV-Infektionen der Geschlechtsverkehr zwischen Männern, gefolgt von heterosexuellen Kontakten. In ähnlicher Weise ist im Westen der vorherrschende Übertragungsweg der Geschlechtsverkehr zwischen Männern, gefolgt von heterosexuellen Kontakten. Hiervon ausgenommen sind Personen aus Ländern mit generalisierter Epidemie.
- Die hier vorgestellten Zahlen sind nur begrenzt aussagefähig, da die Meldungen mehrerer Länder unvollständig waren und Daten fehlten, und zudem Meldeverzögerungen auftraten. Dadurch sind auch mögliche Schlussfolgerungen zum Ausmaß der HIV- und AIDS-Epidemie in Europa begrenzt. Würden die Daten um diese Einschränkungen korrigiert, ergäbe sich für 2009 eine doppelt so hohe Zahl von HIV-Infektionen.

Empfehlungen zur HIV/AIDS-Surveillance

Daten zur HIV/AIDS-Überwachung sind unverzichtbar, um den aktuellen Status und die Trends der HIV-Epidemie verfolgen und die Reaktion im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens lenken zu können. Daher sollten alle Länder in Europa:

- fallbasierte nationale Meldesysteme für HIV- und AIDS-Fälle einführen und für vollständige und aktuelle Daten sorgen sowie
- die Qualität der gemeldeten Daten – insbesondere in Bezug auf die möglichen Übertragungswege und die CD4-Zellzählung – verbessern.

Empfehlungen für das öffentliche Gesundheitswesen

Maßnahmen zur Kontrolle der Epidemie sollten evidenzbasiert und an die Gegebenheiten des jeweiligen Landes und seine epidemiologische Situation 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 derzeit 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 frühe Diagnose und ein rechtzeitiger Zugang zur Therapie und Beratung zwecks Prävention und Reduktion der weiteren Übertragung gewährleistet sind 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 sowie die in der Mitteilung der Europäischen Kommission und in dem Aktionsplan „Bekämpfung von HIV/AIDS in der Europäischen Union und in den Nachbarländern (2009-2013)“ festgelegten Ziele erreichen können.

Sonderberichte

11 Umsetzung der Erklärung von Dublin zur Partnerschaft bei der Bekämpfung von HIV/AIDS in Europa und Zentralasien: Fortschrittsbericht 2010

(Veröffentlichung: September 2010)

Im Februar 2004 kamen Vertreter europäischer und zentralasiatischer Länder in Dublin zusammen und gaben eine Erklärung ab, deren zentraler Punkt die Beschleunigung der Umsetzung der Verpflichtungserklärung war, die die Länder auf der Sondersitzung der UN-Generalversammlung zu HIV/AIDS im Jahr 2001 abgegeben hatten.

Welche Fortschritte sind nun erzielt worden? Auf diese Frage konzentriert sich dieser Bericht. Er versucht, anhand ausgewählter Indikatoren, die für die Länder der Region relevant sind, das Erreichte zu dokumentieren, wobei er sich auf länderbasierte Berichte stützt. Er verwendet vorhandene Daten, wo immer dies möglich ist, und baut generell auf früheren Arbeiten auf, insbesondere jedoch auf dem vom WHO-Regionalbüro für Europa und von UNAIDS im Jahr 2008 veröffentlichten Bericht. An 55 Länder wurden maßgeschneiderte Fragebögen übersandt, Antworten gingen von 49 ein.

Politische Führung und Partnerschaft

Fast alle Länder melden, dass sie über einen strategischen Rahmen für ihre Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV (92 %) sowie über eine Management-/Koordinierungsstelle (84 %) verfügen. Acht Länder meldeten, dass sie ihren strategischen Rahmen innerhalb der letzten fünf Jahre entwickelt hatten, d. h. seit der Erklärung von Dublin. Es ist jedoch unklar, ob diese allgemeinen Maßnahmen eine geeignete Vollmacht für die politische Führung im Bereich HIV in der Region darstellen. Geeignete Maßnahmen könnten sein,

- inwieweit finanzielle Mittel für die HIV-Prävention in geeigneter Weise auf die Hauptzielgruppen ausgerichtet werden, beispielsweise injizierende Drogenkonsumenten (IDU), Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten (MSM) und Prostituierte,
- inwieweit Länder wichtige Maßnahmen, beispielsweise Programme zur Schadensbegrenzung für IDU und Präventionsprogramme für MSM, in hinreichender Größenordnung durchführen, und
- inwieweit Länder schwierige, aber unverzichtbare politische Fragen im Zusammenhang mit an den Rand gedrängten und am stärksten gefährdeten Bevölkerungsgruppen angegangen sind, zum Beispiel Schadensbegrenzungsprogramme für IDU in Haftanstalten und Zugang zu Leistungen für Migranten aus Ländern mit generalisierter HIV-Epidemie.

Generell gibt es überzeugende Belege dafür, dass die Zivilgesellschaft überall in der Region weithin als Hauptakteur bei Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV anerkannt ist und stark in diese Maßnahmen eingebunden wird. Beispielsweise erklärten fast alle Länder (98 %), die Zivilgesellschaft in gewissem Umfang in die Entwicklung ihres strategischen Rahmens einzubinden. Im Einklang mit den Erkenntnissen aus dem ersten Fortschrittsbericht zur Erklärung von Dublin führten sowohl die Regierungen als auch die Zivilgesellschaft spezifische Vorteile einer Einbindung der Zivilgesellschaft in Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV an, und die Zivilgesellschaft erklärte, dass sich der Kontext für ihre Einbindung in die Maßnahmen zwischen 2005 und 2007 verbessert haben. Eine formelle Einbeziehung des privaten Sektors in Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV scheint viel begrenzter zu sein.

Die HIV-Epidemie in Europa und Zentralasien konzentriert sich weitgehend auf spezifische Bevölkerungsgruppen. Es gibt Belege dafür, dass manche Länder in der Region ihre Mittel für Präventionsmaßnahmen wirksam auf die am stärksten betroffenen Bevölkerungsgruppen konzentrieren. Würde dies in stärkerem Umfang geschehen, wäre dadurch nicht nur eine erhöhte Ressourceneffizienz gewährleistet, sondern es wäre auch insgesamt für eine wirksamere Reaktion gesorgt. Obgleich die Mittel für nationale Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV in der Region zunehmend aus inländischen Quellen stammen, ist dringend laufende finanzielle Unterstützung für Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV in Ländern mit niedrigem und mittlerem Volkseinkommen der Region erforderlich. Die Schaffung nachhaltiger Mechanismen für die Bereitstellung dieser finanziellen Unterstützung muss für alle Länder in der Region eine Priorität darstellen.

Seit der Erklärung von Dublin war eine deutliche Zunahme der für die globale Bekämpfung von HIV verfügbaren Mittel zu verzeichnen. Vor der Erklärung im Jahr 2002, beliefen sich die für die globale Bekämpfung von HIV zur Verfügung stehenden Mittel auf 1,2 Mrd. USD. Diese Mittel erhöhten sich um mehr als das Sechsfache auf 7,7 Mrd. USD im Jahr 2008. Vorangetrieben wurde diese Aufstockung der Mittel durch die Vereinigten Staaten und

einige europäische Länder, und zwar sowohl über bilaterale als auch über multilaterale Initiativen. Im Jahr 2008 stammten 40 % aller Zahlungen der Geberländer für die internationale AIDS-Hilfe von Ländern der Europäischen Union (EU), Ländern der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) sowie der Europäischen Kommission. In Anbetracht der aktuellen globalen Finanzkrise und im Wettkampf stehenden Förderprioritäten ist es wichtig, dass sich die Länder der Region der Herausforderung stellen, diese Förderintensitäten beizubehalten und weiter zu erhöhen sowie dafür Sorge zu tragen, dass die Fördermittel möglichst effizient genutzt werden.

Prävention

Es gibt überzeugende Beweise dafür, dass ganz bestimmte Bevölkerungsgruppen in Europa und Zentralasien besonders von HIV betroffen sind. Die ständige Herausforderung besteht darin, zu gewährleisten, dass diese Bevölkerungsgruppen in hinreichendem Maße Zugang zu den nötigen HIV-Präventionsleistungen haben. Im ersten Fortschrittsbericht zur Erklärung von Dublin wurde festgestellt wie wichtig es ist, gezielte Bemühungen zur Bekämpfung von HIV zu intensivieren und auszuweiten, um Ungerechtigkeiten abzubauen; diese Frage ist in der Region nach wie vor relevant.

Es ist allgemein bekannt, dass injizierende Drogenkonsumenten besonders gefährdet sind, sich mit HIV zu infizieren – und dies ist sicherlich in der gesamten Region der Fall. Es steht auch außer Frage, dass die Übertragung von HIV zwischen injizierenden Drogenkonsumenten eingedämmt werden kann, wenn wirksame Leistungen in einer Größenordnung angeboten werden, mit der etwas bewirkt werden kann. Zu den wichtigsten Indikatoren für groß angelegte Maßnahmen gehören die Anzahl der Nadeln/Spritzen, die jährlich pro IDU ausgegeben werden, sowie der Prozentsatz der IDU, die eine Opioid-Ersatztherapie erhalten. Es ist dringend erforderlich, dass alle Länder in Bezug auf ihre Programme den hohen Erfassungsbereich anstreben, den manche Länder bereits erreicht haben.

Es ist auch allgemein bekannt, dass MSM in manchen Ländern und Regionen – darunter auch Teile Europas – besonders stark von HIV betroffen sind. MSM sind nicht nur im westlichen Teil der Region besonders stark von HIV betroffen, sondern es gibt auch Hinweise darauf, dass sie auch in anderen Teilen der Region stärker betroffen sind als bisher angenommen. Diese Hinweise unterstützen die Feststellung des ersten Fortschrittsberichts, dass es eine verborgene HIV-Epidemie bei MSM gibt. In manchen Ländern steigt die Infektionsrate in dieser Gruppe weiterhin an. Die Gründe hierfür sind allerdings unklar und können sich von Land zu Land unterscheiden. Die erforderlichen weiteren Nachweise in Bezug auf diese Gründe sollte die derzeit laufende *European MSM Internet Study* (EMIS) liefern. Obgleich nicht klar ist, wie sich der Erfassungsbereich von Programmen für MSM genau messen lässt, wird dennoch deutlich, dass in vielen Ländern der Erfassungsbereich nach wie vor gering ist und ungeschützter Analverkehr in nicht akzeptablem Umfang praktiziert wird. Aus manchen Ländern gibt es auch Hinweise darauf, dass die Wahrscheinlichkeit, bestimmte Gruppen von MSM – junge Männer, außerhalb der Hauptstädte lebende Männer, Männer mit geringerem Bildungsstand sowie Männer, die sich selbst als bisexuell bezeichnen – durch HIV-Programme zu erreichen, gering ist.

Obgleich Prostituierte global als besonders stark durch eine HIV-Infektion gefährdet gelten, gibt es weniger Anzeichen dafür, dass dies in der Region der Fall ist. Beispielsweise sind in vielen Ländern der Region die HIV-Prävalenzen bei Prostituierten relativ niedrig. Dies gilt jedoch nicht für alle Prostituierten. Manche Kategorien von Prostituierten haben höhere HIV-Infektionsraten, unter anderem Prostituierte, die auch Drogen injizieren, männliche und transsexuelle Prostituierte, Prostituierte aus Ländern mit generalisierter HIV-Epidemie sowie auf der Straße arbeitende Prostituierte. Bei den Prostituierten insgesamt sind die gemeldeten Kondombenutzungsraten beim gewerblichen Geschlechtsverkehr relativ hoch und wahrscheinlich relevanter als allgemeine Maßnahmen zur Wissensvermittlung für Prostituierte.

Migranten aus Ländern mit generalisierter HIV-Epidemie sind besonders von HIV betroffen. Obgleich in manchen Ländern Besorgnis in Bezug auf andere Migrantengruppen besteht, gibt es wenig überzeugende Beweise dafür, dass diese Gruppen unverhältnismäßig stark von HIV betroffen sind, unabhängig von anderem Risikoverhalten, beispielsweise injizierendem Drogenkonsum. Die Probleme im Zusammenhang mit Migranten beziehen sich nicht nur auf die HIV-Prävention, sondern auch auf das Behandlungs- und Betreuungsangebot. In vielen Ländern gibt es besondere Probleme hinsichtlich des Zugangs von Migranten ohne Papiere zu grundlegenden Leistungen, beispielsweise zur antiretroviralen Therapie (ART).

Häftlinge, insbesondere wenn sie Drogen injizieren, sind in der Region ebenfalls stark durch eine HIV-Infektion gefährdet. Obgleich allgemein anerkannt wird, dass Haftanstalten und der Gemeinschaft dieselben HIV-Leistungen zur Verfügung stehen müssen, ist dies in vielen Ländern der Region nicht der Fall. Die EU/EFTA-Länder haben im Bereich der Opioid-Ersatztherapie in Haftanstalten eindeutig die Führungsrolle übernommen, aber dieser Ansatz wurde in vielen anderen Ländern der Region nicht aufgegriffen. Bezogen auf die Bereitstellung steriler Spritzbestecke in Haftanstalten ist diese Führungsrolle nicht so konsequent.

In welchem Umfang junge Menschen in den Ländern der Region besonders durch eine HIV-Infektion gefährdet sind, erwies sich für diesen Bericht als strittig. Junge Menschen können in Bezug auf ihr HIV-Risiko offensichtlich nicht als homogene Gruppe betrachtet werden. Nichtsdestoweniger sind manche erheblich gefährdet, z. B. junge IDU und junge MSM, und es gibt gewisse Hinweise darauf, dass diese Gruppen mit programmgesteuerten

Maßnahmen in geringerem Maße erreicht werden können als ältere Altersgruppen. Obgleich mehr als drei Viertel der Länder angaben, dass HIV-Unterricht Lehrplanbestandteil in Sekundarschulen ist, ist es besorgniserregend, dass nicht alle jungen Menschen in der Region umfassend in Sexualhygiene unterrichtet werden, insbesondere die Jüngsten, z. B. in Grundschulen.

Leben mit HIV

Alle Länder denen Trenddaten vorlagen, meldeten einen Anstieg der Zahl der Menschen in antiretroviraler Therapie seit Annahme der Erklärung von Dublin. Es gibt jedoch Bedenken, dass in vielen dieser Länder der Ausgangswert ein sehr geringes Behandlungsangebot war, und es stellt sich die Frage, ob wirklich alle behandlungsbedürftigen Menschen auch umgehend eine antiretrovirale Therapie erhalten. Das wichtigste Problem im Zusammenhang mit der umgehenden Durchführung einer Behandlung für Personen, die eine Behandlung benötigen, bezieht sich nicht auf die Bereitstellung einer Behandlung für bekanntermaßen behandlungsbedürftige Personen, z. B. Personen mit einem CD4-Wert von < 350 Zellen/mm³. Das Problem ist eher das Ausmaß, in dem mit HIV lebende Menschen in der Region, die eine Behandlung benötigen, nichts von ihrem HIV-Status wissen, d. h. keine Diagnose erhalten haben. Daten des ECDC für das Jahr 2008 zeigen, dass in 21 Ländern, die Daten zur CD4-Zählung zum Zeitpunkt der Diagnose meldeten, mehr als die Hälfte der Personen, bei denen eine CD4-Zählung durchgeführt wurde, bei der Diagnose einen CD4-Wert von weniger als 350 Zellen/mm³ hatten. Diese Zahlen sind äußerst besorgniserregend, weil sie darauf schließen lassen, dass eine erhebliche Zahl von Menschen in der Region später mit der antiretroviralen Therapie beginnt, als empfohlen wird.

Fast alle Länder (84 %) melden, dass sich die nationalen Strategien oder Aktionsrahmen für HIV und AIDS mit Stigmatisierung und Diskriminierung befassen; dies wird jedoch in den Politiken und Programmen nicht durchgehend reflektiert. Es gibt jedoch auch überzeugende Hinweise darauf, dass es in den Ländern der Region noch Reste von Stigmatisierung und diskriminierenden Einstellungen gibt und es ist unklar, in welchem Umfang die verfügbaren Mechanismen zur Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung zur Anwendung kommen. Diese Situation hat sich seit dem ersten Fortschrittsbericht zur Erklärung von Dublin nicht signifikant verbessert.

Überwachung der Umsetzung der Erklärung von Dublin

Eine der mit der Erklärung von Dublin eingegangenen Verpflichtungen war die Überwachung ihrer Umsetzung. Die Europäische Kommission hat diese Aufgabe dem ECDC übertragen. Dieser Bericht ist das Ergebnis eines vom ECDC zur Erfüllung dieser Aufgabe eingeleiteten Prozesses. Er basiert auf den Beiträgen einer Vielzahl von Personen und Organisationen. Insbesondere wurden die Daten in dem Bericht von den 49 Ländern beigesteuert, die an dieser Überprüfung teilnahmen.

Zwei der Grundsätze, die während dieser Überprüfung befolgt wurden lauteten, wo immer möglich vorhandene Daten und Indikatoren zu verwenden und sicherzustellen, dass die verwendeten Indikatoren für den Kontext der europäischen und zentralasiatischen Länder relevant sind. Zuweilen gab es Spannungen zwischen diesen Grundsätzen, insbesondere hinsichtlich des Ausmaßes, in dem UNGASS-Indikatoren und -Daten für den Prozess verwendet werden können. UNGASS-Indikatoren wurden verwendet, wo immer dies möglich war. Wenn Länder zuvor Daten für UNGASS vorgelegt hatten, wurden diese verwendet. Es wurden Daten von 12 Ländern übermittelt, die im Jahr 2008 keine UNGASS-Berichte vorlegten. Im Rahmen der Überprüfung war es den Ländern ausdrücklich erlaubt, zu bestimmten Themen auch dann vorhandene Daten vorzulegen, wenn diese nicht exakt den UNGASS-Indikatoren entsprachen. Darüber hinaus wurden Informationen zu einigen Bevölkerungsgruppen erhoben, für die es keine spezifischen UNGASS-Indikatoren gibt, z. B. Häftlinge und Migranten aus Ländern mit generalisierter Epidemie. Diese Überprüfung gelangt zu dem Schluss, dass höhere Antwortquoten für die UNGASS-Berichterstattung aus Ländern der Region erreicht werden könnten, wenn:

- die Indikatoren für die Region mehr Relevanz hätten;
- die Vorteile der internationalen Berichterstattung klarer formuliert würden;
- die Belastung der Länder durch die Berichterstattung gesenkt würde, indem ein koordinierter internationaler Berichterstattungsprozess eingeführt wird.

Es zeigte sich, dass eine zügige Lösung dieser Probleme für die an dieser Überprüfung teilnehmenden Länder der Region ein dringendes Anliegen ist. Das ECDC hat zugesagt, in einem solchen regionalen Prozess eine führende Rolle zu übernehmen.

12 Die A(H1N1)-Pandemie 2009 in Europa, ein Bericht über die Erfahrungen

(Veröffentlichung: November 2010)

Dieser umfangreiche Bericht soll einen allgemeinen Überblick über die Epidemiologie und Virologie der Pandemie im Jahr 2009 in den Ländern der Europäischen Union und des Europäischen Wirtschaftsraums (EU/EWR) (27 EU-Mitgliedstaaten und Norwegen und Island) geben. Es werden relevante Hintergrundinformationen zu Influenza-Epidemien und -Pandemien vermittelt, insbesondere bezüglich ihrer Variabilität und Unberechenbarkeit. Die wichtigsten Trends und Informationen entstammen der Analyse und Auswertung der durch das *European Influenza Surveillance Network* (EISN) an das Europäische Surveillancesystem (*European Surveillance System*, TESSy) des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) übermittelten epidemiologischen und virologischen Daten und sonstigen Analysen.

Diese Daten und Analysen zeigen, dass nach dem erstmaligen Auftreten des Pandemievirus in Nordamerika seine Übertragung in Europa etwa in Woche 16/2009 begann. Dieses Virus erfüllte die zuvor für eine Pandemie in Europa festgelegten Kriterien, wie es auch anderswo der Fall war. Die für die Pandemie geeigneten Surveillancemaßnahmen wurden schnell entwickelt und vom ECDC und den EU/EWR-Mitgliedstaaten vereinbart; Beiträge leisteten dabei die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und bereits betroffene Länder von außerhalb Europas. Diese Maßnahmen bauten auf bereits bestehenden Systemen auf, umfassten aber neue Elemente für die Überwachung der Situation bei von dem Pandemievirus schwer betroffenen Personen. Darüber hinaus kamen Methoden der epidemiologischen Aufklärung und der gezielten wissenschaftlichen Beobachtung zur Anwendung, um die für fundierte Risikobewertungen, die Anpassung von Projektionen und die Entwicklung von Gegenmaßnahmen erforderlichen wichtigen Parameter möglichst frühzeitig festlegen zu können.

Das European Influenza Surveillance Network meldete eine erste Übertragungswelle im Frühjahr/Sommer, die in den meisten Ländern auftrat, aber nur in wenigen Ländern auffällig war, insbesondere im Vereinigten Königreich. Die Übertragungsrates ging mit zunehmender Dauer des Sommers kurz zurück, zog dann aber im Frühherbst unmittelbar nach Beginn des neuen Schuljahrs wieder an. Dieses Mal waren alle Länder betroffen, da eine Herbst/Winter-Infektionswelle den Kontinent von Westen nach Osten durchquerte. Die Weltgesundheitsorganisation erklärte die Pandemie offiziell in Woche 32 des Jahres 2010 für beendet.

In den meisten Ländern war die Herbst/Winter-Infektionswelle deutlich ausgeprägt, dauerte etwa 14 Wochen und ging mit einer ähnlichen Welle von Krankenhausaufenthalten und Todesfällen einher. Der Schweregrad der Erkrankung war jedoch heterogen, da er von Ort zu Ort verschieden war, sogar innerhalb einzelner Länder. Insgesamt meldeten die EU/EWR-Länder in den ersten 12 Monaten, in deren Verlauf die Mitgliedstaaten zusätzliche Anstrengungen unternahmen, um diese Daten zu erheben, 2 900 amtlich bestätigte Todesfälle. Es ist jedoch allgemein anerkannt, dass es sich hierbei nur um einen Teil der tatsächlichen Zahl der auf die Pandemie zurückzuführenden Todesfälle handelt. Es wurde eine Zunahme der Gesamtsterblichkeit bei Kindern im Schulalter festgestellt. Obgleich dieses Influenzavirus niemals zuvor auftrat, sorgte die Exposition gegenüber einem vor Mitte der 1950er-Jahre zirkulierenden und vermutlich antigenisch ähnlichen Influenzavirus dafür, dass viele ältere Menschen in Europa bereits über ein gewisses Maß an Immunität verfügten. Diese Tatsache, die nicht für die Pandemie des Jahres 2009 spezifisch ist, erklärt zwei ihrer bemerkenswertesten Unterschiede zur inter pandemischen bzw. saisonalen Influenza: die insgesamt geringere Mortalität und die über den Erwartungen liegende relative Häufigkeit von Erkrankungen und Todesfällen bei jungen Menschen. Obgleich viele ältere Menschen geschützt zu sein schienen, waren bei Menschen dieser Altersgruppe, die nicht über einen solchen Schutz verfügten, die höchsten Sterblichkeitsraten aller Altersgruppen zu verzeichnen.

Das Pandemievirus verdrängte die bis dahin vorherrschenden inter pandemischen Influenza-A-Viren in Europa; Influenza-B-Viren traten jedoch gegen Ende der Saison noch geringgradig auf. Als resistent gegen Oseltamivir erwies sich nur eine geringe Zahl von Pandemieviren, und von diesen schienen nur sehr wenige von Mensch zu Mensch übertragen werden zu können. Obgleich die Pandemieviren nicht identisch sind, gibt es bisher kaum Hinweise auf eine signifikante Antigendrift oder auf das Auftreten dominanter neuer Varianten. Eine Variante – A(H1N1)-D222G – soll mutmaßlich mit einer schwerwiegenden Erkrankung einhergehen, eine Kausalität konnte jedoch nicht hergestellt werden.

Obgleich es Anhaltspunkte dafür gibt, dass es im Vergleich zu der inter pandemischen Influenza mehr leichte und asymptomatische Verläufe gab, kam es zu einer ausreichenden Zahl von Fällen des akuten respiratorischen Distress-Syndroms (ARDS) – einer bei einer inter pandemischen Influenza sehr selten zu beobachtenden Komplikation – um Intensivstationen an vielen Orten an ihre Belastungsgrenze zu bringen. Die höchsten Erkrankungsraten waren bei Kleinkindern zu verzeichnen, und die Länderberichte zeigen, dass die höchsten Infektionsraten bei Kindern im Schulalter auftraten. Diese hohen Erkrankungsraten führten zu speziellen

Belastungen für Notfallambulanzen, Kinderstationen in Krankenhäusern und in manchen Gegenden insbesondere den Intensivstationen.

Gegenwärtig werden limitierte Daten aus serologischen Untersuchungen verfügbar, die zur Untermauerung der Surveillancedaten genutzt werden; sie lassen auf höhere Übertragungsraten schließen, als anhand der klinischen Symptome zu erwarten war. Diese Daten reichen jedoch noch nicht aus, um zuverlässige Prognosen für den nächsten Winter (2010/2011) zu ermöglichen; zu diesem Zweck sind die Erfahrungen der gemäßigten Länder der südlichen Hemisphäre im europäischen Sommer 2010 äußerst aufschlussreich.

Im Frühstadium war die Pandemie viel weniger schwer als befürchtet. Dies wurde in den anfänglichen Risikobewertungen des ECDC⁶, den Berichten der WHO sowie den Informationen des ECDC für nationale und europäische Behörden aufgezeigt. Aufgrund der geringen krankheitsbedingten Fehlzeiten gab es auch geringe Auswirkungen auf Dienste außerhalb des Gesundheitswesens. Dieses und andere Merkmale bedeuteten, dass dies wohl die harmloseste Pandemie war, die Europa sich hätte erhoffen können.

Da die Pandemie 2009 eine geringere Bedrohung war als die, auf die sich viele Länder vorbereitet hatten, war sie ein Test für die Flexibilität der vorhandenen Pläne. Sie trat zu einem Zeitpunkt auf, zu dem die diagnostischen Tests schnell zur Verfügung standen, ebenso wie präventive pharmazeutische Gegenmaßnahmen wie antivirale Mittel – die wenig beständig gegen die Neuraminidasehemmer, aber fast vollständig beständig gegen ältere Adamantane sind – und geeignete Impfstoffe, die schneller als jemals zuvor entwickelt wurden. Dennoch brachte jede dieser Entwicklungen ihre eigenen Probleme mit sich, und es gab neue Herausforderungen und Überraschungen. Wie bereits erwähnt, kam es zu einer höheren Zahl von ARDS-Fällen als erwartet, und zwar zu einem Zeitpunkt, als viele Intensivstationen bereits hoch belastet waren, ohne dass notwendigerweise der Rest des Krankenhauses beansprucht war. Eine willkommener Überraschung war, dass die schnell hergestellten Pandemie-Impfstoffe eine so gute Immunreaktion zeigten, dass bei vielen der Rezepturen für Erwachsene nur eine einzige Dosis erforderlich war. Sie erwiesen sich auch als wirksam und annehmbar sicher, obwohl die Surveillance nach dem Inverkehrbringen noch weiter fortgeführt werden muss, um genau festzustellen, wie sicher sie sind. Als die Impfstoffe verfügbar wurden, wurden sie von den Fachleuten im Gesundheitswesen mit unterschiedlichem Impf-Enthusiasmus begrüßt. Verlässliche Daten zur Durchimpfungsrate auf EU-Ebene stehen noch nicht zur Verfügung, aber es besteht die Vermutung, dass die Durchimpfungsrate in Europa äußerst unterschiedlich ist, wobei nur einige Länder eine hohe Durchimpfungsrate der Gesamtbevölkerung oder bestimmter Risikogruppen erreichen.

Die fehlende umfassende Akzeptanz dieses Impfstoffs ist teilweise auf die Schwierigkeiten bei der Vermittlung der komplexen Meldung im Rahmen der Risikokommunikation zurückzuführen, die im Wesentlichen besagte, dass die Gefahr einer schweren Erkrankung nach einer Infektion sehr gering sei, sofern man nicht einer Risikogruppe (Kleinkinder, Personen mit chronisch schlechtem Gesundheitszustand und schwangere Frauen) angehöre. Da jedoch 25-30 % der amtlich bestätigten Todesfälle bei bis dahin gesunden Menschen unter 65 Jahren zu verzeichnen waren, besagte die zweite Meldung, dass für alle gesunden Erwachsenen und Kinder ein geringes, aber reales Risiko bestehe, infolge der Pandemie schwer zu erkranken oder zu sterben. Die Herausforderungen für die Risikokommunikation waren somit erheblich.

Unter dem Strich ist es wohl fair zu sagen, dass die EU/der EWR die Bekämpfung der Pandemie relativ gut bewältigt haben. In keinem Land gab es eine überzogene Reaktion, und die von der Kommission, der WHO und dem ECDC entwickelten Systeme für Diskussion, Informationsaustausch und Analysen erwiesen sich als belastbar und zweckdienlich. Die virologische und auf den Notfallambulanzen basierende Überwachung des EISN funktionierte gut und ergänzte die vom „Epidemic Intelligence Service“ des ECDC und aus der gezielten wissenschaftlichen Beobachtung stammenden Daten. Weniger erfolgreich war der Austausch von Analysen mit den zuerst betroffenen Ländern, und es war günstig, dass Daten und Analysen aus Nordamerika und von der südlichen Hemisphäre schnell zur Verfügung standen. Trotz der vielen bereits laufenden Untersuchungen und Aktivitäten zur Gewinnung von Erkenntnissen, gibt es einige allgemeine Erkenntnisse, die innerhalb kürzester Zeit ersichtlich wurden:

- vereinbarte Definitionen des Schweregrads einer Pandemie sind erforderlich, um die Flexibilität der Pandemie-Abwehrbereitschaftspläne zu verbessern;
- vor der Pandemie errichtete Routinesurveillance-systeme gewährleisten, dass in einer Krise oder gar einer Pandemie viel weniger modifiziert werden muss;
- es sollte eine bessere Routinesurveillance von schwerst erkrankten Menschen in Krankenhäusern und Todesfällen erfolgen;
- künftig muss der Austausch frühzeitiger Analysen aus den zuerst betroffenen Ländern besser funktionieren;
- viel Arbeit, einschließlich Forschung und Entwicklung, muss geleistet werden, damit die Seroepidemiologie in Echtzeit verfügbar wird; und
- die Modellbildung während einer Pandemie sollte in engerem Bezug zur Politik und zu den Maßnahmen in ganz Europa stehen und sich nicht nur auf ein oder zwei Länder stützen.

⁶ Abrufbar unter: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/risk_threat_assessment/Pages/risk_threat_assessment.aspx

Die Pandemieplanung muss jetzt überdacht werden, da das Auftreten dieser Pandemie nicht die Möglichkeit ausschließt, dass in naher Zukunft eine weitere Pandemie auftritt, beispielsweise eine H5- oder H7-Pandemie. Die nächste Generation der Pläne muss eine größere Flexibilität für die Reaktion auf unterschiedliche Schweregrade und unterschiedliche Kombinationen der „bekannten Unbekannten“ einer Pandemie beinhalten. Dies wäre leichter machbar, wenn hinsichtlich einer europäischen Sichtweise bei der Beurteilung des Schweregrads ein gewisser Konsens erzielt werden könnte, sodass die Intensität der Reaktion auf unterschiedliche Größenordnungen und Merkmale abgestimmt werden kann. Diese nächsten Pläne müssen auch die Konsolidierung und Tragfähigkeit der Influenza-Surveillance-Systeme vorsehen, die eingeführt wurden, um den Erfordernissen der Pandemie gerecht zu werden; dazu gehört insbesondere die Surveillance in Bezug auf schwere akute respiratorische Infektionen, zurechenbare Sterblichkeit und Seroepidemiologie. Diese Arbeit an den Surveillance-Systemen muss Priorität erhalten, mit angemessenen Ressourcen ausgestattet werden und dann während des interpandemischen Zeitraums entwickelt und erprobt werden können, sodass die Systeme belastbarer und wirksamer sind, wenn die nächste größere Krise auftritt.

13 Fortschritte bei der Eliminierung der Tb – Follow-up zum Rahmenaktionsplan zur Bekämpfung von Tuberkulose in der Europäischen Union

(Veröffentlichung: November 2010)

Einführung

Der Rahmenaktionsplan zur Bekämpfung von Tuberkulose (Tb) in der Europäischen Union wurde durch das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) im Jahr 2008 auf den Weg gebracht. Auf der Grundlage eines Ersuchens des EU-Gesundheitskommissars, einen Überwachungsrahmen zur Unterstützung des Plans zu entwickeln, hat das ECDC jetzt ein Follow-up zu dem Rahmenaktionsplan vorgelegt. Die Ziele des Follow-ups zu dem Rahmenaktionsplan sind: Überblick über das derzeitige strategische Umfeld für die Eindämmung der Tb in der EU und Erläuterung der Beziehung, in der dieses Umfeld zu der globalen Situation steht; und Beschreibung eines epidemiologischen und strategischen Überwachungsrahmens, der eine Beurteilung der Fortschritte hinsichtlich einer Ausrottung der Tb in der EU ermöglicht.

Strategisches Umfeld auf europäischer und globaler Ebene

Die derzeitige Intensität der Tb-Epidemie in der EU erfordert einen spezifischen Überwachungsrahmen, der für den europäischen epidemiologischen Kontext von unmittelbarer Relevanz und von den Mitgliedstaaten problemlos anzuwenden ist. Daher erfordert die Entwicklung eines Überwachungsrahmens ein umfassendes Verständnis des zu überwachenden epidemiologischen und strategischen Umfelds. Somit bietet dieser Folgebericht einen Überblick über das derzeitige Umfeld für die EU und auf globaler Ebene, wobei in Anbetracht des globalisierten Kontexts der Tb-Epidemie die Notwendigkeit einer umfassenden Strategie zur Eindämmung der Tb anerkannt wird.

Überwachung des Rahmenaktionsplans

In diesem Bericht wird als integraler Bestandteil des Überwachungsrahmens eine Reihe epidemiologischer und operativer Kernindikatoren und Zielvorgaben vorgeschlagen. Diese Indikatoren und Zielvorgaben sind mit denjenigen kompatibel, die bereits im Rahmen bestehender globaler und regionaler Kooperationen überwacht werden, und können generell aus Informationen hergeleitet werden, die von den Ländern bereits erhoben und gemeldet werden. Sämtliche Kernindikatoren des Follow-ups beziehen sich ausdrücklich auf die acht strategischen Bereiche des Rahmenaktionsplans, um eine Beurteilung der Fortschritte in jedem dieser Bereiche zu ermöglichen.

Epidemiologische Indikatoren

- 1 Trends bei der Melderate
- 2 Trends bei der MDR-Melderate
- 3 Trends im Verhältnis der Melderate für Kinder zur Melderate für Erwachsene
- 4 Trends beim Durchschnittsalter von Tb-Fällen

Operative Indikatoren

- 1 Verfügbarkeit eines nationalen Plans zur Eindämmung von Tb
- 2 Verfügbarkeit von Leitlinien für die Umsetzung des nationalen Plans zur Eindämmung von Tb
- 3 Prozentualer Anteil (dem ERLN-TB angeschlossener) nationaler Tb-Referenzlabore, die im externen Qualitätssicherungsprogramm eine angemessene Leistung erreichen
- 4 Verfügbarkeit einer Strategie für die Einführung und Umsetzung neuer Instrumente zur Eindämmung von Tb
- 5 Prozentualer Anteil der durch Bakterienkultur bestätigten Fälle von Lungentuberkulose und prozentualer Anteil der Fälle, bei denen in Bezug auf Arzneimittel der ersten Ordnung Arzneimittel-Empfindlichkeitstests durchgeführt wurden
- 6 Prozentualer Anteil der Mitgliedstaaten, die die Behandlungserfolgsrate melden
- 7 Behandlungserfolgsrate
- 8 Prozentualer Anteil der Tb-Patienten mit bekanntem HIV-Status

Anhang: Veröffentlichungen des ECDC 2010

Fachberichte

Mai

Risk assessment on Q fever

Juni

Core functions of microbiology reference laboratories for communicable diseases

September

Hepatitis B and C in the EU neighbourhood: prevalence, burden of disease and screening policies

Oktober

Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe

November

External quality assurance scheme for Salmonella typing

Evidence synthesis for Guidance on HIV testing

Dezember

Fostering collaboration in public health microbiology in the European Union

ECDC-Leitlinien

Oktober

Public health management of sporadic cases of invasive meningococcal disease and their contacts

HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. [Also 'In brief']

Dezember

Risk assessment guidelines for diseases transmitted on aircraft (RAGIDA). Part 2: Operational guidelines. Second edition

Surveillanceberichte

März

Tuberculosis surveillance in Europe 2008

Mai

Influenza surveillance in Europe 2008/09

Oktober

Annual Threat Report 2009

Surveillance of invasive bacterial diseases in Europe 2007

November

Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2010

Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2009. Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)

HIV/AIDS surveillance in Europe 2009

Sonderberichte

Juli

Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report: Summary

September

Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report:

November

The 2009 A(H1N1) pandemic in Europe, a review of the experience

Progressing towards TB elimination. A follow-up to the Framework Action Plan to Fight Tuberculosis in the European Union

Sitzungsberichte

Januar

First annual meeting of the invasive bacterial infections surveillance network in Europe

Februar

Expert forum on communicable disease outbreaks on cruise ships

März

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union

April

Second annual meeting of the European Food- and Waterborne Diseases and Zoonoses Network

Mai

Annual meeting of the European Influenza Surveillance Network (EISN)

Juni

First annual meeting of the European Reference Laboratory Network for Tuberculosis

Expert consultation on healthcare-associated infection prevention and control

Juli

Surveillance in EU and EEA/EFTA countries

Dezember

Developing health communication research: a focus on communicable diseases—challenges and opportunities

Missionsberichte

Februar

Öffentliche Konsultation und Weiterentwicklung des Gesundheitssystems in der ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien

Oktober

West Nile virus infection outbreak in humans in Central Macedonia, Greece – July–August 2010

Technische Dokumente

März

Climate change and communicable diseases in the EU Member States: Handbook for national vulnerability, impact and adaptation assessments

Joint European pandemic preparedness self-assessment indicators⁷

September

Conducting health communication activities on MMR vaccination

ECDC-Veröffentlichungen

Summary of key publications 2009

Annual Report of the Director 2009

Strategies for disease-specific programmes 2010–2013

ECDC Insight

Executive Science Update

Regelmäßige Veröffentlichungen

Weekly/bi-weekly influenza surveillance overview (42 issues in 2010)

Influenza virus characterisation, summary Europe (9 issues in 2010)

⁷ Veröffentlicht von der WHO.