

Epidemiologisches *Bulletin*



Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten und Public Health

43/98

Europäische Entscheidung über ein Netzwerk zur Surveillance von Infektionskrankheiten

Am 24. September 1998 trafen das Europäische Parlament und der Rat der Europäischen Union die allgemeine Entscheidung, ein gemeinschaftsweites Netzwerk der infektionsepidemiologischen Surveillance sowie ein Frühwarnsystem für das Auftreten bestimmter Infektionskrankheiten und ein System für die Abstimmung nationaler Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung ausgewählter Infektionskrankheiten einzurichten.^{1,2} Die Einzelheiten der Realisierung wurden der Europäischen Kommission übertragen. Durch ein »Netzwerk-Komitee«, in dem die Mitgliedsstaaten vertreten sind, wird die Entscheidung präzisiert. Deutschland wird in diesem Komitee durch das Bundesministerium für Gesundheit, den Bundesrat (zur Wahrung der Interessen, die sich aus der föderalen Struktur ergeben) sowie das Robert Koch-Institut vertreten.

Angestrebte Ziele sind eine Vereinheitlichung der Surveillance und eine Harmonisierung der Vorgehensweise bei der Verhütung und Bekämpfung von schwerwiegenden oder weitverbreiteten Infektionskrankheiten. Für die im folgenden genannten Krankheitsgruppen sollen insbesondere Maßnahmen zu einem einheitlichen Monitoring von Krankheitsgeschehen entwickelt und national bewährte Verhütungs- und Bekämpfungsmaßnahmen innerhalb der EU transparent und einer vergleichenden Analyse zugänglich gemacht werden:

- Krankheiten, die durch Impfung vermeidbar sind (sog. impfpräventable Krankheiten, *vaccine-preventable diseases*)
- Krankheiten, die durch sexuelle Kontakte übertragen werden (*sexually-transmitted diseases*, STD)
- Virushepatitiden
- Krankheiten, die durch Lebensmittel übertragen werden (*food-borne diseases*)
- Krankheiten, die durch Wasser übertragen werden oder durch Umwelteinwirkungen entstehen (*water-borne diseases, diseases of environmental origin*)
- Krankenhausinfektionen (nosokomiale Infektionen, *nosocomial infections*)
- übertragbare Krankheiten, die durch unkonventionelle Agenzien verursacht werden (darunter die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)
- Krankheiten, die den Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) unterliegen (Gelbfieber, Cholera, Pest)
- weitere Krankheiten, die durch die Schwere ihres Verlaufes oder ihre epidemische Potenz bedeutsam sind (Tollwut, Fleckfieber, virale hämorrhagische Fieber, Malaria u. a.)

Zunächst soll ein Netzwerk den EU-weiten Transfer infektionsepidemiologischer Daten, die in den Mitgliedsstaaten gesammelt und validiert wurden, sichern. Das setzt einheitliche Falldefinitionen der einbezogenen Krankheiten und eine Vergleichbarkeit der Melde- bzw. Erhebungssysteme voraus. Darüber hinaus geht es um einen Austausch zu den in den einzelnen Mitgliedsstaaten zur Verhütung und Eindämmung übertragbarer Krankheiten angewandten Methoden und

Diese Woche:

Surveillance von Infektionskrankheiten:

- Entscheidung in der Europäischen Union
- Zur Rolle der WHO

Tollwut:

- Dänemark:
Schaf erkrankte durch
Fledermaus-Tollwut-Virus
- Erfolgreiche Prävention
in der Schweiz

Schutzimpfungen:

Zum Vorgehen
bei fraglicher
Impfanamnese

30. Oktober 1998

ROBERT KOCH
RKI
INSTITUT

Maßnahmen und um die Durchführung epidemiologischer Untersuchungen nach einheitlichen Kriterien. Besonders in Notsituationen, die beim Auftreten oder Wiederauftreten gefährlicher Infektionskrankheiten entstehen können, ist ein unverzüglicher Austausch der erforderlichen Daten über das Gemeinschaftsnetz wichtig, um ein abgestimmtes methodisches Vorgehen zu ermöglichen. In jedem Falle wird auf der Basis geeigneter technischer Mittel eine Verbindung zwischen der Kommission der EU und den Strukturen und/oder Behörden, die in den einzelnen Mitgliedsstaaten für die betreffenden Aufgaben verantwortlich sind, hergestellt.

Bei der Umsetzung des Vorhabens ist zu beachten: Es dürfen keine Widersprüche zu nationalen Regelungen und Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten auftreten, und es sollte eine Integration bereits bestehender europäischer Programme bzw. des praktizierten internationalen Daten- und Informationsaustausches erreicht werden. Die Rechtsvorschriften zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zur Wahrung der Vertraulichkeit und Sicherheit der Daten sind zu garantieren. Die Zusammenarbeit mit den zuständigen internationalen Organisationen, insbesondere mit der Weltgesundheitsorganisation, soll intensiviert werden. Das Netz soll auch offen für die Kooperation mit Drittländern sein, vor allem bei Ausbrüchen von internationaler Bedeutung.

Das jetzt zu etablierende Gemeinschaftsnetzwerk kann an schon in der EU bzw. international vorhandene Erfahrungen und Strukturen anknüpfen; so bestehen z. B. folgende Netzwerke bzw. Netzwerkansätze als Bausteine eines künftigen Gemeinschaftsnetzes:

- **Board of Heads of National Surveillance** (sog. ›Chartergroup‹)
- **ENTER-NET** (Gastroenteritiden / Salmonellen / EHEC)
- **ESEN** (*European Seroepidemiological Network*: Masern / Mumps / Röteln / Diphtherie / Pertussis)
- **EISS** (*European Influenza Surveillance Scheme*)
- **HIV/AIDS-Surveillance**
- **Euro-Tb-Programme** (Tuberkulose)
- **EARSS** (*European Antimicrobial Resistance Surveillance System*)
- **ENIVD** (*European Network for Diagnostics of Imported Viral Diseases*)
- **EWGLI** (*European Working Group for Legionella Infections*)

- **Eurosurveillance** (zwei gemeinsam herausgegebene Publikationen, monatlich und wöchentlich erscheinend)
- **EPIET** (*European Programme for Intervention Epidemiology Training*)

Diese Einzelprojekte, die ihre Funktionstüchtigkeit schon bewiesen haben, sollen in dem geplanten Gemeinschaftsnetzwerk vereinigt und nach Bedarf ergänzt werden. Über die Form der Koordinierung, z. B. durch ein Sekretariat (Clearing- oder Moderationsstelle), ist noch zu entscheiden. So entsteht ein ›Netz der Netzwerke‹, dessen Bildung – im Gegensatz zu einer größeren zentralen Institution – bereits im Vorfeld mehrheitlich favorisiert wurde.^{3,4}

Das beschlossene Vorhaben ist ebenso wichtig wie umfangreich und kompliziert. Die getroffene Entscheidung ist auf dem Gebiet des Gesundheitsschutzes ein wichtiger Schritt in Richtung auf die europäische Kooperation und wird sich unter dem Aspekt eines optimalen Schutzes vor Infektionskrankheiten nutzbringend auswirken. Sie wird aber auch Folgen für die Mitgliedsstaaten selbst haben. Mehrheitsentscheidungen der Europäischen Kommission sind für die Mitgliedsstaaten bindend, so sind z. B. Auswirkungen auf die Surveillance oder einheitliche Leitlinien zur Prävention bestimmter Krankheiten denkbar. Mit einer im Rahmen der Vorbereitung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) erreichten weitgehenden Konsensbildung zur Surveillance übertragbarer Krankheiten ist Deutschland für die bevorstehende Diskussion auf europäischer Ebene gut vorbereitet. – Die Entscheidung des Europäischen Parlaments wird jetzt zu einer Reihe von Folgeaktivitäten führen; über den Fortgang dieser Aktivitäten wird im *Epidemiologischen Bulletin* berichtet werden.

1. *Decision No. 2119/09/EC of the European Parliament and of the Council of 24 September 1998. Setting up a network for the epidemiological surveillance and control of communicable diseases in the Community. Official Journal of the European Communities 1998; L 268 (3.10.98): 1–7. – Ausgabe in deutscher Sprache: Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften – Rechtsvorschriften – L 268 (41. Jahrgang) vom 3.10.98: 1–7*
2. *Eurosurveillance Weekly 43/1998 (22.10.98): 1–2. European Parliament decides on a communicable disease network (reported by C. Akehurst)*
3. *Giesecke J, Weinberg J: European centre for infectious disease? Lancet 1998; 352: 1308*
4. *Not another European Institution. Lancet 1998; 352: 1237*

Wir danken Frau Dr. Göhmann, Bundesministerium für Gesundheit, Referat 325, für ihre Mitwirkung an diesem Beitrag.

WHO betont ihre Verantwortung für internationale Surveillance von Infektionskrankheiten

Parallel zur europäischen Entscheidung über ein gemeinschaftliches Netzwerk zur Surveillance schwerwiegender oder weitverbreiteter Infektionskrankheiten bekräftigte die WHO ihre Verantwortung und ihr Engagement für die internationale Surveillance übertragbarer Krankheiten. 1995 hatte die Weltgesundheitsversammlung alle Mitgliedsstaaten dringlich aufgefordert, die infektionsepidemiologische Surveillance zu verstärken und in ihrem Verantwortungsbereich das rechtzeitige Erkennen von Ausbrüchen mit überörtlicher Bedeutung oder neu auftretender Krankheiten zu sichern und auf adäquate Gegenmaßnahmen vorbereitet zu sein. Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten sollen als Grundlage der Verhütung und Bekämpfung auch international verfügbar sein. Daher verfolgt die WHO das Ziel des Auf- und Ausbaus eines

globalen Surveillancesystems, das auch als ›Netz der Netzwerke‹ bezeichnet wird. Dazu werden bestehende lokale, regionale, nationale und internationale Bausteine oder Systeme der infektionsepidemiologischen Surveillance aus den 191 Mitgliedsstaaten und von anderen Partnern, wie der *European Union–United States Task Force on Emerging Communicable Diseases* und die *US–Japan Common Agenda* zusammengeführt. Die Regierungen der G7/G8-Mitgliedsländer haben auf den Gipfeltreffen in Lyon (1996) und Denver (1997) ihre Unterstützung der internationalen Zusammenarbeit auf diesem Gebiet zugesagt.

Zwei gute **Beispiele** für Erfolge der Tätigkeit der WHO auf diesem Gebiet sind die **globale Influenza-Surveillance** (laufende enge Zusammenarbeit von 110 *collaborating*

laboratories in 82 Staaten mit 4 WHO collaborating centres) und die Beteiligung der WHO an der **Untersuchung und Bekämpfung von Ausbrüchen und Epidemien**. Zu Epidemien, die von Art oder Umfang her bedeutsam sind, werden laufend Informationen bereitgestellt (*Weekly Epidemiological Record*, Internet: <http://www.who.int/emc/> u. a.); falls erforderlich, können WHO-Expertenteams innerhalb von 24 Stunden vor Ort sein und den nationalen Behörden Rat und Unterstützung bei der Aufklärung

und Bekämpfung eines Ausbruchs geben. Internationale Hilfeleistungen können durch Vermittlung der WHO koordiniert und gezielt eingesetzt werden.

Die im vorigen Beitrag vorgestellten aktuellen diesbezüglichen Aktivitäten innerhalb der Europäischen Union sollten nicht im Widerspruch oder in Konkurrenz zu den Bemühungen der WHO stehen, sondern diese ergänzen und unterstützen. – *Quelle: WHO: WER 43/1998: 333–334*

Schaf in Dänemark durch Tollwut-Virus der Fledermaus erkrankt

Die am 24. August 1998 in West-Jütland (Dänemark) festgestellte Tollwut-Erkrankung eines Schafes stellt eine Besonderheit dar. Dänemark ist seit Jahren frei von Wild-Tollwut, wohingegen Fledermaus-Tollwut existiert und sporadisch nachgewiesen wird. Das im Gehirn des Schafes nachgewiesene Tollwut-Virus wurde im britischen *Central Veterinary Laboratory* als Europäisches Fledermaus-Tollwut-Virus des Typs 1a (*European Bat Lyssa Virus*, EBL-1a) charakterisiert und entsprach damit dem bei dänischen Fledermäusen nachgewiesenen Virustyp. Die zuständigen Veterinärbehörden leiteten entsprechende Absonderungs- und Sperrmaßnahmen ein, es traten keine weiteren Fälle auf.

Im westlichen Teil Europas gibt es gegenwärtig zwei Reservoir der Tollwut, die unabhängig voneinander persistieren: Die Tollwut bei terrestrischen Wildtieren mit dem Fuchs als Hauptüberträger und die Fledermaus-Tollwut. Infektionen des Menschen oder von empfänglichen Haustieren enden tödlich, so daß die Infektkette blind endet. Bei dem in Dänemark beobachteten Fall wurde erstmals die Infektion eines Säugetieres durch eine Fledermaus in Europa beobachtet. (Erkrankungen von Menschen an Fledermaus-Tollwut wurden in den vergangenen Jahren besonders aus den USA gemeldet, in Europa sind nur einzelne Fälle bekannt.) – *Quelle: WHO: WER 41/98: 320*

Erfolg der Tollwutbekämpfung in der Schweiz gesichert

Als Ergebnis systematischer und engagierter Bekämpfungsmaßnahmen mit den Schwerpunkten der Immunisierung der Füchse und einer gut funktionierenden Surveillance ist in der Schweiz 1997 und im 1. Halbjahr 1998 erstmalig seit 1967 kein Fall von Tollwut bei einem Tier festgestellt worden. Im Oktober 1997 war lediglich ein kurz zuvor aus Marokko importierter Hund im Kanton Zürich erkrankt.

In der Nordwestschweiz, dem Gebiet, in dem in den letzten Jahren noch mit dem Auftreten von Tollwut bei Wildtieren gerechnet werden mußte, waren die oralen Impfungen der Füchse durch das Auslegen von Impfködern mit dem flüssigen Lebendimpfstoff des Typs SAG2 zunächst noch zwei Jahre nach dem letzten diagnostizierten Fall weitergeführt und dann reduziert worden. So wurde die Frühjahrsimpfaktion im Mai 1998 in den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Aargau und Solothurn vermutlich zur letzten ihrer Art. Parallel ist durch die Schweizerische Tollwutzentrale eine große Zahl von Wildtieren (darunter

zwei Drittel Füchse) mit negativem Ergebnis auf Tollwut untersucht worden. Diese Befunde signalisieren das Ende der Seuche in der Schweiz. Das Ziel, die Schweiz spätestens im Jahr 2000 als tollwutfrei erklären zu können, ist nunmehr greifbar nah.

Der Erfolg in der Schweiz ist im Zusammenhang mit gleichfalls erfolgreichen Tollwutbekämpfungsprogrammen in den benachbarten Regionen Deutschlands und Frankreichs zu sehen; dabei wurden periodisch Daten ausgetauscht und es wurde flexibel auf die Situation im Grenzgebiet reagiert. Baden-Württemberg ist seit über zwei Jahren frei von Tollwut, und auch in den an die Schweiz grenzenden Gebieten Frankreichs tritt seit 2½ Jahren keine Tollwut mehr bei Wildkarnivoren auf.

Quellen: 1. Breitenmooser U, Bugnon P (Schweizerische Tollwutzentrale, Institut für Veterinärvirologie der Universität Bern): Tollwutsituation in der Schweiz – Stand nach dem 1. Quartal 1998. Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) 22/98: 6–7. 2. Rabies Bulletin Europe 22 (1998), 2: 8.

Zum Vorgehen bei fraglicher Impfanamnese

Aufgrund von Anfragen wird noch einmal festgestellt, daß eine fehlende ärztliche Dokumentation über eine Impfung gleichzusetzen ist mit »nicht geimpft«. Personen, die keine Impfdokumentation nachweisen können, sind demzufolge wie Nichtgeimpfte zu behandeln; nicht belegte vorausgegangene Impfungen stellen bei diesem Vorgehen kein Risiko dar. Notwendige Impfungen dürfen nicht verschoben werden, fehlende Impfungen sind nachzuholen. Dabei ist zu beachten, daß es keine unzulässig großen Abstände zwischen Impfungen gibt; jede Impfung gilt. Auch eine für viele Jahre unterbrochene Grundimmunisierung muß nicht neu begonnen werden.

Serologische Kontrollen sind ungeeignet zum Nachweis vorausgegangener Impfungen, z. B. unter dem Aspekt »unklarer Impfstatus«. Sie sind auch nur in Ausnahmefällen zur Überprüfung des Impfschutzes angezeigt, z. B. Nachweis von anti-HBsAg bei Personen mit Hepatitis-B-Gefährdung oder Nachweis von Röteln-Antikörpern bei Frauen mit Kinderwunsch.

Auch die vielfach praktizierten Diphtherie-Antitoxin-Bestimmungen sind bei immunkompetenten Personen nicht erforderlich. Wie bei allen anderen Impfungen ist auch bei der Immunprophylaxe der Diphtherie der dokumentierte Impfstatus entscheidend: Bei fehlender Dokumentation ist die Grundimmunisierung zu beginnen bzw. zu vervollständigen. Eine Auffrischimpfung ist durchzuführen, wenn die letzte Impfung der Grundimmunisierung oder eine danach bereits erfolgte Impfung länger als 10 Jahre zurückliegen.

1. Impfeempfehlungen der STIKO am RKI, März 1998, Epid. Bull. 15/98
2. Antitoxische Immunantwort nach Auffrischimpfung gegen Diphtherie. Epid. Bull. 18/98: 127–129
3. Thilo W: DMW 1998, Nr. 23: 749 (Kurzmitteilung)