



# **Masern und Röteln in Deutschsprachigen Ländern/Gebieten: Aktuelle Themen und Auf- gaben**

**Tagungsbericht  
WHO-Regionalbüro für Europa und Robert  
Koch-Institut Berlin, Deutschland**

Bitten um Zusendung von Exemplaren der Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros für Europa sind an das Referat Veröffentlichungen zu richten:

Referat Veröffentlichungen  
WHO-Regionalbüro für Europa  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Kopenhagen Ø  
Dänemark.

Oder füllen Sie auf der Website des Regionalbüros ein Online-Formular für Dokumentation/Information bzw. die Genehmigung zum Zitieren/Übersetzen aus (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© **Weltgesundheitsorganisation 2006**

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf Genehmigung der auszugsweisen oder vollständigen Wiedergabe oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Veröffentlichung benutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich der Rechtsstellung eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- und/oder Gebietsgrenzen. Die in Tabellenüberschriften benutzte Bezeichnung „Land oder Gebiet“ umfasst Länder, Territorien, Städte oder Gebiete. Gestrichelte Linien in Karten geben den ungefähren Verlauf von Grenzen an, über die u. U. noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Unternehmen oder der Erzeugnisse bestimmter Hersteller besagt nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation gegenüber anderen ähnlicher Art, die im Text nicht erwähnt sind, bevorzugt oder empfohlen werden. Abgesehen von eventuellen Irrtümern und Auslassungen, sind Markennamen im Text besonders gekennzeichnet.

Die Weltgesundheitsorganisation verbürgt sich nicht für die Vollständigkeit und Richtigkeit der in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen und haftet nicht für sich aus deren Verwendung ergebende Schäden. Die von Autoren oder Redakteuren zum Ausdruck gebrachten Ansichten entsprechen nicht notwendigerweise den Beschlüssen oder der ausdrücklichen Politik der Weltgesundheitsorganisation.

# INHALT

*Seite*

Resolution .....	5
Zusammenfassung .....	6
Hintergrund .....	8
Begrüßung und einführende Beiträge .....	8
1. Sitzung: Immunisierungsprogramme in deutschsprachigen Ländern/Gebieten: vordringliche Probleme und Aufgaben .....	9
Österreich .....	9
Deutschland .....	10
Südtirol .....	12
Schweiz .....	14
Diskussion und Zusammenfassung der 1. Sitzung .....	16
2. Sitzung : Verlaufsbeobachtung bei Methoden zur Ermittlung von Impfraten mit dem Ziel der Erhebung zeitlich genauerer Daten.....	17
Schweiz – Cluster-Surveys im 3-Jahreszyklus.....	17
Südtirol – Die ICONA Studie.....	18
Pilotprojekt Impfregeister in Sachsen-Anhalt .....	18
Diskussion und Zusammenfassung der 2. Sitzung .....	19

3. Sitzung: Schärfung eines Impfbewusstseins.....	20
Südtirol – Aktivitäten im Rahmen der Europäischen Impfwoche; Kommunikationsstrategien und Methoden..	20
Masernausbruch in einem bayerischen Landkreis, ausgehend von Fällen in einer Privatschule .....	20
Masernüberwachung in Tirol .....	20
Zum Zusammenhang zwischen Impfung und der Berichterstattung zu Masern in den Medien .....	21
Impfbus und Impftage in Nordrhein-Westfalen (NRW) ..	21
Formen der Immunisierungsförderung in der Schweiz ...	22
Europäische Impfwoche – die Planung für 2006 .....	23
Diskussion und Zusammenfassung der 3. Sitzung .....	23
Roundtable-Diskussion: .....	24
Informationsmaterial .....	25
Tagesordnung.....	27
Teilnehmer .....	28

## Resolution

Während der vergangenen Dekade wurden in den deutschsprachigen Gebieten bei den Impfraten gegen Masern und Röteln sowie bei der Überwachung dieser Krankheiten erhebliche Fortschritte erzielt. Trotz dieses Erfolges und trotz der Eliminierung der Masern in vielen Teilen der Welt kommt es in West- und Zentraleuropa weiterhin zu Masernepidemien. Die Masern sind eine schwerwiegende und gelegentlich sogar tödliche Krankheit, die nicht therapierbar, durch Impfung jedoch vermeidbar ist. In Übereinstimmung mit der UN-Resolution A/RES/S-27/2 ist für eine Routineimpfung aller Kinder zu sorgen. Zudem haben sich alle 52 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO anlässlich der Sitzung des Regionalkomitees im Jahr 2005 für die Eliminierung von Masern und Röteln bis zum Jahr 2010 ausgesprochen (Resolution EUR/RC55/R7). Die Tagung deutschsprachiger Länder und Gebiete in Berlin hat deutlich gemacht, dass weitere Maßnahmen erforderlich sind, wenn dieses Ziel erreicht werden soll.

Es gibt keine einfache und einheitliche, Erfolg versprechende Vorgehensweise. Die Teilnehmer an der Berliner Tagung waren sich jedoch darin einig, dass Engagement und Unterstützung in nachdrücklicher Form von Seiten der Politik für die Eliminierung von Masern und Röteln entscheidend sind. Jedes Land ist aufgefordert, seine derzeitigen Impfkampagnen zu optimieren, und zwar

1. indem das Bewusstsein der Öffentlichkeit für die Ziele geschärft wird,
2. durch Erarbeitung eines Aktionsplanes, der lokale Gegebenheiten in Rechnung stellt,
3. indem auf lokaler und Landesebene die geeigneten Maßnahmen ergriffen werden und
4. durch Evaluierung des Erreichten (z.B. Verlaufsbeobachtung für Impfraten und Epidemiologie).

Auf der Basis der vorhandenen gesetzlichen Bestimmungen zur Prävention von Infektionskrankheiten sind zusätzliche Anstrengungen erforderlich.

- Anhand zu erarbeitender Konzepte in den Ländern ist sicherzustellen, dass der UN-Konvention zum Recht der Kinder auf Routineimpfungen Folge geleistet wird.
- Die Krankheitsüberwachung ist auszubauen, Krankheitsausbrüche müssen rechtzeitig erkannt, Nachforschung vorgenommen und Gegenmaßnahmen ergriffen werden, und es sind die erforderlichen Laborkapazität bereitzustellen.
- Verbesserung und Validierung der Daten zu den Impfraten, insbesondere bei zweijährigen Kindern.
- Verstärkte Forschungsbemühungen und der Austausch bester Praxisbeispiele für erfolgreiche Impfstrategien sind geboten.
- Es sollten umfassende und integrierte Kommunikationsstrategien zum Einsatz kommen, einschließlich Kampagnen und Tätigkeit der Medien, deren Ziel es ist, in der Öffentlichkeit ein ausgeprägteres Bewusstsein von Nutzen und Risiken von Impfungen zu schaffen sowie davon, wie riskant es ist, nicht geimpft zu sein.
- Die Gesundheitsfachkräfte sollten regelmäßig hinsichtlich des Nutzens von Impfungen geschult werden. Die Immunisierungsthematik ist in die Curricula für die Ausbildung von Ärzten und Pflegekräften aufzunehmen.
- Risikogruppen in der Bevölkerung müssen ermittelt und mittels ergänzender Immunisierungsmaßnahmen angesprochen werden.

Die WHO wird alle Maßnahmen und Erfolge regelmäßig evaluieren.

Die Teilnehmer kamen überein, den Erfahrungs- und Informationsaustausch fortzusetzen und die Fortschritte bei Anschluss-tagungen auszuwerten. Sie einigten sich weiterhin darauf, die WHO um die Erstellung einer Plattform für Kommunikation und Informationsaustausch zu ersuchen.

*Berlin, 19. Mai 2006,*

*WHO-Regionalbüro für Europa - Robert Koch-Institut – teilnehmende Mitgliedstaaten*

## Zusammenfassung

Vom 18.–19. Mai 2006 tagten im Robert Koch-Institut in Berlin 36 Fachleute aus deutschsprachigen Ländern und Gebieten, des WHO-Regionalbüros für Europa, des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), von EUVACNET und den Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Gegenstand der Tagung war die Auseinandersetzung mit Problemen und Aufgaben, die sich in den deutschsprachigen Ländern bei der Immunisierung stellen, insbesondere im Hinblick auf den Einsatz der Masernvakzine. Weiterhin standen auf der Tagesordnung: Vorstellung von und Erfahrungsaustausch über Surveillance-Methoden, Diskussion über die Verbesserung der Erfassung der Impfquoten, Erfahrungsaustausch und Diskussion über ein effizienteres Eingehen auf Bedenken von Eltern und Gesundheitsfachkräften hinsichtlich der Sicherheit und des Nutzens von Impfungen, Erfahrungsaustausch über die Umsetzung von Strategien der Länder zur Eliminierung von Masern und Röteln sowie der Anwendbarkeit der WHO-Kriterien, publiziert in *Eliminierung von Masern und Röteln und Prävention der kongenitalen Rötelninfektion. Strategie der Europäischen Region der WHO, 2005–2010*.

Die Mitgliedstaaten hatten im Rahmen der Sitzung des Regionalkomitees der Europäischen Region der WHO im September 2005 die Resolution EUR/RC55/R7 mit dem Titel, *Stärkung der nationalen Immunisierungssysteme durch Eliminierung von Masern und Röteln und Prävention von kongenitalen Röteln in der Europäischen Region der WHO* verabschiedet. Die Zuständigen im öffentlichen Gesundheitswesen der Länder arbeiten nun Strategien und Ansätze aus, mittels derer diese Ziele bis 2010 im jeweiligen nationalen Kontext erreicht werden sollen. Es wurde der nachstehende Zeitplan beschlossen. Die WHO wird den Prozess unterstützen und ihn regelmäßig und entsprechend dem Zeitplan weiter verfolgen.

### **Zeitplan für die projektierte Eliminierung von Masern und Röteln in deutschsprachigen Ländern und Gebieten bis zum Jahr 2010.**

Bis November 2006	Arbeitsgruppen auf Landes-/lokaler Ebene legen die Eckpunkte des nationalen Aktionsplans zur Eliminierung von Masern und Röteln fest.
November 2006	Die den Eckpunkten entsprechenden Maßnahmen für das jeweilige Land werden mit politischer und finanzieller Unterstützung umgesetzt.
Mai 2007	Tagung der Teilnehmer: Evaluierung wirksamer und nachhaltiger Maßnahmen zur Eliminierung von Masern und Röteln in den Ländern/Gebieten.
September 2007	Regionaler Zertifizierungsausschuss legt Kriterien für die Zertifizierung der Eliminierung in den Ländern fest.
Mai 2008	Tagung der Teilnehmer: Evaluierung der Fortschritte bei der Eliminierung von Masern und Röteln in jedem Land/Gebiet.
September 2008	Fortschrittsbericht an das Regionalkomitee der Europäischen Region der WHO zur Eliminierung von Masern und Röteln.
2010	Zertifizierung aller Länder.

Alle Teilnehmer befürworteten als Tagungsergebnis eine Resolution, in der zur Intensivierung des politischen Engagements und zu verstärkten Anstrengung für die Eliminierung von Masern und Röteln aufgerufen wird.

Der Tagungsbericht enthält konkrete Handlungsvorschläge, u.a.:

- Alle Länder/Gebiete befürworten den Austausch von Informationsmaterial in elektronischer und Papierform, nämlich von Faktenblättern, Broschüren und anderem Informationsmaterial, etwa Antworten auf kritische Fragen sowie Übersetzungen.
- Alle Länder/Gebiete stimmten darin überein, dass ein umfassender Auftritt im Internet erforderlich ist, um von Immunisierungsgegnern vorgebrachte Themen aufzugreifen.
- Alle Länder/Gebiete sehen für ihre Planung des Eliminierungsvorhabens eher einen nationalen als einen föderalen Ansatz vor.
- Alle Länder/Gebiete vertreten übereinstimmend, die Fachkräfte im öffentlichen Gesundheitswesen müssten besser geschult und auf den aktuellen Erkenntnisstand gebracht, die Öffentlichkeit insgesamt besser informiert werden.

- Es wurde der Rahmen für eine Zusammenarbeit zwischen WHO, EUVAC.NET und ECDC umrissen.

## Hintergrund

Im September 2005 verabschiedete das WHO-Regionalkomitee für Europa eine Resolution (EUR/RC55/R7) mit dem Titel *Stärkung der nationalen Immunisierungssysteme durch Eliminierung von Masern und Röteln und Prävention von kongenitalen Röteln in der Europäischen Region der WHO*. Vom WHO-Regionalbüro für Europa herausgegeben erschien inzwischen: *Eliminierung von Masern und Röteln und Prävention der kongenitalen Rötelninfektion. Strategie der Europäischen Region der WHO 2005–2010*. Darin werden fünf Schlüsselstrategien benannt, mittels derer die Zielvorgaben einzulösen sind.

- Mit zwei Dosen der Masern- und zumindest einer Dosis der Rötelnvakzine, verabreicht durch Impfdienste von hoher Qualität, wird eine Impfquote von  $\geq 95\%$  erreicht und erhalten.
- Für Risikogruppen wird eine zweite Immunisierungsmöglichkeit gegen Masern geschaffen.
- Allen durch Röteln potenziell gefährdeten Kindern, Jugendlichen und Frauen im gebärfähigen Alter wird die Immunisierung gegen Röteln angeboten.
- Ausbau der Surveillance-Systeme durch rigorose Untersuchung der Fälle und Laborbestätigung von Verdachtsfällen.
- Leichter erhältliche und ausgewogene Informationen von hoher Qualität für Gesundheitsfachkräfte und die Öffentlichkeit zu Nutzen und Risiken der Immunisierung gegen Masern und Röteln.

Die Tagung der deutschsprachigen Länder und Gebiete hatte folgende Zielsetzung:

- Kritische Sichtung der anstehenden Immunisierungsaufgaben und -probleme in den deutschsprachigen Ländern, insbesondere hinsichtlich des Einsatzes von Masernimpfstoffen,
- Erfahrungsaustausch, Überprüfung von Surveillance-Methoden und Diskussion besserer Formen der Erfassung der Impfquoten,
- Erfahrungsaustausch und Diskussion eines effizienteren Umgangs mit Bedenken von Eltern und Gesundheitsfachkräften hinsichtlich der Unbedenklichkeit und des Nutzens von Impfungen und
- Erfahrungsaustausch bezüglich der Umsetzung der nationalen Strategien zur Eliminierung von Masern und Röteln und zur Zweckdienlichkeit von *Eliminierung von Masern und Röteln und Prävention der kongenitalen Rötelninfektion. Strategie der Europäischen Region der WHO 2005–2010*.

## Begrüßung und einführende Beiträge

**Prof. Dr. Reinhard Burger**, Vizepräsident des Robert Koch-Instituts (RKI), eröffnete die Tagung. Er betonte, den Teilnehmern stellten sich viele ähnliche Aufgaben: Komplexe Gesundheitssysteme, föderative Systeme mit dezentraler Entscheidungsbefugnis, sowie Eltern und Gesundheitsfachkräfte, die Impfungen skeptisch gegenüberstehen. In Deutschland seien Fortschritte bei der Bekämpfung von Masern und Röteln zu verzeichnen, die Ziele jedoch, die 1999 vom RKI im Interventionsprogramm „Masern, Mumps, Röteln – MMR“ formuliert worden waren, seien nur teilweise erreicht. Hier sei das Engagement aller Bundesländer erforderlich. In Anbetracht der jüngsten Masernausbrüche in Deutschland begrüßte Prof. Dr. Burger die Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch und äußerte die Hoffnung, die deutschsprachigen Länder würden zu einem einheitlichen Handlungsansatz finden..

**Dr. Nedret Emiroglu**, Regionalbeauftragte, Impfpräventable Krankheiten und Immunisierung, WHO-Regionalbüro für Europa, hieß alle Teilnehmer der Tagung willkommen und bedankte sich beim deutschen Gesundheitsministerium und insbesondere beim Robert Koch-Institut als dem Gastgeber für diese wichtige Tagung. Die WHO sei bereit, zur spezifischen Problembewältigung in den deutschsprachigen Länder und Gebiete beizutragen, damit sie bis 2010 das Ziel der



Eliminierung von Masern und Röteln erreichen. Die WHO hoffe, im Zuge dieser Tagung zu erfahren, auf welchen Wegen das zu bewerkstelligen ist.

**Dr. John Spika**, leitender Referent, Accelerated Disease Control, Impfpräventable Krankheiten und Immunisierung, WHO-Regionalbüro für Europa, merkte an, eine Impfrate von >95% sei in vielen westeuropäischen Ländern, so auch in den deutschsprachigen Ländern noch nicht erreicht. Infolgedessen liege die Maserninzidenz weiterhin über der Bezugsgröße von <1 pro 1 Million. In den vergangenen zwei Jahren sei es in der Europäischen Region zu einer Reihe von Krankheitsausbrüchen gekommen, die sehr deutlich zeigten, wo die Schwächen der Masernbekämpfung liegen.

## **1. Sitzung: Immunisierungsprogramme in deutschsprachigen Ländern/Gebieten: vordringliche Probleme und Aufgaben**

### **Österreich**

*Dr. Jean-Paul Klein, Abteilungsleiter III/A/1, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, und Prof. Heidemarie Holzmann, Institut für Virologie, Medizinuniversität Wien, Wien, Österreich*

#### **Planung und Empfehlungen**

Es existiert kein landesweit gültiger Impfplan für MMR, entsprechende Impfempfehlungen sind jedoch in den Nationalen Impfplan aufgenommen. Der Gesundheitsminister entscheidet über die Empfehlungen nach Anhörung des Nationalen Impfkomitees, dessen Empfehlungen maßgeblich sind. Das Österreichische Bundesinstitut für das Gesundheitswesen erarbeitet derzeit einen Plan zur Eliminierung der Masern. Er folgt den WHO-Empfehlungen.

#### **Informationspolitik**

Jährlich, meist im März, werden nationale Impfempfehlungen herausgegeben. Sie werden auf der Homepage des Gesundheitsministeriums veröffentlicht, in einer Sonderausgabe des Medizinjournal (dem offiziellen Organ der Österreichischen Ärztekammer) sowie auf speziellen Flugblättern für Eltern.

#### **Vorgeschichte und Impfkalender**

Ein MMR-Kombinationsimpfstoff findet seit 1994 Verwendung. Bis 2003 wurde die erste Dosis im Alter von zwei Jahren verabreicht – meist von praktischen Ärzten – gefolgt von einer zweiten Dosis im Alter von 13 Jahren durch den in Schulen tätigen Gesundheitsdienst. Seit 2004 wird die erste Dosis ab dem 12. Monat verabreicht, die zweite frühestens einen Monat später. Jedes Kind kann jederzeit eine Nachholimpfung erhalten, spätestens in der Schule. Eine Nachholimpfung wird auch seronegativen Frauen nach der Entbindung empfohlen. Daher werden derzeit drei Geburtenkohorten geimpft: Kinder, die ihre Erst- und Zweitimpfung entsprechend dem neuen Impfkalender erhalten, sowie die 13-Jährigen, denen die zweite Dosis verabreicht wird.

#### **Zugang zu Impfungen und Kostenübernahme**

In Österreich dürfen nur Ärzte impfen, medizinischem Pflegepersonal ist dies nicht erlaubt. Es gibt keine Impfpflicht, ungeimpfte Kinder haben keine Nachteile zu erwarten. Die Ärzte müssen ihre Patienten über mögliche unerwünschte Nebenwirkungen (adverse events following immunization – AEFI) aufklären und vor einer Impfung deren informierte Zustimmung einholen. Sie müssen den Behörden Fälle von AEFI melden – desgleichen alle vorgenommenen Impfungen.

Die Impfung ist kostenlos. Die Hersteller werden jährlich zur Bereitstellung von Vakzinen aufgerufen. Die Kosten werden geteilt: 2/3 werden vom Gesundheitsministerium, 1/6 von den Bundesländern und 1/6 von den Krankenkassen übernommen. Alle weiteren Kosten, etwa für das Personal der Gesundheitsdienste, gehen zu Lasten der neun Bundesländer.

#### **Impf-Surveillance**

Die Impfrate wird anhand ständiger Kontrollen der gekauften Impfvorräte abgeschätzt. Monatlich wird die Menge der gelagerten und der ausgelieferten Vakzine ausgewertet (nach Region und Kategorie). Die Bundesländer leiten dem Ministerium jährlich Daten zu Geburtenkohorte, Alter, Kategorie, Impfstatus und Impfdatum zu. Nicht alle Bundesländer verfügen jedoch über ein elektronisches Register, und nicht alle Register sind kompatibel. In jedem Jahr bleiben Tausende von Impfungen unregistriert, obgleich die Impfstoffdosen ausgeliefert worden waren.

Eine Geburtenkohorte umfasst ungefähr 75 000 Kinder. Seit 1998 hat die dokumentierte Impfrate für MMR1 fast 80% erreicht. Die Rate für MMR2 liegt zwischen 60% und 80%, je nach Geburtenkohorte. Eine verbesserte Surveillance der Impfdichte dürfte höhere Impfraten zeigen.

### **Fallüberwachung**

Die Masern-Surveillance erfolgt im Rahmen einer fallbasierten, verbindlichen Dokumentation. Legitimiert ist es durch das "Epidemiegesetz", dem die Europäische Falldefinition zugrunde liegt. Bis vor Kurzem wurden mit einem freiwilligen Sentinel-System ungefähr 8% der Österreicher erfasst, und es beteiligten sich ca. 250 Ärzte aktiv.

Eine Masernepidemie erreichte 1995-1996 ihren Höhepunkt. Zwischen 1993 und 1997 kam es zu 28 000-30 000 Masernfällen. In den Jahren 1995, 1996 und 1997 wurden jeweils 15, 6 und 3 Fälle von Enzephalitis diagnostiziert. Seit 1998 wurde in 15 Fällen die Diagnose SSPE gestellt. Nur einer der Betroffenen ist noch am Leben. Die Maserninzidenz hatte 1995 mit 138,1 pro 100 000 Personen einen Höhepunkt, sank 1998 auf 4,8 und 2004 weiter auf 0,5. Der letzte Ausbruch mit acht Patienten hatte nosokomiale Ursachen. Ärzte hatten die Masern nicht erkannt und die infizierten Kinder nicht isoliert.

### **Vordringliche Probleme und Aufgaben**

- Die Verbesserung der Impfrate sollte vorangetrieben werden, insbesondere in Bundesländern mit niedriger dokumentierter Impfrate.
- Eine Verbesserung der Dokumentation der Impfdaten ist entscheidend wichtig. Es wird ein einheitliches, landesweites elektronisches Impfregister benötigt.
- Zwecks einer verbesserten Masern-Surveillance sollten die Datenbanken der Labore und der Pflichtmeldungen enger verknüpft werden.
- Rate und Qualität der Meldungen der Ärzte sollten angehoben werden.

## **Deutschland**

*Dr. Anette Siedler, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland*

### **Planung und Empfehlungen**

Im Jahr 1999 wurde ein Programm aufgelegt, um eine bessere Impfakzeptanz und höhere Impfdaten zu erreichen. Im selben Jahr, im Herbst 1999, schlug das RKI ein Interventionsprogramm gegen Masern, Mumps und Röteln vor, das nur zu Teilen umgesetzt wurde. Die deutlichsten Fortschritte wurden bei der Surveillance erzielt. Als Gründe sind u.a. zu nennen: Mangel an verbindlichen Impfzielen, Mangel an Kommunikation über diese Ziele und zu ergreifende Maßnahmen sowie eine mangelnde Evaluierung.

Die Ständige Impfkommission, STIKO, am Robert Koch Institut gibt Impfempfehlungen heraus. Die Bundesländer, die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen werden durch die STIKO vorab von neuen oder abgewandelten Empfehlungen unterrichtet, damit sie sich in den Prozess einschalten können. Das Gesundheitswesen fällt jedoch in den Zuständigkeitsbereich der 16 Bundesländer, die darüber entscheiden, ob sie den Empfehlungen der STIKO folgen.

### **Informationspolitik**

Empfehlungen werden üblicherweise im Epidemiologischen Bulletin der 30. Woche eines Jahres veröffentlicht. Sie werden anschließend durch Berufsverbände, die pharmazeutische Industrie,

Nichtregierungsorganisationen wie das Deutsche Grüne Kreuz und die Medien der allgemeinen Öffentlichkeit bekannt gegeben. Außerdem sind die Ärzte gehalten, ihre Patienten über mögliche Impfungen zu informieren.

### **Vorgeschichte und Impfkalender**

In der Impfrate spiegelt sich immer noch, dass Deutschland ein geteiltes Land gewesen ist. In der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik gab es eine Impfpflicht. Es wurde jedoch nicht gegen Mumps und nur teilweise gegen Röteln geimpft. Im ehemaligen Westdeutschland wurde 1980 die MMR-Vakzine eingeführt. Die Impfpflicht endete nach der Wiedervereinigung. Seit 1991 wird in allen Bundesländern die zweimalige Impfung mit der MMR-Vakzine empfohlen. Seit 2001 wird die erste Dosis im Alter von 11–14 Monaten und die zweite Dosis im Alter von 15–23 Monaten verabreicht. Im Allgemeinen wird später geimpft als empfohlen.

### **Zugang zu Impfungen und Kostenübernahme**

In rund 85% der Fälle nehmen niedergelassene Ärzte die Impfungen vor, 15% entfallen auf die öffentlichen Gesundheitsdienste, Kliniken oder andere Stellen. Vor einer Impfung müssen Ärzte ihre Patienten über mögliche AEFI in Kenntnis setzen und deren informierte Zustimmung einholen. Es gibt keine Impfpflicht, und nicht geimpfte Kinder haben keine Nachteile zu erwarten.

Impfstoffe werden auf dem freien Markt beschafft. Jede zugelassene Vakzine kann angewendet werden. Wenn in einem Bundesland eine Impfung empfohlen ist und es besteht eine Vereinbarung zwischen Ärzteverbänden und Krankenkassen, übernehmen letztere in der Regel die Kosten. Reiseimpfungen werden vom betreffenden Individuum, Indikationsimpfungen aufgrund bestimmter Bedingungen am Arbeitsplatz durch den Arbeitgeber bezahlt.

### **Impf-Surveillance**

In Übereinstimmung mit dem *Infektionsschutzgesetz (IfSG)* erfassen die öffentlichen Gesundheitsdienste bei Schuleintritt den dokumentierten Impfstatus und übermitteln dem RKI die Daten. Diese Dienste führen zum Teil auch in Schulen und Kindergärten am Ort Erhebungen durch. Weitere statistische Daten werden durch spezifische Gruppen beigetragen. Erst seit Neuem sind Daten über verabreichte Impfstoffe aus den Abrechnungen der Ärzteverbände zugänglich. Unter dem *IfSG* sind die Ärzte verpflichtet, dem Paul Ehrlich-Institut (PEI) AEFI zu melden. Die Ärzte sollten außerdem Erkrankungen von geimpften Personen an die Ärztekammer und/oder den Hersteller melden, der dann das PEI zu verständigen hat.

Im Jahre 2004 betrug die Impfquote bei Schuleintritt nachweislich ungefähr 90%. Die Quote lag für MMR1 bei ungefähr 92% und für MMR2 bei ungefähr 65%. Im ehemaligen Westdeutschland ist die Quote allgemein etwas niedriger als im ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik. Lokal weichen die Impfquoten sogar noch stärker ab.

### **Fallüberwachung**

Im Oktober 1999 riefen Impfstoffhersteller, RKI und das Deutsche Grüne Kreuz eine öffentlich-private Partnerschaft unter dem Namen Arbeitsgemeinschaft Masern (AGM) ins Leben. Im Rahmen der AGM nehmen mehr als 1200 Ärzte, überwiegend Kinderärzte, eine Sentinel-Überwachung der Masern vor und geben monatlich Bericht (auch Nullmeldungen). Eine Laboruntersuchung der Fälle wird vom Nationalen Referenzzentrum für Masern, Mumps und Röteln angeboten, der Anteil der untersuchten Fälle an den Verdachtsfällen und der durch Laborbefund bestätigten Fälle ist bekannt. Die Ärzte fragen ihre Patienten, weshalb sie nicht geimpft wurden, und der Anteil der Krankheitsfälle bei geimpften Personen ist bekannt.

Seit 2001 müssen Ärzte nach dem *IfSG* den örtlichen Gesundheitsämtern Verdachts- und bestätigte Masernfälle und resultierende Sterbefälle melden. Alle direkt oder indirekt durch Laborbefund bestätigten Masernviren sind gleichfalls zu melden. Die Daten werden auf elektronischem Wege an die Behörden eines Bundeslandes und von dort an das RKI geleitet. Diese Daten werden wöchentlich veröffentlicht.

Zwischen 1999 und 2005 erhob die AGM Daten zu 2 897 Masernfällen. In 90% der Fälle waren die Patienten nicht geimpft, 6% waren geimpft und bei 4% war der Impfstatus unbekannt. Neben der Ablehnung war Vergesslichkeit ein Hauptgrund, weshalb nicht geimpft worden war. Unter dem *IfSG* wurden seit 2001 ~13 500 Masernfälle gemeldet. Die Inzidenz sank von 7,32 pro 100 000 Personen im Jahr 2001 auf 0,15 in 2004 und stieg Mitte Mai 2006 auf 1,49 an. Zu den meisten Masernfällen kam es im Rahmen von örtlichen oder regionalen Ausbrüchen in den westlichen Bundesländern. Kürzlich ereignete sich in Nordrhein-Westfalen ein größerer Ausbruch.

### **Vordringliche Probleme und Aufgaben**

- Einige Eltern bezweifeln den Nutzen von Impfungen, und es gibt Gruppen von Impfgegnern.
- Die Zuständigkeiten für die Immunisierung sind völlig dezentralisiert.
- Eine politische Unterstützung zur Erleichterung und Koordination der Impfbemühungen ist nicht (immer) offensichtlich.
- Den Impfprogrammen mangelt es an gesetzlich festgeschriebenen Zuständigkeiten und an Evaluierung.
- Die Überwachung der Impfquoten ist verbesserungsbedürftig. Es sollten Daten zur altersspezifischen Durchimpfung (z.B. Impfstatus der 2-Jährigen, der Jugendlichen usw.) sowie zur rechtzeitigen Impfung mit berücksichtigt werden.
- Es müssen Bevölkerungsgruppen mit niedrigen Impfquoten ermittelt und angesprochen werden.
- Die Röteln-Surveillance muss eingeführt werden.
- Das Management bei Krankheitsausbrüchen bedarf der Verbesserung.
- Möglicherweise muss in den Impfeempfehlungen auf örtliche soziodemographische Besonderheiten eingegangen werden.

## **Südtirol**

*Dr. Peter Kreidl, Epidemiologe, Epidemiologisches Observatorium, und*

*Dr. Giulia Morosetti, Direktorin, Referat für Hygiene und öffentliche Gesundheit, Divisione di Sanità 23, Südtirol, Italien*

### **Planung und Empfehlungen**

Der nationale (?) Plan zur Eliminierung der Masern ist teilweise erfüllt. Meldewesen, Laborbestätigung und Informationspolitik wurden verbessert. Im Jahr 2003 wurden ergänzende Immunisierungsvorhaben realisiert. Seit 2004 wird Kindern im Alter von 5-6 sowie 11-15 Jahren eine zweite Dosis MMR2 angeboten. Es erfolgt eine aktive Einladung zur Immunisierung. Mittels eines speziellen Ansatzes wurde versucht, gefährdete Bevölkerungsgruppen anzusprechen, überwiegend ungeimpfte Menschen oder solche, die mit Ungeimpften in Kontakt kommen. Für das laufende Jahr 2006 wird entsprechend dem nationalen Plan mit einer Impfquote von >95% bei Kindern bis zum Alter von 24 Monaten und einer Maserninzidenz von <1 pro 100 000 Personen gerechnet. Daher wird von einer Eliminierung der Masern im Jahr 2007 ausgegangen. Südtirol dagegen ist von der Erfüllung dieser Ziele weit entfernt, da es nach wie vor zu Krankheitsausbrüchen kommt..

### **Informationspolitik**

Die öffentlichen Gesundheitsdienste informieren die Öffentlichkeit auf lokaler Ebene sowie landesweit durch Flugblätter, Broschüren, Plakate, Veranstaltungen, Pressemitteilungen, Filme/Videos und/oder durch persönliche Ansprache. Die Immunisierungsgegner sind gut organisiert und führen ihre eigenen Informationskampagnen durch. Die Immunisierungsskeptiker üben ihren Einfluss überwiegend auf die 69% deutschsprachige Bevölkerung aus.

### **Vorgeschichte und Impfkalender**

In Italien gilt eine gewisse Impfpflicht, nicht jedoch für MMR. Ein MMR-Impfstoff wird seit 1991 verabreicht. Anfänglich wurde MMR1 mit 15-18 Monaten gegeben, seit 2002 im Alter von 12-15 Monaten.

### **Zugang zu Impfungen und Kostenübernahme**

Impfungen sind kostenlos. Kinder sollen von den Behörden dreimal schriftlich zur Impfung eingeladen werden, aber eine Auswertung im Jahr 2002 in Südtirol ergab, dass nur einige Gemeindeverwaltungen dem nachkommen, im Jahr 2004 waren es dagegen die meisten Gemeindeverwaltungen. In größeren Städten nehmen nur Fachärzte und Sanitätsassistentinnen der Hygienedienste Impfungen vor. Andernorts dürfen auch sog. Sprengelhygieniker impfen. Ab 2006 ist es auch Kinderärzten erlaubt. In den Schulen wird nicht geimpft. Nicht geimpfte Kinder haben keine Nachteile zu erwarten.

### **Impf-Surveillance**

Seit 2003 sind die Ärzte verpflichtet, AEFI elektronisch zu melden, und auch die Anzahl der verabreichten Impfdosen muss den örtlichen Gesundheitsbehörden angegeben werden. In den Jahren 1998 und 2003 wurden Cluster-Stichprobenerhebungen (ICONA) durchgeführt.

Eine Geburtenkohorte umfasst ungefähr 5 000 Kinder. Die MMR1-Impfrate beträgt <70% für Kinder im Alter von 24 Monaten. Ergänzende Impfkativitäten im Jahre 2003 erreichten 10-20% der Kinder in den angezielten Geburtenkohorten. Es wird mit einem Anstieg der kongenitalen Rötelninfektion gerechnet, wenn die Impfrate nicht angehoben werden kann.. Viele Eltern kümmern sich nicht um die MMR-Impfungen. Sie halten die Masern für eine harmlose Krankheit oder sind überzeugt, Impfungen brächten ein erhebliches Risiko für unerwünschte Nebenwirkungen mit sich. Den Umstand, dass die MMR-Impfung nicht vorgeschrieben ist, missverstehen viele Eltern als Hinweis auf ihre Entbehrlichkeit.

### **Fallüberwachung**

Die Ärzte müssen den Gesundheitsbehörden innerhalb von zwei Tagen nach der Diagnose alle Fälle von Masern, Mumps und Röteln melden. Zu Epidemien kam es 1997 und 1999. Zwischen 1996 und Februar 2006 wurden 3 844 Masernfälle registriert. Im gleichen Zeitraum traten 2 298 klinisch diagnostizierte Fälle von Röteln auf. Seit 2003 wurde die Überwachung verschärft: Die Ärzte machen eine telefonische Fallmeldung. Pflegekräfte kontaktieren daraufhin jeden Masernfall in der Wohnung des Erkrankten, überprüfen den Impfstatus, isolieren exponierte Personen, gehen exponierten Personen aktiv nach und bieten die Impfung an. Im Falle eines Ausbruchs werden die ersten Fälle durch Laborbefund bestätigt. Ein Viertel der Masernfälle des Jahres 2003 betraf Jugendliche im Alter von >15 Jahren.

### **Vordringliche Probleme und Aufgaben**

- Aufgrund der ungenügenden Impfdichte zirkulieren Masern- und Rötelnviren weiterhin. Der nächste Krankheitsausbruch wird unter Jugendlichen erwartet.
- Die Mitarbeiter der Gesundheitsdienste und die Öffentlichkeit müssen besser und fortlaufend informiert werden, auch über AEFI. Für den Herbst 2006 ist eine an Lehrer und die allgemeine Öffentlichkeit gerichtete Informationskampagne vorgesehen.
- Überwachung und Dokumentation von Masern und AEFI müssen erweitert werden. Das schließt die Ermittlung und Ansprache von Risikogruppen ein, z.B. exponierte, nicht geimpfte Personen, die Ermittlung von Zweitfällen in den Familien und eine Bestätigung durch Laborbefund bei Erstfällen..
- Die Kooperation aller mit Impfungen und der Infektionsbekämpfung befassten Instanzen ist anzuregen.
- Die Anzahl der Impfmöglichkeiten muss angehoben, und Eltern müssen aktiv zu Impfungen eingeladen werden – eine zweite ergänzende Immunisierungsaktion ist für 2007 geplant.
- Stringentere Überwachung von Röteln-Antikörpern bei schwangeren Frauen – eine Seroprävalenzstudie (SERUP-Studie) mit Frauen im Alter von 18–45 Jahren beginnt im Verlauf des Jahres 2006.
- Von Seiten der Politik ist mehr Unterstützung erforderlich.

## **Schweiz**

*Dr. Jean-Luc Richard, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Abteilung für Epidemiologie und übertragbare Krankheiten, Schweizerisches Bundesamt für öffentliche Gesundheit, Berne, Schweiz*

### **Planung und Empfehlungen**

Es gibt keinen Plan für die Eliminierung von Masern und/oder Röteln. Im Rahmen des Impfplans der Schweiz wird die MMR-Impfung als Basisimpfung empfohlen. Das Schweizerische Bundesamt für Gesundheit (BAG) und der Bundesausschuss für das Impfwesen überarbeiten diesen Plan jährlich.

### **Informationspolitik**

Der schweizerische Impfplan wird allen Ärzten zugesandt. Die Ärzte müssen Eltern über Impfeempfehlungen einschließlich Nutzen und Risiken informieren. Die Elterninformation erfolgt bei verschiedenen Gelegenheiten, z.B. im persönlichen Gespräch durch Kinderärzte oder Ärzte im Rahmen der Regeluntersuchungen oder anderer Arztbesuche. Das BAG, Ärztegruppen und die Pharmazeutische Industrie geben vielfältiges Informationsmaterial heraus. Im Rahmen der Mütterberatung zu Geburt und Betreuung der Kinder wird das Thema Immunisierung diskutiert. Leider wird dabei oft abgeraten.

### **Vorgeschichte und Impfkalender**

Eine Immunisierung ist in der Schweiz nicht vorgeschrieben. Seit 1985 wird MMR1 im Alter von 12–24 Monaten verabreicht. MMR2 wurde 1996 für Kinder im Alter von 5–7 Jahren aufgenommen. Seit 2001 wird empfohlen, MMR1 mit 12 Monaten und MMR2 im Alter zwischen 15 und 24 Monaten zu verabreichen. Zu diesem Zeitpunkt erhalten die Kinder auch die 4. Dosis DTaP/Hib/IPV. Nachholimpfungen mit zwei Dosen MMR werden jederzeit bis zum Alter von 40 Jahren empfohlen.

### **Zugang zu Impfungen und Kostenübernahme**

Die Impfung von Kindern und Erwachsenen wird von Kinderärzten und Ärzten der primären Gesundheitsversorgung vorgenommen. Schulärzte und Pflegekräfte verabreichen kostenfrei Nachholimpfungen in Schulen. Die Termine hierfür variieren zwischen den Kantonen. Ungeimpfte Kinder haben keine Nachteile zu erwarten. Das BAG organisiert keine Nachholimpfungen. In einigen Kantonen werden bei Schuleintritt und Schulabschluss durch den Schul-Gesundheitsdienst Nachholimpfungen verabreicht.

Die Krankenpflichtversicherung trägt die Kosten für alle empfohlenen Basisimpfungen, einschließlich MMR, den Patienten obliegen jedoch 10% Selbstbeteiligung. Die Impfungen für Mitarbeiter der Gesundheitsdienste werden vom Arbeitgeber übernommen.

### **Impf-Surveillance**

Die erste landesweite Studie zur Impfdichte wurde 1999-2003 durchgeführt. Das BAG wird diese Erhebung alle drei Jahre in einem Drittel der Kantone wiederholen, sodass alle Kantone in einem Dreijahreszyklus erfasst werden. Fälle von AEFI müssen von den Ärzten einem Bundesamt gemeldet werden.

Zwischen 1991 und 2003 änderte sich die Impfquote mit zumindest einer Dosis des Maser- und Rötelnimpfstoffes bei Kindern im Alter von zwei Jahren nicht. Sie betrug ~82%. Bei Schuleintritt lag sie bei ~88% und erreichte bei Schulabschluss fast 94%. Bei Schuleintritt hatten ~37% der Kinder eine Dosis MMR2 erhalten, bei Schulabschluss annähernd 54%. Die Impfquote gegen Röteln lag leicht darunter. Die Impfdichte bei zweijährigen Kindern variiert zwischen den Kantonen und liegt zwischen 65% und >95% – am geringsten ist sie in den deutschsprachigen Teilen der Schweiz (79% gegenüber >90%). Mehr als 90% der Kinder erhalten drei Dosen der DTaP/Hib/IPV - Vakzine, nur ungefähr 84% auch die vierte Dosis.

### **Fallüberwachung**

Die Masernüberwachung liegt seit 1986 beim Schweizerischen Sentinella-Surveillance-Netzwerk. Wöchentlich geben 250 Ärzte, d.h. 3% aller in der primären Gesundheitsversorgung tätigen Ärzte, Bericht an das BAG. Ungefähr 60% der Masern- und 50% der Rötelnfälle sind durch Laborbefund bestätigt. Seit 1999 ist die Meldung von Masern und der kongenitalen Rötelninfektion verpflichtend. Fallberichte werden dem Kantonarzt zugestellt, der sie an das BAG weiterleitet. Die Labore müssen bestätigte Fälle den Kantonärzten und dem BAG melden. SPSU, ein Verbund von 35 Kinderkliniken, meldet dem BAG Fälle von der kongenitalen Rötelninfektion. Für 2008 ist eine Meldepflicht für durch Laborbefund bestätigte Rötelnfälle vorgesehen.

In den Jahren 1987, 1997 und 2003 kam es zu größeren Masernausbrüchen mit jeweils 10 500, 6 400 und 1 100 Fällen. Während der Epidemie von 1997 betrug die Maserninzidenz 90 Fälle pro 100 000 Personen. Sie sank 2004 auf 2 pro 100 000 Personen. Die Sentinelüberwachung hat inzwischen ihre Empfindlichkeitsgrenze erreicht. Die Rötelninzidenz zeigt eine ähnliche Entwicklung. Seit 2003 ist die Genotypisierung möglich, die vom RKI vorgenommen wird. Für die Krankheitsausbrüche von 2003 bis 2005 wurden fünf verschiedene Genotypen identifiziert. Es ist nicht klar, ob die endemische Masernübertragung in der Schweiz zum Stillstand gekommen ist. Während des Ausbruchs von 2003 waren 25% der Patienten 15 Jahre oder älter, 81% der Betroffenen waren nicht geimpft.

## **Vordringliche Probleme und Aufgaben**

### Anhebung der MMR-Impfrate

- Bessere Information der Vermittler, z.B. Ärzte, Hebammen, Beratungspersonal für Kleinkinder
- Eingehen auf die Befürchtungen/den Widerstand skeptischer Eltern und der Alternativmedizin (Anbieter und Anwender)
- Nutzung neuer Kontakt- und Informationswege, z.B. das Internet
- Den Eltern das Masernrisiko für ihre Kinder deutlicher bewusst machen und auf eine rechtzeitige MMR-Impfung hinarbeiten
- Beseitigung organisatorischer Barrieren für den Zugang zur Immunisierung, z.B. Aufbau eines Systems zur Erinnerung der Eltern (hauptsächlich für die Immunisierung nach dem Alter von 6-12 Monaten)
- Regelmäßig ein Datum für den nächsten Impftermin festlegen
- Die Anzahl der verpassten Impfgelegenheiten verringern
- Die Gesundheitsdienste in den Schulen und die von ihnen durchgeführten Nachholimpfungen brauchen von politischer Seite nachdrücklichen Rückhalt

### Ausbau der Surveillance

- Verbesserte Sensitivität (vermehrte Berichterstattung über klinische Fälle durch bessere Information der Ärzte)
- Verbesserte Spezifität (systematische Laboruntersuchung aller Verdachtsfälle)
- Rechtzeitigere Meldung von Masern/Röteln
- Fortführung regelmäßiger Erhebungen zur Impfrate gegen Masern und Röteln in den Kantonen, trotz zunehmender organisatorischer und finanzieller Schwierigkeiten
- Nutzung von Surveillance-Daten als Handlungsgrundlage (die Eindämmung von Krankheitsausbrüchen fällt in die Zuständigkeit der Kantone)

## **Diskussion und Zusammenfassung der 1. Sitzung**

Jedes der deutschsprachigen Länder oder Gebiete verfolgt einen individuellen Ansatz für die Immunisierung gegen Masern und Röteln, für deren Überwachung und Eliminierung. Aufgrund der föderalen Strukturen bestehen auf lokaler Ebene weitere größere oder kleinere Unterschiede. Die Zuständigkeiten in der Gesundheitsversorgung sind außerordentlich unterschiedlich. Die Länder/Gebiete, für die ein nationaler Eliminierungsplan aufgestellt wurde, haben sich nicht aktiv für seine Umsetzung eingesetzt, z.B. indem Anreize gegeben wurden. Die Umsetzung wird weder routinemäßig evaluiert noch an die lokale epidemiologische Situation angepasst. Die Impfraten sind zwar gestiegen, liegen jedoch bei Kindern im Alter von zwei Jahren und auch in den meisten höheren Altersgruppen weiterhin unter  $\leq 90\%$ , sodass es nach wie vor zu Krankheitsausbrüchen kommt.

Teilnehmer aus allen Ländern/Gebieten erklärten Bedarf an einer verbesserten Überwachung von Masern-/Rötelfällen sowie an einer Anhebung der Impfraten. Die Surveillance ist qualitativ stark unterschiedlich. Risikogruppen müssen ermittelt und erreicht werden. In einigen Ländern ist das Management bei Krankheitsausbrüchen verbesserungswürdig.

Jedes Land/Gebiet muss sich darüber hinaus mit Gruppen aktiver Immunisierungsgegner befassen. Es handelt sich hier zwar nur um schätzungsweise 3-4% der Bevölkerung, diese können aber erheblichen Einfluss nehmen, indem sie Journalisten für ihr Anliegen einnehmen, die im Allgemeinen beide Seiten zu Wort kommen lassen wollen. Im Kontakt mit den Medien ist es wichtig zu betonen, dass diese Gruppen nur eine kleine Minderheit darstellen. Sicherheitsfragen (z.B. die Unbedenklichkeit der Sechsfachimpfung, Autismus) zeigten in einigen Ländern Auswirkungen auf die Impfraten. Mehrere Teilnehmer sprachen sich dafür aus, Öffentlichkeitskampagnen professionell gestalten zu lassen. Als Ziele der Informationsstrategien wurde genannt:

- Verbesserung der Compliance bei Mitarbeitern der Gesundheitsdienste mit den Surveillance- und Impfzielen



- Schärfung des Bewusstseins für die Risiken von Infektionskrankheiten, die Unbedenklichkeit von Impfungen und die Impfmöglichkeiten, insbesondere bei Eltern und Mittelpersonen
- Die Mitarbeiter von Einrichtungen für Mütter, z.B. die Hebammen, müssen vom Nutzen der Impfungen überzeugt werden
- Das Bewusstsein der politisch Zuständigen muss geschärft werden, um mehr politische Unterstützung zu erzielen.

Die Tagungsteilnehmer stimmten darin überein, dass Ärzte und Mitarbeiter der Gesundheitsdienste Informationen zum Thema Immunisierung und darüber benötigen, wie auf die Bedenken von Impfgegnern einzugehen ist. Im Informationsmaterial für Eltern und Mitarbeiter der Gesundheitsdienste sollten häufig gestellte Fragen und Themen im Zusammenhang mit der Unbedenklichkeit von Impfungen zur Sprache kommen. Europa-einheitliches Material könnte nützlich sein (eine Materialsammlung ist diesem Bericht angefügt). Hebammen könnten auf zwei Wegen angesprochen werden: Indem sie an Entscheidungsprozessen auf unterschiedlichen Ebenen beteiligt werden, wie es in der Schweiz und in Magdeburg (Deutschland) geschieht, oder durch eine Informationspflicht über offizielle Impfstrategien, wie in Niedersachsen (Deutschland) vorgeschrieben.

## **2. Sitzung : Verlaufsbeobachtung bei Methoden zur Ermittlung von Impfraten mit dem Ziel der Erhebung zeitlich genauerer Daten**

### **Schweiz – Cluster-Surveys im 3-Jahreszyklus**

*Phung Lang, Institut für Sozial- und Präventionsmedizin, Universität Zurich, Zurich, Schweiz*

Nur in einem von 26 Kantonen wird die Impfdichte routinemäßig bestimmt. Zwischen 1999 und 2003 wurde eine Erhebung durchgeführt mit dem Ziel, eine kostenwirksame Methode einzuführen, um in allen Kantonen vergleichbare Immunisierungsdaten für drei Altersgruppen zu sammeln. Es wurde die vorhandene Infrastruktur genutzt. Ein Vergleich der Impfdaten aus den verschiedenen Kantonen sollte jedoch in Anbetracht der unterschiedlichen Impfpolitik mit Vorsicht vorgenommen werden. Die Datensammlung bei Schulkindern erfolgte mit unterschiedlichen Methoden. Die Anzahl der Non-Responder war nicht bekannt.

**Methode:** Es wurden die Impfraten für die Altersgruppen 24-35 Monate (Kleinkinder), 8 Jahre (Schulkinder) und 16 Jahre (Jugendliche) erhoben, und zwar mithilfe des 1) Randomsampling (RS) und 2) des Clustersampling (CS). Die Gesundheitsbehörde in Genf hatte bereits eine verbindliche Überprüfung der Impfpässe für Kinder im Alter von 28 Monaten angeordnet. Die Rücklaufquote betrug ungefähr 90%.

Es wird jetzt mit einem umlaufenden 3-Jahreszyklus gearbeitet. Generell trägt das BAG 1/3 der Kosten, etwa 2/3 übernehmen die Kantone. Im Zeitraum 2004-2008 beteiligten sich 10 von 26 Kantonen, 8 werden 2005-2006 und 8 im Zeitraum 2006-2007 teilnehmen. Sechzehn Kantone arbeiten mit dem RS. Hierfür wird eine Liste mit Adressen aller im Kanton lebender Kinder benötigt. Eine derartige Liste liegt entweder vor, oder sie wird für den Kanton zusammengestellt. Aus dieser Liste werden die Kinder nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Die ausgewählten Familien werden im Abstand von ungefähr vier Wochen schriftlich kontaktiert und innerhalb von drei bis vier Monaten angerufen, falls sie nicht reagiert haben. Elf Kantone arbeiten mit dem CS. Nach Berechnung der Stichprobengröße werden ungefähr 60 Gemeinden ausgewählt. Die Gemeinden stellen nach dem Zufallsprinzip ausgewählte Adressen von Kindern zur Verfügung. Die Familien werden ebenfalls durch zwei Briefe und einen Telefonanruf kontaktiert.

**Ergebnisse:** Für neun Kantone wurde die Beteiligung bewertet: Durchschnittlich beteiligten sich 97% der Gemeinden.. Etwa 18% der Eltern reagierten nicht, für ungefähr 1/3 konnte keine Telefonnummer gefunden werden. Eine Nachfrage per Telefon ist jedoch im Falle von Kleinkindern günstig, denn deren Mütter sind zu Hause anzutreffen. Fünfzehn Prozent derjenigen Eltern, die

nicht reagierten, verweigerten die Mitarbeit. Sie waren Telefonmarketing und telefonische Befragungen Leid. Die Impfrate für Kleinkinder betrug im Jahr 2005 86%, für Achtjährige 90% und für 16-Jährige 95%. Die Daten für die zweite Impfdosis: 74% bei Schulkindern und 75% bei Jugendlichen.

**Diskussion:** Ein 3-Jahreszyklus für einfaches Randomsampling und/oder Clustersampling ist realistisch, wenngleich es nicht leicht sein dürfte, eine hohe Beteiligung von Eltern und Gemeinden zu wahren. Die Impfdichte in der Schweiz hat sich gebessert, ist jedoch weiterhin suboptimal.

## **Südtirol – Die ICONA Studie**

*Dr. Peter Kreidl, Epidemiologe – Epidemiologisches Observatorium, Divisione di Sanità 23, Südtirol, Italien*

Mit der im Jahr 2003 in Italien durchgeführten EPI-Cluster-Stichprobenerhebung sollte ermittelt werden: Die Impfraten für Regelimpfungen in der Altersgruppe 12 bis 23 Monate, die Argumente von Eltern, die eine Impfung im Kindesalter ablehnen und die Gründe für verspätete Impfungen, Daten zur Rate der Regelimpfungen sowie Qualität und Akzeptanz bestehender Impfdienste.

**Methode:** EPI-Clustersampling-Survey (EPI CSS) nach der WHO-Methode. Nach dem Zufallsprinzip wurden 30 Cluster gebildet, von denen jedes sieben Personen umfasste. Jede italienische Region wählte nach dem Zufallsprinzip 210 Teilnehmer aus, in Mailand, Neapel und Rom wurden zusätzlich 100 Personen ausgewählt. Es wurde dreimal zu unterschiedlichen Tageszeiten versucht, Kontakt aufzunehmen. Die Begründung der Non-Responder wurde dokumentiert. Die Zielgruppen wurden zu Hause interviewt.

**Ergebnisse:** Die Impfrate bei Kindern im Alter von 12 bis 23 Monaten ist zwischen ICONA-1998 und ICONA-2003 erheblich angestiegen, ist jedoch weiterhin <70%. Auf lokaler Ebene in Südtirol sind die Impfraten stark unterschiedlich. Etwa 65% der Eltern wurden schriftlich zur MMR1-Impfung eingeladen.

**Diskussion:** Als Hauptgründe dafür, nicht rechtzeitig impfen zu lassen, wurden genannt: Informationsmangel, elterliche Einschätzung der Masern als harmlos, Rechtzeitigkeit wurde nicht als wichtig betrachtet. Clustersampling-Surveys sind eine schnelle, kostengünstige Methode, die sich an jede Stichprobengröße und jeden Zweck anpassen lässt. Ein aus 10 bis 15 Personen bestehendes Team kann innerhalb einer Woche und bei geringen Kosten eine Erhebung zur Impfdichte durchführen. Das Konfidenzintervall für die meisten Werte kann erheblich sein, vor allem, wenn die Cluster in sich homogen sind, zwischen den Clustern einer Region jedoch große Unterschiede bestehen.

## **Pilotprojekt Impfregeister in Sachsen-Anhalt**

*Dr. Eike Hennig, Gesundheits- und Veterinäramt, Sachsen-Anhalt, Deutschland*

Nach dem *Gesundheitsdienstgesetz § 4 Abs. 3* müssen Regelimpfungen bei Kindern bis 7 Jahren den Gesundheitsämtern in Sachsen-Anhalt gemeldet werden. Vor Beginn des Pilotprojektes für ein Impfregeister in Sachsen-Anhalt wurden jedoch nur sehr wenige Impfungen gemeldet. Im Rahmen des Projektes werden vermerkt: Name, Geburtsdatum, Adresse, Art der Impfung und Impftermin. Informierte Zustimmung der Eltern war Voraussetzung. Mit dem Register sollte erreicht werden, dass alle Kinder rechtzeitig geimpft wurden. Man nahm an, ein Register könne dazu beitragen, indem es Risikogruppen erkennen lässt. Mithilfe des Pilotprojektes in Halle und Magdeburg sollte herausgefunden werden, weshalb so wenige Meldungen eingingen.

**Methode:** Anhand eines Fragebogens für Impfarzte, Eltern und Gesundheitsämter sollten der Wissensstand zum Meldegesetz und die Ansichten zur Immunisierung ermittelt werden.

**Ergebnisse:** Es beteiligten sich 50 Kinderärzte, 1 163 Mütter aus Magdeburg und Halle und 24 Gesundheitsämter aus gesamt Sachsen-Anhalt. Das Gesetz war bei 88% der Ärzte, 26,1% der Eltern und 100% der Gesundheitsämter bekannt. Rund 88% der Kinderärzte und 84% der Eltern waren damit einverstanden, von den Gesundheitsämtern an Impftermine erinnert zuwerden. Ungefähr 78% der Eltern waren mit einer Meldung einverstanden. Jedoch meinte ~1/3 der Kinderärzte, das sei zu zeitaufwändig, weitere 26%-30% äußerten Bedenken wegen des Datenschutzes und bezweifelten, dass Meldungen gesetzlich abgedeckt seien.Keines der Gesundheitsämter stützte sich auf gemeldete Daten, um Eltern an einen Impftermin zu erinnern. Siebenundsiebzig Prozent der Kinder erhielten MMR1, die meisten rechtzeitig, 44% erhielten MMR2. Bis zu 40% der Ärzte geben inzwischen eine Meldung ab.

**Diskussion:** Die meisten jungen Mütter sind mit einer Meldepflicht einverstanden – wichtig ist es, die Bedenken der Ärzte auszuräumen. Ihre Zustimmung ist für die Umsetzung einer Meldepflicht ausschlaggebend. Eine Meldepflicht bedeutet für die Gesundheitsämter erhebliche Mehrarbeit, insofern sie Daten sammeln und sich mit Eltern und Kinderärzte verständigen müssen. Teilnehmer aus mehreren Ländern/Gebieten bezweifelten die Realisierbarkeit einer Meldepflicht

## **Diskussion und Zusammenfassung der 2. Sitzung**

Trotz der Vorschriften funktioniert das eingeführte Instrumentarium für Überwachung und Eindämmung von Krankheitsausbrüchen nicht zufriedenstellend. Eine Impf-Meldepflicht könnte einigen Bevölkerungsgruppen die Bedeutung der Immunisierung deutlicher machen. Es wurde jedoch die Befürchtung geäußert, eine Impf-Meldepflicht wie in Sachsen-Anhalt könne in impfkritischen Gruppen kontraproduktiv sein. Es wurde auch darauf hingewiesen, dass in Österreich durch die Meldepflicht für Ärzte keine Anhebung der Melderaten erreicht wird. Ausgangspunkt ist die Information und Motivation der Ärzte.

Fragen der Datensicherheit sollten die Arbeit der öffentlichen Gesundheitsdienste nicht belasten. Deutschland erwies sich als eins der wenigen Länder ohne ein System zur fortlaufenden Beobachtung der altersspezifischen Durchimpfung. Folglich können Risikogruppen nicht präzise bestimmt werden – solche Informationen sind jedoch Voraussetzung für Gesundheitsprogramme zur Prävention von Krankheitsausbrüchen bzw. zur unverzüglichen Reaktion darauf. Erneut sprach man sich dafür aus, eine Meldepflicht für Krankheiten und Immunisierung eindringlicher zu propagieren.

Eine Politik unter dem Motto „keine Impfung – kein Schulbesuch“ wurde als gesetzlich in den deutschsprachigen Ländern/Gebieten nicht durchführbar betrachtet, da dadurch das Recht auf Bildung mit der Impfpflicht in Konflikt käme. Andere Informationsquellen, etwa Daten der Ärzteverbände oder Informationen, die bei Vorsorgeuntersuchungen im zweiten Lebensjahr gegeben werden, ließen sich nutzen, um die Impfrate abzuschätzen.

Das Umgangrecht mit individualisierten Daten könnte von den Ärzten auf die vor Ort tätigen Ämter für öffentliche Gesundheit ausgedehnt werden, wie in Italien geschehen. Mithilfe der elektronischen Datenübermittlung lässt sich die Arbeit auf allen Ebenen erleichtern. Das eröffnet auch die Chance, individualisierte Daten rechtzeitig zu bewerten und trotzdem Datenschutz zu gewährleisten. Voraussetzung hierfür ist jedoch eine Harmonisierung von Programmen und Datenströmen, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt in den meisten der teilnehmenden Länder/Gebiete nicht möglich ist.

### 3. Sitzung: Schärfung eines Impfbewusstseins

#### **Südtirol – Aktivitäten im Rahmen der Europäischen Impfwoche; Kommunikationsstrategien und Methoden**

*Dr. Giulia Morosetti, Direktorin, Referat Hygiene und öffentliche Gesundheit, Divisione di Sanità 23, Südtirol, Italien*

Südtirol beteiligte sich an der Europäischen Impfwoche vom 17.–23. Oktober 2005. Die vordringlichen Probleme und Aufgaben bei den Immunisierungsprogrammen in Südtirol sind unter dem Punkt 1. *Sitzung* des vorliegenden Berichts dargestellt. Die Kernaussagen in Südtirol lauteten: Impfungen sind unbedenklich, Erkrankungen sind gefährlich, Eltern sollten den Gesundheitsbehörden vertrauen. Es wurde Informationsmaterial hergestellt und großzügig verbreitet, z.B. Plakate, Flugblätter, Broschüren, Radiosendungen und eine Webseite. Im Vorlauf zur Europäischen Impfwoche gelang es, Gesundheitsfachkräfte, Vermittler am Ort und Journalisten im Rahmen von Workshops zu informieren. In einigen kritischen Regionen wurden offene Informationsabende für Eltern und andere Gruppen veranstaltet, die jedoch nur wenig besucht waren. Im Gegensatz dazu nahmen 500 Personen an einer Veranstaltung gegen das Impfen teil, die als Reaktion auf die Europäische Impfwoche organisiert worden war – bei einem Eintrittspreis von € 20.

**Diskussion:** Die Europäische Impfwoche in Südtirol kostete € 30 000. Die Reaktion der Medien war gut. Aufgrund der Impfwoche sind ab 2006 die Kinderärzte befugt zu impfen. Die EIW bedeutet für die beteiligten Gesundheitsbehörden erhebliche Mehrarbeit. Voraussetzung für ein Gelingen sind eine Einsatzgruppe aus Fachleuten („Team Impfwoche“) und eine rechtzeitige Planung. Die Europäische Impfwoche ist als Teil eines umfassenderen Ansatzes zur Steigerung der Impfraten zu sehen.

#### **Masernausbruch in einem bayerischen Landkreis, ausgehend von Fällen in einer Privatschule**

*Dr. Maike Nikutta, Landratsamt Weilheim-Schongau, Deutschland*

Bis 2005 hatten sich in Bayern jahrelang kein Masernausbruch mehr ereignet. Im Jahr 2005 kam es in einer Montessorischule zu einem Krankheitsausbruch mit 106 Fällen (105 der Betroffenen waren nicht geimpft). Die Montessorischule, an der die meisten Fälle auftraten, hatte nie an Schulpflicht teilgenommen, die vom Gesundheitsamt organisiert werden, sodass die Impfrate nicht bekannt war. Sie war auch ihrer Meldepflicht nicht nachgekommen. In der Schule werden gemischte Altersklassen unterrichtet, sie wird von Schülern aus verschiedenen Landkreisen besucht. Die Zusammenarbeit mit dieser, wie auch mit anderen betroffenen Schulen, war begrenzt. Die Eltern waren der Immunisierung gegenüber tendenziell skeptisch. Oft unterrichteten sie Schule oder Kindergarten nicht unverzüglich über die Erkrankung ihres Kindes, einige suchten auch keinen Arzt auf, wenn ihr Kind an Masern erkrankt war. Einige Ärzte waren sich bei der Diagnose der Masern nicht sicher, sie gaben keine Meldung oder meldeten keine Fälle mit atypischen Kriterien, einige scheuten die Kosten für einen Laborbefund, und einige informierten die Eltern nicht angemessen. Die Gesundheitsämter hatten Schwierigkeiten, Aktivitäten und Fälle in verschiedenen Landkreisen aufeinander abzustimmen. Mithilfe von Impfungen konnte die Übertragungskette unterbrochen werden.

**Diskussion:** Es lohnte den Aufwand, Eltern direkt zu kontaktieren und zu informieren und weitere Fälle aufzugreifen. Künftig würden die Gesundheitsämter die Zielgruppen verpflichten, sich im Falle eines Ausbruchs an Eindämmungsmaßnahmen zu beteiligen. Das schließt die Information der Allgemeinheit ein, die Isolation exponierter Personen und die Überprüfung der Impfpässe

#### **Masernüberwachung in Tirol**

*Dr. Melanie Wohlgenannt, Landessanitätsdirektion von Tirol, Innsbruck, Österreich*

Seit 2001 melden Ärzte und Labore Masernfälle, Verdachtsfälle und Sterbefälle aufgrund von Masern. Die Ärzte, insbesondere die Kinderärzte, halten diese Meldung jedoch nicht für wichtig, da sie davon ausgehen, dass jedermann geimpft ist. Die Impfbereitschaft nimmt ab. Die Gesundheitsdienste setzen sich im Rahmen ihrer Schulbesuche regelmäßig mit den Eltern ungeimpfter Kinder in Verbindung. Eine Kategorie der vorhandenen Daten lässt nur den Kauf von Vakzinen erkennen, nicht jedoch die verabreichten Impfdosen. In 2000 wurde das UNIMED-Programm eingeleitet, das Daten zu den verabreichten Dosen erbringen soll. Es liefert jedoch nur Daten zu Arzt und Bezirk, wo die Impfung vorgenommen wurde sowie persönliche Daten des Impflings. Es gibt kein landesweites Überwachungssystem. In einigen der österreichischen Bundesländer werden Daten elektronisch erhoben. Einige der impfenden Ärzte in Tirol verfügen über keine mit dem regionalen Surveillance-System kompatiblen Datensets, und die Dokumentation wird manuell vorgenommen. Manuelle Datenerfassung erfolgt auch auf höherer Ebene. Surveillance-Daten können daher um bis zu zwei Jahre veraltet sein. Vierundvierzig der 45 Kinderärzte und 300 von 480 Allgemeinmedizinern, die als Vertragsärzte der nationalen Krankenversicherung arbeiten, sind als Impfarzte in Tirol registriert. Impfungen durch 40 Kinderärzte werden jedoch nicht gemeldet. Es bleibt im Dunklen, weshalb viele Eltern nicht für die Immunisierung ihrer Kinder sorgen.

**Diskussion:** Eine Neuprogrammierung der UNIMED-Datenquellen ist geplant, die dafür erforderlichen Mittel stehen jedoch derzeit nicht zur Verfügung. Dr Wallenko führte aus, in seinem Bezirk sei geplant, allen Neugeborenen Impfcoupons mit einem Barcode mitzugeben. Deren Einlösung könne an die Impfung durch einen Arzt gekoppelt sein. Allerdings verwenden die Bundesländer in Österreich unterschiedliche Barcodes. Eine Vereinheitlichung der Datenaufnahme sei dringlich.

## **Zum Zusammenhang zwischen Impfung und der Berichterstattung zu Masern in den Medien**

*Sean Monks, „Ärzte im Netz“ GmbH, München, Deutschland*

Die Website des „Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte“ (BVKJ) richtet sich an die allgemeine Öffentlichkeit. Hier werden täglich Neuigkeiten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen veröffentlicht. Alle Inhalte dieser Seite wurden vorab in einem wissenschaftlichen Ausschuss abgestimmt, gegebenenfalls werden Vertreter der Gesundheitsbehörden hinzugezogen. Die Finanzierung erfolgt durch Subskription durch Kinderärzte, die dafür in die *Ärzteadressenliste* aufgenommen werden. Die Seite enthält keine Werbung, was ihre Akzeptanz in der Öffentlichkeit erhöht. Täglich aktuelle Informationen sind für Journalisten attraktiv. Viele Kinderärzte informieren die BVKJ-Webseite fast unverzüglich über interessante Fälle. Kinderärzte fragen Eltern eines Kindes mit z.B. SSPE, ob sie bereit sind, ihre Geschichte der Allgemeinheit mitzuteilen. Sofern Eltern kooperationswillig sind, werden sie an „Ärzte im Netz“ weitergeleitet. In Fernsehbeiträgen bleiben die Familien anonym. Filmmaterial wird den Fernsehstationen auch in Österreich und der Schweiz kostenfrei angeboten, es muss jedoch der BVKJ als Quelle angegeben werden, um mehr Aufmerksamkeit auf dessen Webseite zu ziehen. Das Material wird auch zu Schulungszwecken benutzt. Die Auswirkungen der Fernsehbeiträge lassen sich an der Anzahl der verkauften MMR-Dosen erkennen..

**Diskussion:** Emotional ansprechende Filme könnten helfen, die Impfraten zu erhöhen. Zeitpunkt und Informationsgehalt sollten mit den Gesundheitsbehörden abgestimmt sein. „Ärzte im Netz“ lädt die Tagungsteilnehmer ein, bei Krankheitsausbrüchen oder komplizierten Fällen sofort Kontakt aufzunehmen. Vorhandenes Material wird kostenfrei zur Nutzung angeboten.

## **Impfbus und Impftage in Nordrhein-Westfalen (NRW)**

*Gabriele Ahlemeyer, Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD), Münster, Deutschland*

NRW erlebte 2002 einen Masernausbruch mit 1 600 Fällen, überwiegend im Regierungsbezirk Köln. Eine Auswertung bei Schuleintritt ergab insgesamt niedrige Impfraten mit örtlich großen Unterschieden. Infolgedessen verfuhr das LÖGD anhand der vom RKI niedergelegten 10 Punkte, um die Impfraten zu verbessern. Es werden Impftage und Impfwochen veranstaltet. Ergänzend wurde der Impfbus in Gegenden mit geringer Impfdichte geschickt. Die Öffentlichkeit wurde durch Plakate, Pressemitteilungen, Flugblätter und Radiosendungen informiert. Die Landesregierung von NRW bezahlt den größten Teil der im Busprojekt verabreichten Impfstoffe, und die Kommunen leisten ebenfalls einen Beitrag. Die örtlichen Gesundheitsämter können den Bus kostenfrei einsetzen. Unter den Impfungen, die 2004 durch das Bus-Team verabreicht wurden, waren auch 1 777 Dosen der MMR-Vakzine – für 15% der Besucher. Der Umfang belief sich 2005 auf 1 502 Dosen. Innerhalb von zwei Jahren wurde die Impfrate der Kinder bei Schuleintritt erhöht, in keinem Bezirk lag sie 2004 unter 40%, in den meisten Bezirken über 60%. Der Bus wird insgesamt sehr gut angenommen

**Diskussion:** Ein Impfbus eignet sich gut, um Zielgruppen und Zielgebiete aufzusuchen. Er wird vom LÖGD und der Öffentlichkeit gut angenommen, braucht aber die Unterstützung örtlicher Vermittler, etwa der Lehrer. Eine eingehende Erfolgsanalyse wäre wünschenswert.

## **Formen der Immunisierungsförderung in der Schweiz**

*Roger Naef, Dipl. Sc. Nat. ETH, Schweizerisches Bundesamt für öffentliche Gesundheit, Berne, Schweiz*

Die Immunisierungsgegner stoßen in der Schweiz auf beträchtliches Interesse, und in dieser Debatte waren die Gesundheitsbehörden und die medizinischen Fachkräfte bisher unterrepräsentiert. Infolgedessen beschloss der Bundesrat 2001, allen Zielgruppen müssten umfassende einschlägige Informationen zur Verfügung gestellt werden. Der Direktor des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) initiierte daraufhin eine Präventionskampagne. Als Schlüssel zum Erfolg erwies sich eine Konsultativgruppe, der Mitglieder der Gesundheitsämter, von Eltern- und Hebammenverbänden, Gruppierungen von Impfgegnern, Impfstoffherstellern, Ärzteverbänden und anderen angehören. Diese Gruppe entwarf einen Aktionsplan zur Förderung der Immunisierung in der Schweiz. Die Kampagne wurde fortlaufend und umfassend evaluiert, wobei ein besonderer Fokus auf der Bewegung der Impfgegner lag. Es wurde vielfältiges Material erarbeitet, z.B. Broschüren, Faktenblätter, Plakate. Es wurde eine Hotline Impfen eingerichtet, eine Antwortensammlung auf kritische Fragen zusammengestellt (Impfargumentarium), eine Webseite und eine DVD erstellt. Dieses Material wurde auf unterschiedliche Weise verbreitet. In Kooperation mit UNICEF wurde eine Ausstellung eröffnet. Mehrere weitere internationale Organisationen haben sich der Kampagne inzwischen angeschlossen. Durch den intensiv betriebenen Aufbau von Netzwerken soll gewährleistet werden, dass die Materialien die kritischen Zielgruppen erreichen. Das Erstbudget für das Projekt betrug weniger als eine Million Schweizerfranken und liegt jetzt bei unter einer halben Million. Zur Zeit arbeiten zwei Personen an dem Projekt.

**Diskussion:** Die Tagungsteilnehmer betrachteten die schweizerische Kampagne als ein sehr gelungenes Beispiel. Durch Einbeziehen aller Gruppen in die Planungsgruppe ließ sich die Akzeptanz der Kampagne steigern. Mithilfe der „Systemanalyse“, die eine umfassende Analyse der Situation erlaubt, sei eine fruchtbare Diskussion möglich geworden, die zum Erfolg beitrug. Die Tagungsteilnehmer äußerten ihr Interesse an der Antwortensammlung auf kritische Fragen. Wissenschaftliche Information allein ist nicht ausreichend. Die erforderliche emotionale Dimension wird durch die DVD erreicht, durch die Ausstellung und ein Nachtlicht für Babys. Die Auseinandersetzung mit den Wortführern der Impfgegnerschaft muss in gesonderter Form erfolgen. Gynäkologen erreichen Mütter vor der Geburt der Kinder und stehen daher in mehreren Ländern/Gebieten im Zentrum der Aufmerksamkeit.

## **Europäische Impfwoche – die Planung für 2006**

*Katrine Habersaat, Fachreferentin, Durch Impfung vermeidbare Krankheiten und Immunisierung, Kopenhagen, Dänemark*

Für die Europäische Region der WHO wurden folgende Problembereiche festgestellt: Große Ausbrüche von durch Impfung vermeidbaren Krankheiten, abnehmende oder gleich bleibende Impfraten, große Gruppen von gefährdeten/schwer erreichbaren Kindern ohne Impfschutz in allen Ländern der Region. Diese Situation ist u.a. durch die Impfgegnerschaft bestimmter Gruppen begründet sowie durch Befürchtungen und Zweifel an der Notwendigkeit und Unbedenklichkeit der Immunisierung, wie sie in den Medien geäußert wurden. Dazu kommt ein geringes Interesse der Öffentlichkeit und der Politik am Thema Immunisierung. Als Reaktion hierauf rief die WHO die Europäische Impfwoche ins Leben, die erstmals vom 17.–23. Oktober 2005 stattfand. Es beteiligten sich neun Länder/Gebiete in der Region. Ziel war die Anhebung der Immunisierungsrate, indem den Menschen klar gemacht wurde, dass jedes Kind immunisiert werden muss und einen Anspruch darauf hat. Ein Schwerpunkt wurde auf Risikogruppen gelegt. Jedes Land/Gebiet ermittelte die hinsichtlich seiner vordringlichen Probleme und Aufgaben geeigneten Aktivitäten und führte sie durch. Die WHO leistete fachliche Unterstützung, eines Logos, und mit Standardmaterial, Beratungstagungen und Leitlinien.

Die Auswertung der Aktivitäten von 2005 zeigte, dass die Initiative erfolgreich war, insofern sie bei internen wie externen Entscheidungsträgern großes Interesse hervorrief und auch beachtliche Auswirkungen auf die Zielgruppen hatte. Dank der Initiative erreichten die Immunisierungsteams wichtige politisch Verantwortliche, konnten sich deren Unterstützung versichern sowie der Befürwortung künftig durchzuführender Programme. Die wesentliche Empfehlung aufgrund der Evaluierung lautet, die Europäischen Impfwoche jährlich zu wiederholen und allmählich auf die gesamte Region auszuweiten.

**Diskussion:** Die Medien erwiesen sich als überaus relevant. Die Europäische Impfwoche stellt ein wirkungsvolles Mittel dar, der Öffentlichkeit erneut und stärker ins Gedächtnis zu rufen, wie wichtig Impfungen im Kindesalter sind, aber sie kann reguläre Impfprogramme nicht ersetzen. Der Bewusstseinsstand dürfte bei einer jährlichen Durchführung der Europäischen Impfwoche angehoben werden. Die Europäische Impfwoche auf Landesebene zu evaluieren, da sie ziemlich kostenintensiv sei. Die Initiative könne nicht allein anhand einer gesteigerten Impfquote bewertet werden. Ein verbesserter Impfstatus ist zwar das langfristige Ziel, kurzfristig werden jedoch ein höherer Wissensstand, eine größere Aufgeschlossenheit gegenüber der Initiative und ihrer Botschaft sowie vermehrtes Interesse und Mittelzuwendung von Seiten der Politiker und Entscheidungsträger in den Ländern angestrebt.

## **Diskussion und Zusammenfassung der 3. Sitzung**

Ein starkes politisches Engagement hat die Finanzierung von Kampagnen zur Folge, die die gesetzten Ziele in Reichweite bringen. Die schweizerische Informationskampagne ist beispielhaft dafür, wie politisches Engagement zur Handlung führen kann. Eine vorab vorgenommene Situationsanalyse ergab viele Gesichtspunkte, die zum Erfolg beitrugen. Indem alle Gruppierungen in den Beratungsausschuss eingeladen wurden, konnte eine breitere Akzeptanz der Kampagne erreicht werden.

‘Ärzte im Netz’ GmbH zeigt den Einfluss von emotional gefärbten TV-Beiträgen und von Pressemitteilungen auf den Absatz von MMR-Impfstoffdosen. Die Tagungsteilnehmer wurden ermuntert, bei Krankheitsausbrüchen oder schwierigen Fällen Kontakt aufzunehmen, da das vorhandene Material kostenfrei zur Verfügung gestellt wird. Die Tagungsteilnehmer aus allen Ländern/Gebieten waren sich darin einig, dass stärker emotionale Informationen, insbesondere Fernsehbeiträge, erforderlich seien, um die Medien zu erreichen und das Bewusstsein der Öffentlichkeit zu schärfen. Sie sahen darin den Schlüssel zu erfolgreichen Bewusstseinsbildungskampagnen. Es wurde auf die Notwendigkeit hingewiesen, alle Impfkampagnen zu evaluieren.

Es wurde Bedarf an Informationsmaterial gegen die Argumente der Impfgegner angemeldet. In mehreren Ländern/Gebieten wurde derartiges Material, das die Argumente der Impfgegner aufgreift, bereits in mehreren Sprachen erarbeitet. Es steht zur Verfügung. Die schweizerische Konsultativgruppe markiert einen erfolgreichen Weg, um die meinungsbildenden Persönlichkeiten unter den Impfgegnern anzusprechen

Die EIW stellt ein wirkungsvolles Instrument dar, um der Öffentlichkeit wieder oder stärker ins Bewusstsein zu rücken, wie wichtig die Immunisierung im Kindesalter ist. Die Kampagne erzielte in Südtirol eine gute Resonanz in den Medien, wenngleich Informationsabende für die Öffentlichkeit nur sehr wenige Besucher fanden. Auf lokaler Ebene aufgetretene Probleme verdeutlichen, dass das Impfanliegen Informationen, Fürsprecher und ein entsprechendes Bewusstsein dringend benötigt. Die EIW kann jedoch die regulären Impfprogramme nicht ersetzen. Alle Länder/Gebiete können die EIW dem jeweiligen Bedarf anpassen. Die EIW wird stärker ins Bewusstsein rücken, wenn sie in allen Ländern/Gebieten jährlich wiederholt wird. Als Erfolgsindikatoren können sowohl die Impfraten als auch ein gestiegenes Bewusstsein gelten.

## **Roundtable-Diskussion:**

Zur Machbarkeit der Umsetzung der WHO-Strategie für die Eliminierung von Masern und Röteln

Es wurden nachstehende Fragen diskutiert:

1. Im Hinblick auf die ermittelten Punkte: Was könnte in jedem Land unternommen werden, um darauf einzugehen und Ihr Land in eine günstigere Position zu bringen, damit das für 2010 gesetzte Ziel der Eliminierung von Masern und Röteln erreicht wird?
2. Was könnte in Zusammenarbeit mit den bei dieser Tagung vertretenen Ländern/Gebieten unternommen werden, und wie könnte es in die Wege geleitet werden?
3. In welcher Weise könnten internationale Organisationen wie WHO und ECDC durch ihre Unterstützung dazu beitragen, dass die Länder die für das Jahr 2010 gesetzten Ziele erreichen?



## Informationsmaterial

Die Liste ist vorläufig – die Tagungsteilnehmer sind gebeten, sie zu ergänzen, z.B. durch Ein-sendung von Vorschlägen an den Intranethost.

### Erwiderungen auf kritische Fragen und Argumente von organisierten Impfgegnern

Fachkräfte im Gesundheitswesen

Risiken von Infektionskrankheiten und der Nutzen von Impfungen. U. Heininger. Bundes-gesundheitsbl.-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz. 2004, 47: 1129-1135

Impfpratgeber: Evidenz anstelle von Behauptungen. C.-A. Siegrist et al. Schweizerische Ärztezeitung 2005; 86: Nr. 9, 539-552

Impfgegner und Impfskeptiker. C. Meyer, S. Reiter. Bundesgesundheitsbl.-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz. 2004, 47: 1182-1188

Medizinische Laien

Kinder Impfen? Ja! Wieso? Argumentarium. November 2002; kostenlos bestellen unter [www.bbl.admin.ch/](http://www.bbl.admin.ch/) oder Email an: [verkauf.zivil@bbl.admin.ch](mailto:verkauf.zivil@bbl.admin.ch)

Buch: Schutzimpfungen im Dialog. Die häufigsten Fragen zum Thema Schutzimp-fungen. Verlag im Kilian, siehe [www.kilian.de/web/kilian\\_inhalte/de/fachbuch.htm](http://www.kilian.de/web/kilian_inhalte/de/fachbuch.htm)

### FAQ

Medizinische Laien

[www.kinderaerzteimnetz.de](http://www.kinderaerzteimnetz.de) unter Impfen schützt / Häufige Fragen

Autonome Provinz Südtirol (Italien): Fragen der Bevölkerung zur Impfproblematik und di-esbezügliche Antworten des Landesgesundheitswesens, 2005 (Papierform)

Fachkräfte im Gesundheitswesen

[www.rki.de](http://www.rki.de) unter Infektionsschutz / Impfen / siehe FAQ

### Allgemeine Informationen zu Krankheit und Impfung für ein Laienpublikum

[www.forum-impfen.de](http://www.forum-impfen.de) (zunächst Konteneröffnung beantragen, druckerfreundlich), 17 An-tigene; Sprachen: Deutsch, Englisch, Russisch, Türkisch

[www.infomed-verlag.de](http://www.infomed-verlag.de) (freier Zugriff, druckerfreundlich) 37 Kombinations-/Reisevakzine, deutsch

[www.dgk.de](http://www.dgk.de) (in Papierform zu bestellen) 25 Kombinations-/Reisevakzine, deutsch

<http://www.cdc.gov/nip/publications/VIS/default.htm#dtap> (freier Zugriff, drucker-freundlich) 19 (Kombinations-/Reise-) Vakzine, bis zu 30 Sprachen

[http://www.provinz.bz.it/gesundheitswesen/prevenzione\\_d.htm](http://www.provinz.bz.it/gesundheitswesen/prevenzione_d.htm)

[www.kinderaerzteimnetz.de](http://www.kinderaerzteimnetz.de), siehe Krankheiten A-Z

Schweiz: Informationsmaterial zu Impfungen in 15 unterschiedlichen Sprachen auf Kan-tonebene

Österreich: Material zum Nationalem Impftag (Kontakt: Holzmann)

[www.dgk.de](http://www.dgk.de) "1. Nationale Impfwoche" siehe: in Berlin ausgeteiltes Hintergrundmaterial

[www.bzga.de](http://www.bzga.de) Broschüren für Eltern

Autonome Provinz Südtirol (Italien): "Impfung schützt": Leitfaden für das Fachpersonal im Gesundheitswesen, 2005 (Papierform und an

[http://www.provinz.bz.it/gesundheitswesen/prevenzione\\_d.htm](http://www.provinz.bz.it/gesundheitswesen/prevenzione_d.htm))

Autonome Provinz Südtirol (Italien): Bericht über die Durchimpfungsraten in Südtirol Au-gust 2005 (Papierform)

### Filme mit emotionalerem Ansatz

Schweiz: DVD "Impfen – Chance für die Gesundheit" In Berlin vorgelegt.

Deutschland: bitte kontaktieren Sie Monks (kostenloser Zugriff)

### **Allgemeine Krankheitsinformationen für Fachkräfte im Gesundheitswesen**

[www.ssi.dk/euvac/](http://www.ssi.dk/euvac/) Measles, Mumps, Rubella, Pertussis. Englisch

[www.rki.de](http://www.rki.de) siehe Infektionskrankheiten (derzeit:

[www.rki.de/cln\\_006/nn\\_226928/DE/Content/InfAZ/InfAZ\\_node.html\\_nnn=true](http://www.rki.de/cln_006/nn_226928/DE/Content/InfAZ/InfAZ_node.html_nnn=true))

Schweiz: Faktenblätter des Bundesamtes für Gesundheit

Österreich: Material zum Nationalen Impftag (Kontakt: Holzmann)

### **Liste der Kontraindikationen**

Fachkräfte im Gesundheitswesen

[www.cdc.gov/nip/recs/contraindications.htm](http://www.cdc.gov/nip/recs/contraindications.htm)

[www.rki.de](http://www.rki.de) siehe Infektionsschutz / Impfen / Empfehlungen der STIKO

Autonome Provinz Südtirol (Italien): Schutzimpfungen im Kindesalter: Leitfaden über Kontraindikationen für das Fachpersonal im Gesundheitswesen, 2002 (Papierform)

### **Evidenzbasierte Daten zu unerwünschten Nebenwirkungen**

Fachkräfte im Gesundheitswesen

[www.rki.de](http://www.rki.de) siehe Infektionsschutz / Impfen / Nebenwirkungen und Komplikationen

[www.rki.de](http://www.rki.de) siehe Infektionsschutz / Impfen / Epidemiologisches Bulletin 6/2004 (kostenloser Zugriff); auch als Buch: "Impfaufklärung in der Praxis" siehe [www.infomed-verlag.de](http://www.infomed-verlag.de)



---

**Masern und Röteln in deutschsprachigen Ländern und Gebieten: 18. Mai 2006  
aktuelle Fragen und Herausforderungen**

**18.-19. Mai 2006, Robert Koch-Institut, Berlin**

**Tagesordnung**

Donnerstag, 18. Mai

- 10.00 Registrierung der Teilnehmer & Kaffeepause
- 11.00 **Begrüßung und Einführung**
- Begrüßung (10 Minuten) Prof. Burger
- Einleitung und Ziele des Treffens (10 Minuten) Dr. Emiroglu
- Eliminierung von Masern und Röteln in der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (20 Minuten) Dr. Spika
- 11.40 **Impfprogramme in deutschsprachigen Ländern und Gebieten: die Herausforderungen**
- Sitzungsleiter: Professor Schmitt*
- Masernelimination in Österreich (20 Minuten) Dr. Klein
- Impfprogramme in Deutschland (20 Minuten) Dr. Siedler
- Impfprogramme in Südtirol (20 Minuten) Dr. Morosetti  
Dr. Kreidl
- 12.40 *Mittagessen (60 Minuten)*
- 13.40 *Sitzungsleitung: Österreich / Dr. Klein*
- Impfprogramme in der Schweiz: die Herausforderungen (20 Minuten) Dr. Richard
- Diskussion (50 Minuten)**
- 14.50 *Kaffeepause (20 Minuten)*
- 15.10 **Methoden zur Überwachung der Durchimpfung**
- Sitzungsleitung: Schweiz/ Dr. Richard*
- Schweizer Cluster Surveys – Ein Drei-Jahres Zyklus (30 Minuten) Fr. Lang
- Südtirol – die Studie ICONA (30 Minuten) Dr. Kreidl
- Impfregister – ein Pilotprojekt in Sachsen-Anhalt (30 Minuten) Dr. Hennig
- 16.40 **Diskussion**
- 17.00 **Tageszusammenfassung** Prof. Schmitt

Freitag, den 19. Mai

8.30 **Die Aufmerksamkeit für das Impfen stärken**

*Sitzungsleitung: Deutschland / Dr. Reiter*

Europäische Impfwoche in Südtirol: Methoden und Kommunikationsstrategien (30 Minuten) Dr. Morosetti

Masern-Ausbruch 2005 ausgehend von Erkrankungen in einer Montessori-Schule (30 Minuten) Dr. Nikutta

Masernsurveillance in Tirol (30 Minuten) Dr. Wohlgenannt

10.00 *Kaffeepause (20 Minuten)*

10.20 Sitzungsleitung: Südtirol/Italien

Einfluß der Medienberichte über Masern auf die Masernimpfung (30 Minuten) Herr Monks

Verbesserung der Impfsituation in NRW mit Hilfe des Impfmobils (30 Minuten) Fr. Ahlemeyer

Impfpromotion in der Schweiz (30 Minuten) Dr. Naef

Die Europäische Impfwoche – eine Initiative der WHO (30 Minuten) Fr. Katrine Habersaat

12.20 Diskussion

12.50 *Mittagessen (60 Minuten)*

13.50 **Die Umsetzung der WHO-Strategie zur Eliminierung von Masern und Röteln – ein Rundtischgespräch mit Vertretern aller teilnehmenden Länder und Gebiete sowie des ECDC**

*Sitzungsleitung: WHO*

(90 Minuten)

16.00 Schlussfolgerungen und Verabschiedung

*Kaffeepause*

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

WELTGESUNDHEITSORGANISATION  
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

---

**Masern und Röteln in deutschsprachigen Ländern und Gebieten: aktuelle Themen and Aufgaben**

**18. Mai 2006**

**Robert Koch Institute, Berlin, Deutschland, 18. – 19. Mai 2006**

## **Teilnehmer**

### **Austria**

**Dr Anton Hlava**

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen  
Stubenring 6  
A-1010 Wien  
Austria

Telephone No. : +43 1 515 61 269

Fax No. : +43 1 513 84 72

Email : [hlava@oebig.at](mailto:hlava@oebig.at)

**Dr Heimo Wallenko**

Abt. 12 - Sanitätswesen  
Amt der Kärntner Landesregierung  
Hasnerstrasse 8  
A-9021 Klagenfurt  
Austria

Telephone No. : +43 (0)50 536 31 202

Email : [post.abt12@ktn.gv.at](mailto:post.abt12@ktn.gv.at)

**Dr Melanie Wohlgenannt**

Tiroler Landesregierung - Abteilung Sanitätsdirektion  
Abteilung Sanitätsdirektion  
Eduard-Wallnöfer-Platz 3  
A-6020 Innsbruck  
Austria

Telephone No. : +43 512 508 0

Email : [m.wohlgenannt@tirol.gv.at](mailto:m.wohlgenannt@tirol.gv.at)

**Dr Jean-Paul Klein**

Head - Department III/A/1  
Federal Ministry for Health and Women  
Radetzkystrasse 2  
A-1030 Vienna  
Austria

Telephone No. : +431 71100 4103/4105

Fax No. : +43 1 713 44 04 1520

Email : [jean-paul.klein@bmgf.gv.at](mailto:jean-paul.klein@bmgf.gv.at)

**Prof Heidemarie Holzmann**

Institut für Virologie  
Medizinuniversität Wien  
Kinderspitalgasse 15  
A-1095 Wien  
Austria

Telephone No. : +43 1 531 14 87051

Email: [heidemarie.holzmann@meduniwien.ac.at](mailto:heidemarie.holzmann@meduniwien.ac.at)

**Italy**

**Dr Peter Kreidl**

Epidemiologist - Epidemiologic Observatory  
Health Department 23  
Corso Liberta 23  
I-39100 Bolzano  
Italy

Telephone No. : +39 471 41 1586

Fax No. : +39 471 41 1579

Email : [peter.kreidl@provinz.bz.it](mailto:peter.kreidl@provinz.bz.it)

**Dr Giulia Morosetti**

Director – Unit of Hygiene and Public Health  
Health Department 23  
Autonomous Province South Tyrol  
Corso Libertà 23  
I-39100 Bolzano  
Italy

Telephone No. : +39 0471 4117 40  
Fax No. : +39 0471 4117 59  
Email: [igiene@provinz.bz.it](mailto:igiene@provinz.bz.it)

**Dr Florian Guerra**

Dienst für Hygiene und öffentliche Gesundheit  
Sanitätsbetrieb Bozen  
Amba Alagi Strasse 33  
I-39100 Bolzano  
Italy

Telephone No.: +39 320 338 5830  
Fax No.: +39 0471 909201  
Email: [florian.guerra@asbz.it](mailto:florian.guerra@asbz.it)

**Dr Martina Born**

Dienst für Hygiene und öffentliche Gesundheit  
Sanitätsbetrieb Meran  
Goethestrasse 7  
I-39012 Merano  
Italy

Telephone No.: +39 0473 222 533  
Fax No.: +39 0473 222525  
Email: [martina.born@asbmeran-o.it](mailto:martina.born@asbmeran-o.it)

**Germany**

**Prof. Dr. Reinhard Burger**

Vizepräsident des Robert Koch Institute  
Nordufer 20  
D-13353 Berlin  
Germany

Telephone No.: +49-01888-754-2226  
Fax No.: +49-01888-754-2602  
Email: [Leitung\\_RKI@rki.de](mailto:Leitung_RKI@rki.de)

**Dr Anette Siedler**

Department for Infectious Diseases Epidemiology  
Robert Koch Institute  
Seestrasse 10  
D-13353 Berlin  
Germany

Telephone No. : +49 30 4547 3452  
Fax No. : +49 30 4547 3514  
Email : [siedlera@rki.de](mailto:siedlera@rki.de)

**Dr Sabine Reiter**

Department for Infectious Diseases Epidemiology  
Robert Koch Institute  
Seestrasse 10  
D-13353 Berlin  
Germany

Telephone No. : +49 30 4547 3461  
Fax No. : +49 30 4547 3533  
Email : [reiter@rki.de](mailto:reiter@rki.de)

**Dr Annette Mankertz**

Telephone No. : +49 30 4547 2516

Head of Laboratory  
NRC Measles, Mumps, Rubella  
Robert Koch Institute  
Nordufer 20  
D-13353 Berlin  
Germany

**Dr Ines Steffens**  
Redaktion Epidemiologisches Bulletin  
Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
D-13353 Berlin  
Germany

Fax No. : +49 30 4547 2598  
Email : [mankertza@rki.de](mailto:mankertza@rki.de)

Telephone No. : +49 30 4547 2324  
Fax No. : +49 30 4547 2628  
Email : [steffensi@rki.de](mailto:steffensi@rki.de)



**Dr Monika von dem Knesebeck**  
Bundeszentrale für gesundheitliche  
Aufklärung (BZgA)  
Ostmerheimer Strasse 220  
D-51109 Köln  
Germany

Telephone No. : +49 221 8992 266  
Fax No. : +49 221 8992 300  
Email: [monika.knesebeck@bzga.de](mailto:monika.knesebeck@bzga.de)

**Mr Sean Monks**  
Monks 'Ärzte im Netz' GmbH  
Tegernseer landstrasse 138  
D-81539 München  
Germany

Telephone No. : +49 89 642 482 16  
Fax No. : +49 89 642 095 29  
Email: [s.monks@monks.de](mailto:s.monks@monks.de)

**Mrs Gabriele Ahlemeyer**  
Landesinstitut für den öffentlichen  
Gesundheitsdienst NRW Standort Münster  
Von-Stauffenbergstrasse 36  
D-48151 Münster  
Germany

Telephone No. : +49 251 7793 216  
Fax No. : +49 251 7793 220  
Email: [gabriele.ahlemeyer@loegd.nrw.de](mailto:gabriele.ahlemeyer@loegd.nrw.de)

**Dr Regine Kämmerer**  
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und  
Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen  
Fürstenwall 25  
D-40219 Düsseldorf  
Germany

Telephone No. : +49 211 855 3565  
Fax No. : +49 211 855 3036  
Email: [Regine.Kaemmerer@mags.nrw.de](mailto:Regine.Kaemmerer@mags.nrw.de)

**Dr Michael Kinet**  
Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.  
Eichendorffstrasse 13  
D-10115 Berlin  
Germany

Telephone No. : +49 30 4000 588 0  
Fax No. : +49 30 4000 588 88  
Email: [kontakt@dakj.de](mailto:kontakt@dakj.de)  
[michael.kinet@uminfo.de](mailto:michael.kinet@uminfo.de)

**Dr Maike Nikutta**  
Landratsamt Weilheim-Schongau  
Amtsgebäude - Abt. 6 Gesundheitsamt  
Stainhartstrasse 7  
D-82362 Weilheim i. OB  
Germany

Telephone No. : +49 881 681 620  
Fax No. : +49 881 681 699  
Email: [m.nikutta@lra-wm.de](mailto:m.nikutta@lra-wm.de)

**Dr Wilhelm Miebach**  
Bundesministerium für Gesundheit - Referat GI 1  
Übertragbare Krankheiten, AIDS, Seuchenhygiene  
Wilhelmstr. 49  
D-10117 Berlin  
Germany

Telephone No. : +49 1888 441 3254  
Fax No. : +49 1888 441 4935  
Email: [wilhelm.miebach@bmg.bund.de](mailto:wilhelm.miebach@bmg.bund.de)

**Dr Eike Hennig**

Gesundheits- und Veterinäramt  
Lübeckerstrasse 32  
D-39124 Magdeburg  
Germany

Telephone No. : +49 391 540 60 44

Fax No. : +49 391 540 60 06

Email : [hennig@ga.magdeburg.de](mailto:hennig@ga.magdeburg.de)

**Prof H. J. Schmitt**

Vorsitzender der STIKO  
Pädiatrische Infektiologie  
Kinderklinik und Kinderpoliklinik  
der Johannes-Gutenberg-Universität  
Langenbeck Strasse 1  
D-55131 Mainz  
Germany

Telephone No. : +49 6131 175033

Fax No. : +49 6131 175662

Email : [hjschmit@uni-mainz.de](mailto:hjschmit@uni-mainz.de)

**Prof. Burghard Stück**

Ehrenpräsident – Deutsches Grünes Kreuz  
Schulenburgring 126  
D-12101 Berlin  
Germany

Telephone No. : +49 30 785 9008

Fax No. : +49 30 785 9008

Email: [dr.stueck@snafu.de](mailto:dr.stueck@snafu.de)

**Dr Elke Göhring-Zwacka**  
Regierungspräsidium Stuttgart  
Abteilung 9  
Landesgesundheitsamt  
Wiederholdstr. 15  
D - 70174 Stuttgart  
Germany

Telephone No. : +49 711 18 49 0  
Fax No. : +49 711 ...  
Email: [elke.Goehring-Zwacka@rps.bwl.de](mailto:elke.Goehring-Zwacka@rps.bwl.de)

## Switzerland

**Mr Roger Naef**  
Dipl. sc. nat. ETH  
Swiss Federal Office of Public Health  
Immunisation programmes  
Hess Strasse 27 e  
CH-3003 Bern  
Switzerland

Telephone No. : +41 31 322 74 99  
Fax No. : +41 31 323 8799  
Email : [roger.naef@bag.admin.ch](mailto:roger.naef@bag.admin.ch)

**Dr Jean-Luc Richard**  
Scientific Collaborator  
Epidemiology and Infectious Diseases Division  
Swiss Federal Office of Public Health  
Schwarztorstrasse 96  
CH-3003 Berne  
Switzerland

Telephone No. : +41 31 323 87 06  
Fax No. : +41 31 323 87 95  
Email : [jean-luc.richard@bag.admin.ch](mailto:jean-luc.richard@bag.admin.ch)

**Ms Phung Lang**  
Institut für Sozial- und Präventionsmedizin (ISPM)  
Universität Zürich  
Hirschengraben 84  
CH-8001 Zürich  
Switzerland

Telephone No. : +41 1 634 46 08  
Email: [plang@ifspm.unizh.ch](mailto:plang@ifspm.unizh.ch)

**Dr Hans Binz**  
Präsident der Vereinigung der  
Kantonärztinnen und Kantonärzte der Schweiz  
Gesundheitsamt  
Ambassadorsenhof  
CH-4509 Solothurn  
Switzerland

Telephone No. : +41 32 627 93 61  
Fax No. : +41 32 627 93 50  
Email : [hans.binz@aio.ktso.ch](mailto:hans.binz@aio.ktso.ch)

**Dr Hugo Schön**  
Kinderarzt FMH  
Eichenweg 2  
CH-6280 Hochdorf

Telephone No. : +41 41 910 46 05  
Fax No. : +41 41 910 37 05  
Email: [kinderarzt.hochdorf@hin.ch](mailto:kinderarzt.hochdorf@hin.ch)

Switzerland

**Partner representatives**

**CDC**

**Dr Amra Uzicanin**

Medical Epidemiologist

National Immunization Programm

Global Immunization Division (GID)

Centers for Disease Control (CDC)

1600 Clifton Road, MS-E05

30333 Atlanta, GA

USA

Telephone No. : +1 (404) 639 8747

Fax No. : +1 (404) 639 8573

Email: [aa5@CDC.GOV](mailto:aa5@CDC.GOV)

## **ECDC**

### **Dr Bernadette Gergonne**

Expert in Unit for Surveillance and Communication  
European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)  
Tomtebodavägen 11A  
SE-17183 Stockholm  
Sweden

Telephone No. : +46 8 41 04 78 23  
Fax: + 46 8 30 00 57  
Mobile: + 46 76 10 10 714  
Email : [Bernadette.gergonne@ecdc.eu.int](mailto:Bernadette.gergonne@ecdc.eu.int)

## **EUVAC.net**

### **Dr Mark Muscat**

Statens Serum Institut  
Department of Epidemiology  
Artillerivej 5  
DK-2300 Copenhagen S  
Denmark

Telephone No. : +45 3268 8254  
Fax No. : +45 3268 3874  
Email : [mmc@ssi.dk](mailto:mmc@ssi.dk)

## **Interpreters**

### **Mr Robin Mitchell**

Thaler Str. 27  
D- 13129 Berlin  
Germany

Telephone No. : +49 30 47 41 455  
Fax No. : +49 30 47 44 625  
Email : [Robin.Mitchell@t-online.de](mailto:Robin.Mitchell@t-online.de)

### **Ms Silke Fritz**

Knobelsdorffstr. 27  
D- 14059 Berlin  
Germany

Tel. / Fax : +49 30 30839050  
Mobile: +49 171-4832031  
Email : [silke.fritz@dolmetschen-uebersetzen.net](mailto:silke.fritz@dolmetschen-uebersetzen.net)

## **World Health Organization, Regional Office for Europe**

### **Dr Nedret Emiroglu**

Regional Adviser  
Vaccine Preventable Diseases and Immunization

Telephone No. : +45 39 17 14 50  
Fax No.: +45 3917 18 63  
E-mail: [nem@euro.who.int](mailto:nem@euro.who.int)

### **Dr John Spika**

Responsible Officer  
Accelerated Disease Control  
Vaccine Preventable Diseases and Immunization

Telephone No.: +45 39 17 13 79  
Fax No: +45 39 17 1 863  
E-mail: [jsp@euro.who.int](mailto:jsp@euro.who.int)

### **Ms Katrine Habersaat**

Technical Officer  
Vaccine Preventable Diseases and Immunization

Telephone No. : +45 39 17 14 23  
Fax No.: +45 3917 18 63  
E-mail: [kah@euro.who.int](mailto:kah@euro.who.int)

## **Rapporteur**

### **Mrs Heike Thiesemann-Reith**

Telephone No. : +49 178 88 67728

Alte Kasseler Str. 2  
D- 35039 Marburg  
Germany

Fax No. : +49 1212 6 77 28 6 77 28  
Fax No.: +49 6421 61 43 44  
Email : [htr-science@email.de](mailto:htr-science@email.de)