

Epidemiologisches *Bulletin*



Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten

28/98

Schutzimpfungen in Deutschland – Hindernisse überwinden Gesundheitspolitisches Kolloquium erstrebt nationalen Konsens im Gesundheitssystem

Innerhalb der Gesellschaft gelten Schutzimpfungen traditionell als wertvoll und werden grundsätzlich akzeptiert; beispielsweise lehnen nur 1,5 % der Eltern (0,4 % in den östlichen Bundesländern) Impfungen generell ab. Impfungen sind im Kampf gegen die Infektionskrankheiten unverzichtbar. Studien belegen, daß keine andere medizinische Intervention mit vergleichbarem Aufwand ein annähernd gleiches ›Ausmaß an Gesundheit produziert‹ und auch soviel Geld einspart. Und doch werden in Deutschland aus den verschiedensten Gründen die bestehenden Möglichkeiten nach wie vor nicht ausgeschöpft, bestehen im Kindesalter weiterhin ausgedehnte Impflücken und hat beispielsweise nur etwa ein Drittel der Erwachsenen einen ausreichenden Impfschutz gegen eine vermeidbare Krankheit wie die Diphtherie.

Das Erreichen des Zieles der WHO, wonach in Europa bis zum Jahr 2000 keine einheimischen Erkrankungsfälle von Poliomyelitis, Diphtherie, Tetanus neonatorum, Masern, Mumps und Röteln mehr vorkommen sollten, ist – bis auf die Poliomyelitis – zum Termin nicht mehr möglich. Ebenso ist das Erreichen nationaler Zielsetzungen, wie z. B. der Maserneliminierung, gegenwärtig nicht gesichert.

Das Robert Koch-Institut veranstaltete als nationale Leiteinrichtung für Infektionsprävention und -bekämpfung am 11. Juli 1998 in Berlin ein gesundheitspolitisches Kolloquium, um mit verantwortlichen Partnern im Gesundheitssystem die ›Impfhindernisse‹ zu analysieren und gemeinsam ihre Überwindung vorzubereiten. Aktiv mit Berichten und Stellungnahmen beteiligt waren Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, der Ständigen Impfkommission am RKI, des ÖGD, der Kassenärztlichen Vereinigungen, der ärztlichen Berufsverbände, von Fachinstituten, des Deutschen Grünen Kreuzes, der Impfstoffhersteller und des Bundesverbandes Poliomyelitis e.V., einer Selbsthilfeorganisation. Leider waren die gleichfalls eingeladenen Krankenkassen nicht vertreten. Allen Verantwortlichen und Institutionen war erstmals in dieser Form die Möglichkeit gegeben, die bestehenden Probleme unmittelbar miteinander zu erörtern. Die Diskussion bestätigte, daß die Durchführung der Schutzimpfungen, über deren Begründung und Notwendigkeit Einvernehmen besteht, innerhalb des durch seine föderale und subsidiäre Struktur geprägten und insgesamt stark gegliederten deutschen Gesundheitssystems tatsächlich noch vielfach behindert ist. Trotz einiger Erfolge in den letzten Jahren bestehen viele administrative und organisatorische Hindernisse. Ferner sind Hemmnisse im medizinisch-ärztlichen Bereich, psychologische und ideologische Barrieren sowie Defizite im sog. ›Impfmonitoring‹ und bei der Erfassung epidemiologischer Daten zu berücksichtigen. Dieser erste Anlauf, die gesundheitspolitische Dimension der Schutzimpfungen herauszuarbeiten, konnte keine Patentlösungen bieten, ließ aber erkennen, daß die Probleme im einzelnen durchaus lösbar sind.

Diese Woche:

Schutzimpfungen in Deutschland:

- Gesundheitspolitisches Kolloquium zu Impfhindernissen
 - Vorschläge des RKI zur Verbesserung der Situation

Malaria tertiana: Bericht über eine Familienerkrankung

Mitteilungen und Hinweise:

- Impfseminar für den ÖGD
- BZH-Kurs zum Hygienemanagement in Krankenhäusern
- MiQ der DGHM veröffentlicht

17. Juli 1998

ROBERT KOCH
RKI
INSTITUT

Voraussetzung für einen Erfolg ist ein nationaler Konsens aller Beteiligten im Gesundheitssystem – Ärzte, Kostenträger, Gesetzgeber – über die Durchführung von Schutzimpfungen im notwendigen Umfang. Zustimmung fand das auf der Veranstaltung vorgestellte, aus 10 Vorschlägen bestehende Rahmenprogramm des RKI, das die Aufgaben-

felder näher bezeichnet und Anregungen zur Verbesserung der Situation in Deutschland vermitteln soll (s. nachfolgende Zusammenstellung als Kurzfassung). Die auf dem Kolloquium geäußerten Stellungnahmen und Vorschläge werden jetzt gründlich ausgewertet und Maßnahmen zur Realisierung der Einzelaufgaben vorbereitet.

10 Vorschläge aus dem Robert Koch-Institut, die Impfbereitschaft und die Impfraten in Deutschland zu erhöhen

1. Im Rahmen einer konzertierten Aktion ›Impfen‹ ist ein nationaler Konsens zu Aufgaben und Zielen notwendig. Die Maßnahmen und Aktivitäten sollten auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene konzentriert und harmonisiert werden.

In der Bundesrepublik gibt es eine Vielzahl von Institutionen und Organisationen, die in der Impfprävention erfolgreiche Arbeit leisten. Eine effektivere Zusammenarbeit, eine Bündelung geplanter Maßnahmen und eine Harmonisierung der Präventionsbotschaften kann die Impfsituation wesentlich verbessern.

2. Die epidemiologische Datenlage muß verbessert werden,

z. B. durch ein neues Infektionsschutzgesetz – IfSG – mit verbesserter Meldepflicht für impfpräventable Infektionskrankheiten, durch die Erfassung regionaler und altersspezifischer Impfzeiten, Antikörperprävalenzen und Inzidenzraten impfpräventabler Krankheiten (Nutzen von Sentinels, Surveys und Reihenuntersuchungen des ÖGD) sowie durch eine verbesserte Erfassung unerwünschter Impfreaktionen.

Differenzierte und belastbare Daten tragen zur Erhöhung der Impfakzeptanz und zur Versachlichung der Diskussion bei und sind für die Planung, Durchführung und Bewertung von Impfprogrammen, die Politikberatung und die Aufklärung der Bevölkerung und Ärzteschaft notwendig.

3. Infrastrukturelle Hindernisse sollten überwunden werden,

z. B. durch das einheitliche Umsetzen der STIKO-Empfehlungen, ein wieder stärkeres Einbeziehen des ÖGD bei guter Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten, durch die Impfdokumentation mittels EDV bzw. auch individuell auf der Chipkarte.

Infrastrukturelle Hindernisse führen zu Verunsicherung in der Allgemeinbevölkerung und in der Ärzteschaft und behindern die Impfungen.

4. Das Impfen sollte durch materielle Anreize, günstigere Abrechnungsmodalitäten und Impfstoffkostenregelungen gefördert werden,

z. B. durch die angemessene und einheitliche Honorierung der Impfleistung und -beratung, eine einfache und einheitliche Abrechnungsorganisation, die Herausnahme von Impfleistungen aus jeglicher Budgetierung, durch Bonussysteme für Ärzte und Patienten, einheitliche Kostenübernahmeregelungen der Krankenkassen, die Übernahme der Kosten für ÖGD-Impfungen in sozialen Problembereichen durch die Krankenkassen, die Senkung der Impfstoffkosten durch wirtschaftliche Verordnung und einheitlichen Bezug sowie durch eine Absenkung des Mehrwertsteuersatzes.

Unterschiedliche Regelungen der Kostenübernahme für Impfstoffe durch die Krankenkassen und eine uneinheitliche Abrechnungsorganisation beeinflussen die Impfergebnisse negativ.

5. Die impfspezifische Aus- und Weiterbildung der Ärzte muß intensiver werden,

z. B. durch einen obligatorischen Impfkurs während des Studiums und die Umsetzung des Beschlusses der Bundesärztekammer vom 22.08.1997 (›Jeder Arzt soll qualitätsgesichert Impfungen durchführen können.«), ferner durch ein Engagement der Fachgesellschaften, Berufsverbände und berufsständischen Organisationen in der Impfweiterbildung; eine Qualitätssicherung könnte auch durch eine Zertifizierung von Impfortbildungen erreicht werden.

Die niedergelassenen Ärzte tragen die Impfberatung und die Durchführung von Impfungen zu wesentlichen Teilen. Ihre Motivation und Qualifikation ist daher Basis erfolgreicher Impfinderventionsprogramme.

6. Impfberatung und Impfungen sollten ein fester Bestandteil der Arzt-Patienten-Beziehung sein,

z. B. durch aktives Ansprechen der Patienten auf Ihren Impfschutz, das Nutzen von Arzt-Patienten-Kontakten einschließlich der Vorsorgeuntersuchungen, zur Überprüfung des Impfschutzes und zur Durchführung der empfohlenen Impfungen. U7- bzw. J1-Untersuchungen sollten nur als vollständig gelten, wenn die Impfberatung eingeschlossen ist. Für die Impfberatung und Impfung durch den Hausarzt sollten Ereignisbezüge (z. B. Reisen, Kindergarteneintritt) genutzt werden. Durch den ÖGD sollten Impflücken bei den Patientengruppen geschlossen werden, die durch die niedergelassenen Ärzte nicht erreicht werden.

Durch das Nutzen aller Arzt-Patienten-Kontakte zur Überprüfung des Impfstatus können die Patienten für das Thema sensibilisiert und die Impfergebnisse verbessert werden.

7. Betriebs- und gewerbeärztliche Dienste sollten sich aktiv um das Schließen von Impflücken im Erwachsenenalter bemühen.

Betriebs- und Gewerbeärzte können auch gesunde Mitarbeiter leicht erreichen. Sie verfügen über gute Möglichkeiten der Impfaufklärung, der Überprüfung des Impfschutzes und der Durchführung von Impfungen in Betrieben.

8. Es sollten verstärkt zusätzliche Multiplikatoren gewonnen werden,

z. B. durch das Motivieren und Qualifizieren von Pflege- und Praxispersonal, Hebammen, Erzieher/innen, Lehrer/innen, Sozialarbeiter/innen, das Einbeziehen dieser zusätzlichen Multiplikatoren in konkrete Aktionen wie Impfstatusermittlung, Impfaufklärung, Impfkationen; Informationsmaterialien für diesen Personenkreis sollten entwickelt bzw. optimiert werden.

Multiplikatoren, die selbst keine Ärzte oder Apotheker sind, haben vor allem im Gesundheits- und Erziehungswesen großen Einfluß auf die Meinungsbildung. Ihre verstärkte Motivierung und Einbeziehung in Impfkationen ist bei einer konzertierten Aktion wichtig.

9. Die Motivation der Allgemeinbevölkerung sollte durch personale Kommunikation, Massenkommunikation und Aktionstage verbessert werden,

z. B. durch die Identifikation der verschiedenen Zielgruppen und die Entwicklung zielgruppenspezifischer Teilprogramme mit verständlichen und einheitlichen Botschaften, die offensive Vermittlung des individuellen und gesellschaftlichen Nutzens von Schutzimpfungen und die Information über mögliche schwere Komplikationen bei impfpräventablen Krankheiten bei fehlendem Impfschutz, die offensive Auseinandersetzung mit den Argumenten von Impfgegnern sowie einen Abbau des Angstpotentials durch verstärktes Aufklären über die Sicherheit von Impfstoffen.

Zur sachgerechten Aufklärung der Allgemeinbevölkerung sind zielgruppenspezifische Kommunikationsstrategien und entsprechende Materialien erforderlich, die auch individuelle Informationsbedürfnisse berücksichtigen.

10. Die Impfprogramme müssen durch eine adäquate Öffentlichkeitsarbeit begleitet werden, ›Agenda-Setting‹ in den Medien ist notwendig,

z. B. durch eine systematische Beteiligung von Medienvertretern an der Vorbereitung und Durchführung von Impfkationen, intensive Kontakte zu Journalisten, insbesondere auch aus dem Bereich Radio und Fernsehen, sowie durch das Vorbereiten mediengerechter Informationsmaterialien.

In der modernen Informationsgesellschaft entscheiden die Medien über die Existenz eines Themas auf der öffentlichen Tagesordnung und damit im Falle des Impfens mit über den Erfolg der Programme.

Fallbericht: Malaria tertiana – Familienerkrankung nach Rückkehr aus Kolumbien

Zu sechs Malaria-Erkrankungen, die bereits im Januar 1998 diagnostiziert worden waren und Angehörige einer Familie aus dem Regierungsbezirk Detmold betrafen, wurden jetzt im Rahmen der Einzelfallberichterstattung Einzelheiten bekannt. Drei Erwachsene (zwei Männer im Alter von 38 und 65 Jahren und eine Frau im Alter von 41 Jahren) sowie drei Kinder (1, 3 und 6 Jahre alt) hatten vom 1.10.–30.11.1997 eine 8wöchige Reise nach Kolumbien unternommen. Zuvor hatte eine reisemedizinische Beratung stattgefunden, es war ihnen aufgrund der Aufenthaltsorte in Kolumbien eine Malaria-Chemoprophylaxe mit Chloroquin empfohlen und verordnet worden. Die Einnahmeverordnungen wurden von allen nicht eingehalten, noch während der Reise erkrankten einige an wechselnden Fieberattacken. Die dann bei allen 6 Personen aufgetretenen Krankheitserscheinungen wurden von ihnen mehrere Wochen lang verkannt. Erst die Krankenhauseinweisung der fieberhaft erkrankten Mutter in der 4. Woche nach der Rückkehr führte zu einer Malariadiagnostik auch bei den übrigen Familienmitgliedern, indem bei allen am 8.1.98 *Plasmodium vivax* nachgewiesen und eine Behandlung zunächst mit Chloroquin durchgeführt wurde. Als es in einem Fall nach 8 Wochen zu einem Rezidiv kam, wurden die Familienangehörigen mit Primaquin behandelt.

Kommentar: Für das Nichtbefolgen einer ärztlich empfohlenen und verordneten Chemoprophylaxe gibt es verschiedene Gründe. Häufig sind Auskünfte und Verhalten der »Einheimischen« im Infektionsgebiet bestimmend, die ihrerseits auf prophylaktische Maßnahmen verzichten, weil sie durch eine Infektionsimmunität teilweise geschützt sind; Besucher sind dagegen stärker gefährdet. – Dieser Fallbe-

richt erinnert daran, daß die reisemedizinische Betreuung nicht nur präventive, sondern auch diagnostische und kurative Aspekte hat. Dies gilt prinzipiell für alle Rückkehrer mit Krankheitserscheinungen, vor allem nach Aufenthalt in tropischen und subtropischen Ländern. Hierbei ist es für Arzt und Patient gleichermaßen wichtig, bei Fieber an die Möglichkeit einer Malaria zu denken und eine Diagnostik und ggf. Therapie sofort einzuleiten. Die günstigen Verläufe der beschriebenen Erkrankungsfälle sind der Tatsache zu verdanken, daß es sich um Malaria tertiana handelte; bei einer Malaria tropica hätte man mit schweren Verlaufsformen oder gar Todesfällen rechnen müssen.

Zur Malaria in Kolumbien: Mit einer mittleren Malaria-Inzidenz von 25 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner hat Kolumbien im Vergleich zu anderen südamerikanischen Ländern eine eher geringe Morbidität. Der Anteil von *Pl. falciparum*-Malaria beträgt insgesamt 30%, der Rest sind fast ausschließlich Infektionen durch *Pl. vivax*. Es gibt aber erhebliche regionale und saisonale Unterschiede. So ist z. B. der Anteil der Malaria tropica in einigen Küstengebieten höher, die Inzidenzraten liegen dort um den Faktor 25 über dem Durchschnitt. Die Malaria tertiana rekrutiert sich überwiegend aus instabilen Malariagebieten, in denen die Übertragung im wesentlichen auf die Regenzeit beschränkt ist. Im vergangenen Herbst gab es, offenbar unter dem Einfluß des El-Niño-Phänomens, erhebliche Regenfälle, so daß die Familie während ihres Aufenthaltes einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt war.

Für die Angaben zu diesen Erkrankungsfällen danken wir Herrn Dr. H.-J. Enders aus Altenbeken-Buke-Schwaney, Herrn Dr. K.-J. Volkmer, CRM Düsseldorf, danken wir für seine Mitwirkung an der Auswertung.

Impfungen und Reisemedizin – Seminar für Ärzte der Bundeswehr, Ärzte im ÖGD, Arbeitsmediziner und Allgemeinmediziner

Termin: 1.–3. September 1998

Ort: Berlin

Veranstalter: Inspektion des Sanitätsdienstes der Bundeswehr, Robert Koch-Institut, Paul-Ehrlich-Institut

Auskunft/Anmeldung bis (14.08.1998):

WBK VII/13. PzGrenDiv
 Abt. SanGesWesen – Dez 3
 – Arbeitsschutzarzt –
 Theodor-Körner-Kaserne
 Postfach 22 12 43
 04123 Leipzig
 Tel.: 0341/595-2531, Fax: 0341/595-2690

Hinweis: Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Anmeldungen können daher nur in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt werden. Weitere Impfseminare dieser Art sind geplant.

In eigener Sache: Einige Abonnenten haben es sicher schon festgestellt. Das Epidemiologische Bulletin ist schneller geworden. Das RKI und die in unserem Auftrag tätige Vertriebs- und Versand GmbH haben mit der Deutsche Post AG eine Übereinkunft erreicht, nach der diese »Postvertriebsstücke« jetzt in das »Schnelläufernetz« gehen, damit wie Briefpost zugestellt werden und den Adressaten in der Regel einen Tag nach der Einlieferung, d.h. jetzt schon am Sonnabend erreichen.

BZH-Kurs für kosten- und umweltbewußtes Hygienemanagement in Krankenhäusern

Termin: 29./30. Oktober 1998

Ort: Essen

Veranstalter:

Beratungszentrum für neue Standards im Hygienemanagement
 Institut für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene
 Universitätsklinikum Freiburg
 Hugstetter Str. 55, 79106 Freiburg

Auskunft: Frau Doris Federer, Frau Waltraud Schleipen
 Tel.: 0761/270-5498, -97, Fax: 0761/270-5492

Qualitätsstandards in der mikrobiologisch-infektiologischen Diagnostik (MiQ) der DGHM

Für die mikrobiologisch-infektiologische Diagnostik von Infektionskrankheiten wurden von der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM) Qualitätsstandards entwickelt, z. B. zur Diagnostik von Infektionen der Atemwege, des weiblichen und männlichen Genitaltraktes (zum ersten Mal im deutschsprachigen Raum), des ZNS, von Parasitosen u. a. Die ersten drei Hefte des Loseheftwerkes sind im Gustav Fischer Verlag erschienen (jährlich erscheinen 2–4 Hefte mit je ca. 40 Seiten zu ca. DM 38).

Informationen zu diesen Publikationen sind über das Sekretariat MiQ-DGHM (Ingenieurbüro Figge-Schäffner), Eisenpühlstr. 46, 13437 Berlin, Tel.: 030/41 10-73 69, Fax: -7379 zu erhalten.

Informationen zum Bezug: SFG-Servicecenter Fachverlage, Holzweisenstraße 2, 72127 Kusterdingen, Bestellfax: 07071/935 393.