

Epidemiologisches *Bulletin*



Aktuelle Daten und Informationen
zu Infektionskrankheiten und Public Health

46/98

Wege zur Überwindung von Impfhindernissen in Deutschland
Gesundheitspolitischer Workshop ›Impfen im nächsten Jahrtausend‹
im September 1998 in Frankfurt am Main

Die Analyse der sehr verschiedenartigen Hindernisse und Gründe für Defizite auf dem Gebiet der Schutzimpfungen ist von großer aktueller Bedeutung. Lösungswege zur Verbesserung der Situation sind gefragt. Das Robert Koch-Institut hatte als nationale Leiteinrichtung für Infektionsprävention am 11. Juli 1998 ein erstes gesundheitspolitisches Kolloquium zur Überwindung von Impfhindernissen durchgeführt und 10 Vorschläge zur Erhöhung der Impfbereitschaft und Verbesserung der Impfergebnisse zur Diskussion gestellt (s. Epid. Bull. 28/98: 199–200). Von dieser Veranstaltung gingen deutliche Impulse aus. Ein am 9. September 1998 vom Kieler Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) in Frankfurt ausgerichteter Workshop ›Impfen im nächsten Jahrtausend‹ (geleitet von J.F. Hallauer) griff die Problematik auf. Erneut kamen Impfpertenten des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der verfaßten Ärzteschaft, der niedergelassenen Ärzte, der Vertreter der Impfstoffhersteller und dieses Mal auch Vertreter der Krankenkassen zusammen. Sie analysierten die einer erfolgreichen Impfprävention im Wege stehenden Barrieren, verständigten sich auf der Basis des vom Robert Koch-Institut vorgestellten 10-Punkte-Programmes über mögliche strukturelle Ansätze und versuchten, Schnittstellen zu definieren, die für eine bundesweite Koordinierung effektiver Interventionen wesentlich sind. Nachfolgend werden dort vertretene Argumente und Positionen zusammengefaßt wiedergegeben:

Zur gegenwärtigen Situation

Schutzimpfungen gehören zu den effektivsten und kostengünstigsten Präventionsmaßnahmen, die der heutigen Medizin zur Verfügung stehen. Als gesichert gilt, daß sich bei keiner anderen medizinischen Intervention mit gleich geringem Aufwand ein annäherndes Maß an Gesundheit ›produzieren‹ läßt. Dennoch bestehen in Deutschland trotz einer Reihe guter Voraussetzungen erhebliche Defizite in der Bekämpfung impfpräventabler Infektionskrankheiten. – Allein durch die Verfügbarkeit eines Impfstoffes, ohne ihn zeit-, dosis- und kostengerecht zu nutzen, lassen sich weder Morbidität noch Mortalität ändern. Obwohl die heutigen Impfstoffe effizient, gut verträglich, nebenwirkungsarm und sicher sind, werden viele Kinder zu spät oder unvollständig geimpft und weisen rund zwei Drittel der Erwachsenen deutliche, durch Impfung vermeidbare Immunitätslücken auf. Das termingerechte Erreichen der in internationaler Übereinkunft formulierten gesundheitspolitischen Ziele, wie die Eradikation der Poliomyelitis und die Eliminierung der Masern, steht in Deutschland noch in Frage und bedarf größter Anstrengungen (J. F. Hallauer).

Defizite werden vor allem auch in einer herrschenden Rechtsunverbindlichkeit und übergroßen Differenziertheit der Empfehlungen und Regelungen gesehen. So können beispielsweise aus den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) durch theoretisch mögliche Länderregelungen, spezielle Lösungen in 23 KV-Bereichen sowie bei 472 Krankenkassen unterschiedliche Varianten entstehen, die aufgrund der bestehenden Unübersichtlichkeit von den Kassenärzten gegebenenfalls zusätzlich unterschiedlich interpretiert werden. – In vielen anderen Ländern wurden längst die Ziele klarer definiert, es werden programmatische

Diese Woche:

Schutzimpfungen:

- ›Impfen im nächsten Jahrtausend‹ – Workshop in Frankfurt am Main
- Aktion eines Gesundheitsamtes zur Einschulung

Quartalsstatistik III/98
der
Infektionskrankheiten:
Zusätzliche Meldungen
aus bestimmten
Bundesländern

20. November 1998

ROBERT KOCH
RKI
INSTITUT

Impfstrategien nach dem Schema ›Ziel – Plan – Erfolgskontrolle‹ verfolgt. Derartige Zieldefinitionen sind in Deutschland bisher kaum bekannt. Statt eines Planes herrschen angesichts der föderalen und subsidiären Struktur des deutschen Gesundheitssystems eher Ermessensspielräume. Die Erfolgskontrolle fehlt weitgehend; eine praktikable Infektionsepidemiologie ist erst im Aufbau begriffen. Es bedarf in der Bundesrepublik Deutschland nicht nur eines nationalen Impfkonzeptes, das die operativen Ziele festlegt, sondern auch und vor allem einer effektiven Kooperation aller zuständigen Ebenen, um die Umsetzung sicherzustellen, die Impfakzeptanz in der Bevölkerung zu verbessern und schließlich auch die Erfolgskontrolle zu gewährleisten. Die Gesundheitspolitiker sind gefordert, sich zu positionieren, Prioritäten im gesamtgesellschaftlichen Konsens zu setzen, die STIKO im kommenden Infektionsschutzgesetz mit entsprechenden Kompetenzen auszustatten und nicht zuletzt die erforderlichen Ressourcen zu erschließen. Die Schlüsselfunktion für eine konzertierte Lösung der Impfproblematik liegt demzufolge beim Bundesministerium für Gesundheit im Zusammenwirken mit den Länderbehörden. Gelingt es, die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, wird es möglich sein, die gegenwärtig anerkannten Ziele zu erreichen und auch Konzeptionen für das Impfen im nächsten Jahrtausend zu entwickeln und zu verfolgen (H.-J. Schmitt, Kiel).

Zur Entwicklung von Impfstoffen und Immunpräparaten

Das Impfen im nächsten Jahrtausend wird durch eine Vielzahl neuer Angebote bereichert werden, an deren Entwicklung gearbeitet wird und deren Einführung abzuwarten ist. Im Bereich der Kinderimpfstoffe sind die auf Basis des DTPa-Grundgerüsts weiterentwickelten Impfstoffkombinationen ein Schwerpunkt. In Vorbereitung befindlich sind u. a. Impfstoffe gegen Rotavirus-Infektionen gekoppelt mit einer ETEC-Komponente sowie gegen RSV-Infektionen. Ein Masern-Mumps-Röteln-Varizellen-Kombinationsimpfstoff (MMR-V) wird vorbereitet.

Die Impfstrategien für bestimmte Zielgruppen jenseits des Kindesalters werden präzisiert werden. Impfungen für ältere Menschen, aber auch für Adoleszenten und Erwachsene jüngeren bzw. mittleren Alters werden an Bedeutung gewinnen. Hier sind künftig Impfungen gegen Infektionen durch das *Humane Papillomavirus* (HPV), das *Herpes simplex-Virus* (HSV 1 und 2) und evtl. auch *Borrelia burgdorferi* (sensu lato) – Erreger der Lyme-Borreliose in Europa – möglich. Diese Impfstoffe könnten nach Einschätzung der Hersteller innerhalb der nächsten fünf Jahre verfügbar sein. – Schon in naher Zukunft wird darüber hinaus ein ›Paradigmenwechsel‹ eintreten: Impfungen werden nicht mehr ausschließlich der Prophylaxe dienen, sondern auch therapeutisch eingesetzt werden können. Die ersten dieser sogenannten ›Pharmaccine‹, die sich auf Grund neuartiger Adjuvantien mit spezifischer Induktion einer zellvermittelten Immunität für die Therapie von chronischen Infektionen, Allergien, Autoimmunerkrankungen und Malignomen eignen könnten, werden voraussichtlich in 6–7 Jahren Marktreife erlangt haben.

Die Impfstoff-Forschung hat durch Einführung innovativer Technologien – wie der Entwicklung von rekombi-

nanten Antigenen und Protein-Polysaccharid-Konjugaten – auch in jüngerer Zeit bedeutende Fortschritte erreicht. Dies dürfte sich – mit einem Schwerpunkt auf der Entwicklung und Einführung neuer Adjuvantien – fortsetzen. Allein in den nächsten fünf Jahren werden so viele Impfstoffe zur Zulassung kommen wie in den letzten 15–20 Jahren zusammengenommen (R. Clemens, SmithKline Beecham Pharma).

Mögliche Beiträge des ÖGD auf kommunaler Ebene

Aus der Sicht des ÖGD, speziell der Gesundheitsämter, wurde ebenfalls betont, daß sich die unbefriedigende Impfsituation vor allem aus den uneinheitlichen Vorgaben und den verschiedenen Zuständigkeiten ergibt und ein konsensgetragenes nationales Konzept notwendig ist. Für das Gelingen eines partnerschaftlichen Miteinanders ist es unverzichtbar, sich auf eine gemeinsame – divergierende Aussagen nicht zulassende – Umsetzungsstrategie zu verständigen, bei der dem öffentlichen Gesundheitsdienst eine Doppelfunktion zukommen könnte:

- Zum einen bedarf es bei Schutzimpfungen erforderliche koordinierte Zusammenwirken der verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens als typische Gemeinschaftsaufgabe einer Moderation vor Ort. Für diese Rolle bietet sich der flächendeckend auf örtlicher bzw. regionaler Ebene präsente ÖGD wegen seiner neutralen Position im Gesundheitssystem geradezu an. Dabei ist es unerlässlich, im engen Verbund mit der niedergelassenen Ärzteschaft, den örtlichen Medien und anderen Partnern, beispielsweise Krankenkassen auf Landesebene, in der Bevölkerung für eine verstärkte Impfakzeptanz zu werben und gleichzeitig mit den zuständigen Gremien der verfaßten Ärzteschaft Fortbildung und Qualitätssicherungsmaßnahmen zu organisieren. In Wahrnehmung seiner Aufgabe im Rahmen der mittlerweile in nahezu allen Bundesländern etablierten Gesundheitsberichterstattung sieht sich der ÖGD ferner in der Lage, Impflücken in bestimmten Bevölkerungsgruppen zu identifizieren und deren Schließung zu koordinieren.

- Zum anderen könnte der öffentliche Gesundheitsdienst als subsidiärer bzw. komplementärer Leistungserbringer aktiv werden, der Schutzimpfungen überall dort anbietet, wo Zugangsbarrieren zum originären Versorgungssystem bestehen. Dies gilt beispielsweise für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, Asylsuchende und Migranten, die im Zuge der nachgehenden und aufsuchenden Fürsorge erreicht werden können. Durch seinen privilegierten Zugang zu Gemeinschaftseinrichtungen kann der ÖGD darüber hinaus die Ansprache der jugendlichen Zielgruppe, die in der ärztlichen Praxis eher selten in Erscheinung tritt, sicherstellen, was für die Hepatitis-B-Adoleszentenimpfung prioritär wäre.

Derzeit ist der ÖGD allerdings nicht in jedem Falle ein starker, einheitlich agierender Partner, der über die 16 Bundesländer gesteuert werden könnte. Durch die in einigen Bundesländern vorgenommene konsequente Kommunalisierung der Gesundheitsämter sind die Steuerungsmöglichkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes deutlich

reduziert worden. Der zu beobachtende Abbau von personellen Ressourcen sowie Budgetkürzungen schränken das Aktionspotential zusätzlich ein. Will man Kapazitäten des ÖGD beim Schließen von Impflücken in Anspruch nehmen, wird es angesichts dieser Situation notwendig werden, die kommunalen Spitzenverbände partnerschaftlich in die strategischen Überlegungen einzubinden und gleichzeitig neue Finanzierungswege zu erschließen (J. Leidel, Köln).

Seitens des ÖGD wird an die Industrie die Bitte gerichtet, durch geeignete Mehrdosis-Impfstoffpackungen zum effektiveren Arbeitsablauf größerer Impftermine beizutragen. Ebenso wird an die Vertriebspartner appelliert, dem ÖGD durch Ausgestaltung neuer Vertragsvereinbarungen, mit deren Hilfe sich der finanzielle Aufwand spürbar senken läßt, entgegenzukommen.

Auf regionaler Ebene gibt es ein gutes **Beispiel** für erfolgreiches Zusammenwirken in Finanzierungsfragen: In **Schleswig-Holstein** hat das Gesundheitsministerium die Impfaufgaben für den öffentlichen Gesundheitsdienst erweitert, wonach die Masern-Mumps-Röteln-Impfung und Poliomyelitis-Impfung als Nachhol- bzw. Auffrischimpfung in den 4. Schulklassen sowie – ab 1999 – die Hepatitis-B-Impfung für Schüler der 6. Klasse angeboten werden sollen. Dabei beteiligen sich die Krankenkassen an den Impfstoffkosten des ÖGD.

Zur Rolle der Krankenkassen

Der Vertreter des Bundesverbandes der BKK arbeitete heraus, daß sich die Krankenkassen uneingeschränkt zu ihrer Verantwortung im Impfwesen bekennen. Er vertrat die Auffassung, daß Impfungen als effiziente Präventionsmaßnahme mit hohem Kosten-Nutzen-Effekt sowohl von hoher gesundheitspolitischer als auch von volkswirtschaftlicher Bedeutung sind, daß aber in Deutschland die gegebenen Möglichkeiten nicht ausgeschöpft werden. Da sich unter den derzeit geltenden, auf Freiwilligkeit beruhenden Rahmenbedingungen nur schwerlich ausreichende Impfraten realisieren lassen und eine gesetzliche Impfpflicht politisch weder durchsetzbar noch gewollt ist, bedarf es auch aus Sicht der Krankenkassen einer konzertierten Aktion, in der alle Beteiligten bereit sind, ihren solidarischen Beitrag zur Verwirklichung des Impfgedankens zu leisten.

Auf der Grundhaltung, sich gemeinsamen Lösungen nicht zu verschließen, beruht ein neues Impfkonzept des Bundesverbandes der BKK, das nun erstmals in die öffentliche Diskussion gestellt ist. Es sieht unter anderem vor, daß der Gesetzgeber die grundsätzlichen Zuständigkeiten mit Blick auf Aufgabe und Finanzverantwortung, die nicht ausschließlich bei der GKV liegen sollte, regelt, indem er die seuchengesetzlichen, sozialgesetzlichen, arzneimittelrechtlichen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen sowie arbeitsrechtliche Vorschriften aufeinander abstimmt und entsprechend ändert (W. Kaesbach, BKK). Der ÖGD, die Vertragsärzte und die Krankenkassen handeln dann im Rahmen der ihnen zugewiesenen Zuständigkeiten. Die epidemiologische Surveillance und die Gesundheitsberichterstattung obliegen dem ÖGD unter Federführung des Robert Koch-Institutes.

Impfungen aus der Sicht der niedergelassenen Ärzte und der kassenärztlichen Vereinigungen

Impfleistungen sind derzeit keine gesetzlichen Pflichtleistungen, sondern freiwillige Satzungsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die in entsprechenden Impfvereinbarungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder und den Verbänden der Ersatz- und Primärkassen geregelt werden. Impfprävention dient der Verhinderung von zum Teil schweren, unter Umständen tödlichen Erkrankungen; bei der Realisierung dieses gesundheitspolitischen Zieles sollte daher keine Kostenbremse greifen. Primär unterliegt die Durchführung der im SGB V gesetzlich verankerten Impfleistungen den niedergelassenen Ärzten, so daß im Prinzip alle vertraglichen Voraussetzungen geschaffen sind, eine optimale Versorgung der Bevölkerung mit Schutzimpfungen sicherzustellen. Die hausärztlichen Berufsgruppen, wie Kinderärzte, Allgemeinärzte, praktische Ärzte und hausärztlich tätige Internisten, stellen sich dieser Aufgabe durchaus. Die derzeitigen Honorarvereinbarungen, die zudem über Budgetierungen begrenzt werden, dürften sich allerdings auf die Motivation der Ärzte, sich aktiv für das Impfen einzusetzen, eher kontraproduktiv auswirken (U. Oesingmann, KV Westfalen-Lippe).

Aufgrund der immer wieder aufkeimenden Kritik, daß zu wenige Ärzte bereit seien, sich an den Impfkaktivitäten zu beteiligen, stellt die Bundesärztekammer schon seit mehreren Jahren Überlegungen dazu an, wie man die Situation auf der Basis der Weiterbildungsordnung positiv beeinflussen könnte. Da das Thema durch den Antrag der Frauenärzte, impfend tätig zu werden, an Aktualität gewonnen hat, wird derzeit zwischen BÄK und KBV eine Qualitätssicherung durch zertifizierte Fortbildungen diskutiert, die es auch anderen ärztlichen Berufsgruppen ermöglichen würde, Impfungen im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit durchzuführen.

Auch aus der Sicht der vertretenen niedergelassenen Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin wird die mangelhafte Honorierung der Impfleistung als gravierendes Handicap für die ärztliche Motivation empfunden. (Daß es auch anders geht, zeigt eine ab 01.10.98 geltende, in Niedersachsen zwischen KV und BKK Volkswagen getroffene Vereinbarung, die eine ungedeckelte Vergütung nach in Abhängigkeit von der Zahl der Antigenkomponenten gestaffelten Festbeträgen vorsieht. Für eine Einzelimpfung können danach 15 DM, für eine Fünffach-Kombination 31 DM abgerechnet werden. Quelle: *Ärzte Zeitung* vom 22.09.1998.) Als weitere Ursachen der spezifisch deutschen Impfproblematik werden die unzureichende Aufklärung der Allgemeinbevölkerung, defizitäre ärztliche Kenntnisse, das Fehlen differenzierter und belastbarer Morbiditätsdaten, Sparzwänge bei Impfstoffen sowie unsichere rechtliche Rahmenbedingungen gesehen. Daraus ergibt sich ein ganzer Katalog von Änderungsvorschlägen, die der dringenden Umsetzung bedürfen. Die vom Robert Koch-Institut vorgelegten 10 Vorschläge stellen auch nach Meinung der Kinder- und Jugendärzte einen ersten erfolgreichen Versuch dar, die aus den Defiziten resultierenden

Aufgabenfelder zu definieren. Um das ›Impfen im nächsten Jahrtausend‹ sicherzustellen, gilt es jetzt, die erforderlichen Maßnahmen und Regelungen im Rahmen einer konzertierten Aktion abzustimmen und zuzuordnen (M. Zinke, Hamburg, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands).

Beiträge des Robert Koch-Institutes

Im Rahmen des in Vorbereitung befindlichen Infektionsschutzgesetzes werden dem Robert Koch-Institut verantwortungsvolle Aufgaben der Koordinierung und wissenschaftlichen Begleitung der Präventionsprogramme übertragen. Eine deutliche Verbesserung des ›Impfmonitoring‹ mit modernen epidemiologischen Instrumenten ist ebenso vorgesehen wie maßnahmenbezogene Aktivitäten in der laborwissenschaftlichen Forschung, der Epidemiologie und der Gesundheitsberichterstattung. Für den öffentlichen Gesundheitsdienst bleibt das RKI Partner und Ratgeber in allen Fragen der Bekämpfung impfpräventabler Krankheiten. Strukturell ist das Thema ›Schutzimpfungen‹ folgendenden Einheiten im und am RKI zugeordnet:

- Fachgebiet 25 ›Präventionskonzepte, Impfprogramme‹
- Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut
- Nationale Referenzzentren: NRZ für Influenza; NRZ für Masern, Mumps, Röteln; NRZ für Poliomyelitis und andere Enteroviren (innerhalb des Fachgebietes 12 ›Virale Infektionen‹)
- AG ›Masern -Eliminierung‹ in der Abteilung 2 ›Epidemiologie, Gesundheitsberichterstattung‹ (unter Beteiligung des Fachgebietes 21 ›Datenerhebungen, Epidemiologisches Datenzentrum‹)

Zur praktischen Umsetzung von Impfeempfehlungen

Aktion eines Gesundheitsamtes zur Einschulung / Beispiel der MMR-Impfung

Durch die Überprüfung der Impfausweise, die Beratung der Eltern und schriftliche Mitteilungen über notwendige Impfungen soll in kollegialer Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten erreicht werden, daß die geltenden Impfeempfehlungen umgesetzt werden. Hier wird über Ergebnisse einer Aktion bei der Einschulung in einem nordrhein-westfälischen Kreis berichtet:

Bei der Einschulungsuntersuchung 1995/96 wurde der Impfstatus von 2.965 Kinder (ein nahezu vollständiger Jahrgang) durch Mitarbeiter des Gesundheitsamtes überprüft. Von 2.606 Kindern (87,9%) lag ein Impfausweis vor, von diesen hatten 418 (16,0%) einen altersgerecht kompletten Impfstatus. Den Eltern der 2.194 Kinder mit fehlenden Impfungen wurde nach individueller Beratung eine schriftliche Impfeempfehlung (Impfstatus und unmittelbar zu empfehlende Impfungen; bei fehlendem Impfausweis generelle Empfehlung) mit der Bitte übergeben, einen Kinder- bzw. ihren Hausarzt aufzusuchen. Die niedergelassenen Ärzte waren im Rahmen einer Vortragsveranstaltung zuvor über das Vorhaben informiert worden. Bei der Einschulung im Herbst wurden die Bögen über die Klassenlehrer eingesammelt und durch das Gesundheitsamt anonymisiert elektronisch erfaßt und ausgewertet.

Der Rücklauf über die Schulen an das Gesundheitsamt betrug 1.047 (47,8%), davon sollen **1.001 mit Empfehlungen zur Masern-Mumps-Röteln-Impfung (MMR)** näher betrachtet werden.

Auf dem Wege zu dem angestrebten Konsens im Gesundheitssystem kann das RKI als Bundesinstitut die Rolle eines Moderators übernehmen. Das im Juli 1998 vorgelegte 10-Punkte-Programm (s. *Epid. Bull.* 28/98) ist die Basis, um Ziele präzisieren und die zunächst nur umrissenen Maßnahmen im Endeffekt in einen Pflichten-katalog umwandeln zu können (F. Tiemann, RKI).

Zusammenfassung: Mit den heute verfügbaren und neuen Impfstoffen sind Optionen für präventivmedizinische Programme gegeben, über deren Nutzung entschieden werden muß. Ein konsensgetragenes nationales Programm sollte über einen reinen Empfehlungscharakter hinausgehen und nach dem Schema ›Ziel – Plan – Umsetzung – Erfolgskontrolle‹ organisiert werden. Die Verantwortung und die Aufgaben der Beteiligten müssen in der Sozialgesetzgebung und im Infektionsschutzgesetz klar zugeordnet und aufeinander abgestimmt, die erforderlichen Schnittstellen definiert werden. – Der Workshop hat deutlich gemacht, daß sich das öffentliche Gesundheitswesen – vertreten durch BMG, RKI, Landesgesundheitsbehörden und Gesundheitsämter –, die Kassenärzteschaft und die Kostenträger konstruktiv über die zu lösenden Problemen und neuen Aufgabenverteilungen verständigen können. Auf der Basis der unterbreiteten Vorschläge kann jetzt die Diskussion gezielt fortgesetzt und können Entscheidungen getroffen werden.

Wir danken Frau Marianne E. Tippmann, m + m - media and marketing communications - GmbH, Ober-Mörlen, für die Übersendung eines von ihr erarbeiteten ausführlichen Berichtes über diesen Workshop, der hier in einer überarbeiteten Fassung wiedergegeben wird.

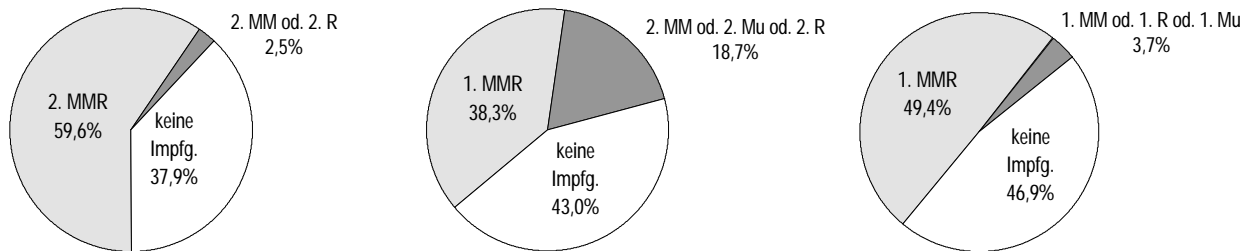
Rückfragen zu dieser Veranstaltung können auch an Herrn Dr. J. F. Hallauer, Universitätsklinikum Charité – Gesundheitssystemforschung –, Schumannstr. 20/21, 10117 Berlin, gerichtet werden.

Ausgangsimpfstatus dieser Kinder: 596 (59,5%) hatten eine MMR-Impfung erhalten, 300 (30,0%) eine MM-Impfung, 24 (2,4%) jeweils nur eine Masern-, Mumps- oder Rötelnimpfung, 81 (8,1%) keine Impfung. Ergebnisse nach Beratung der Eltern und schriftlicher Impfeempfehlung durch das Gesundheitsamt sind in Abbildung 1 dokumentiert.

Die gezielte Beratung der Eltern anläßlich der Einschulungsuntersuchungen ist grundsätzlich eine sinnvolle Intervention des Gesundheitsamtes. Die hier erhaltenen Ergebnisse können aber nicht befriedigen. Die Argumente und Beweggründe bei Eltern und Ärzten, die dazu geführt haben, daß viele notwendige Impfungen auch nach dieser konkreten Erinnerung unterblieben, müßten hinterfragt werden. Möglicherweise wurden einzelne anamnestisch bekannte Erkrankungen individuell berücksichtigt (dies stände im Widerspruch zu den STIKO-Empfehlungen, nach denen Masern- oder Rötelnkrankungen ohne mikrobiologisch-serologische Bestätigung kein Impfhindernis sind). Offensichtlich werden die Impfeempfehlungen der STIKO sehr individuell interpretiert und die sog. ›Kinderkrankheiten‹ Masern, Mumps und Röteln weiterhin vielfach als harmlose Infektionskrankheiten unterschätzt.

Quelle: Ziemer B, Blank K, Hennig R: Impfstatus und Umsetzung von Impfpfehlungen unter besonderer Berücksichtigung der Masern-Mumps-Röteln-Impfung. Gesundheitswesen 1998; 60: 297-300. – Die Untersuchung führte das Gesundheitsamt des Kreises Heinsberg durch. Hinweise auf weitere Interventionsstudien von Gesundheitsämtern:

1. Meireis H, Siegler J, Herborg J: Frankfurter Interventionsstudie Vakzination »FRIVA«. Gesundheitswesen 1997; 59: 329-331
2. Retzgen B, Otten U, Bentz E, Pabst F, Gerlinger B: Impfprojekt für Berufsschüler. Gesundheitswesen 1997; 59: 703-706
3. Kerscher G, Schwarzmüller-Leirich I: Evaluationsmaßnahme zur Gesundheitsförderung: Werden schulärztliche Impfpfehlungen befolgt? Gesundheitswesen 1998; 60: 329-331



Ausgangsstatus: eine MMR-Impfung (n = 596) Ausgangsstatus: eine MM-Impfung (n = 300) Ausgangsstatus: keine MMR-Impfung (n = 81)

Abb. 1 MMR-Impfergebnisse nach Beratung der Eltern und schriftlicher Impfpfehlung durch das Gesundheitsamt zur Einschulungsuntersuchung bei unterschiedlichem Ausgangsstatus. – Kreis Heinsberg, 1995

Seltene meldepflichtige und andere Infektionskrankheiten in bestimmten Bundesländern										
27.–39. Woche 1998		III. Quartal					Anzahl (obere Zeile) und Inzidenzrate pro 100.000 Einw.			
Krankheit	Berlin	Brandenburg	Mecklenburg	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Thüringen	Summe	kumulativ		kumul. Diff. % Vorjahr
								1998	1997	
»Kinderkrankheiten«										
Pertussis		54	15	84	29	7	189	586	895	-34,53
		2,114	0,825	1,848	1,065	0,281	1,337			
Scharlach		226		587	316	143	1272	5946	4507	31,93
		8,847		12,913	11,602	5,740	10,329			
Masern		1	9	7	1	2	20	43	129	
		0,039	0,495	0,154	0,037	0,080	0,142			
Röteln		48	4	25	23	6	106	325	649	-49,92
		1,879	0,220	0,550	0,844	0,241	0,750			
Mumps		14	4	24	10	6	58	182	284	-35,92
		0,548	0,220	0,528	0,367	0,241	0,410			
Akute resp. Erkrankungen										
Influenza		17	63	157	3	2	242	1788	1613	10,85
		0,666	3,467	3,454	0,110	0,080	1,712			
darunter Typ A		14	57	104	3	1	179	1438	1067	34,77
		0,548	3,137	2,288	0,110	0,040	1,267			
darunter Typ B		3	6	53		1	63	350	540	-35,19
		0,117	0,330	1,166		0,040	0,446			
RS-Virus-Inf.		4	25	3	7		39	152	263	-42,21
		0,157	1,376	0,066	0,257		0,276			
Parainfluenza-Virus-Inf.		18	32	8	13		71	320	229	39,74
		0,705	1,761	0,176	0,477		0,502			
Adenovirus-Inf.		5	67	16	5	3	96	367	369	-0,54
		0,196	3,687	0,352	0,184	0,120	0,679			
Mycoplasma-Inf.		18	196	31	14	7	266	667	419	59,19
		0,705	10,786	0,682	0,514	0,281	1,882			
Borreliose	58	331	37	146	47	14	633	923	630	46,51
	1,677	12,958	2,036	3,212	1,726	0,562	3,598			
Legionellose	8	2	3	5	2		20	45	41	
	0,231	0,078	0,165	0,110	0,073		0,114			
Parasitosen										
Scabies		101			136	47	284	847	1014	-16,47
		3,954			4,993	1,887	3,655			
Kopflausbefall		568			554	203	1325	4769	4691	1,66
		22,236			20,341	8,149	17,055			
Zusätzlich:										
Tollwutexposition		55	29	185	101	39	409	1266	1901	-33,40
		2,153	1,596	4,070	3,708	1,566	2,894			