



EUROPA

Eliminierung von Masern und Röteln und Prävention der kongenitalen Rötelninfektion

Strategie der Europäischen Region der WHO 2005–2010





Eliminierung von Masern und Röteln und Prävention der kongenitalen Rötelninfektion

Strategie der Europäischen Region der WHO 2005–2010

CIP-Kurztitelaufnahme der WHO-Bibliothek

Eliminierung von Masern und Röteln und Prävention der kongenitalen Rötelninfektion:
Strategie der Europäischen Region der WHO 2005–2010

1. Masern – Prävention und Kontrolle
2. Röteln – Prävention und Kontrolle
3. Gregg-Syndrom – Prävention und Kontrolle
4. Impfprogramme
5. Epidemiologische Überwachung
6. Strategische Planung
7. Europa

ISBN 92 890 3382 7

(NLM Klassifikation: WC 500)

ISBN 92-890-3382-7

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 für Europa ein Online-Formular für Dokumentation/Information bzw. die Genehmigung zum Zitieren/Übersetzen aus (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© **Weltgesundheitsorganisation 2005**

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

Zusammenfassung	
1. Einführung	1
2. Der Stand in der Europäischen Region der WHO	3
Hintergrundinformation zur Initiative der Krankheitsbekämpfung	3
Wirtschaftliche Gesichtspunkte für die Eliminierung von Masern und Röteln und die Prävention der CRI	3
Fortschritte seit 2002	4
3. Ausbau der Impfsysteme der Länder	12
Ziele für Masern, Röteln und CRI	12
Schlüsselstrategien	12
4. Die wichtigsten Handlungsfelder	15
Erarbeitung nationaler Richtlinien	15
Surveillance	15
Qualität und Sicherheit der Impfung	16
Koordination und Partnerschaft	16
Kommunikation und Überzeugungsarbeit	17
Zertifizierung	17
5. Indikatoren	18
Impfung	18
Surveillance	18
Kommunikation	19
Literatur	20
Anhang 1. Anzahl der Masern-, Röteln- und CRS-Fälle und Inzidenz (2004)	22
Anhang 2. Resolution EUR/RC55/R7 des WHO-Regionalkomitees für Europa, 55. Tagung, 2005	23
Anhang 3. Nationale Impfprogramme gegen Masern und Röteln (2005) und Durchimpfungsrate (2004)	26
Anhang 4. Mumps in der Europäischen Region der WHO	27
Anhang 5. Glossar	29

Zusammenfassung

Die Stärkung der Impfsysteme der Länder ist für die Europäische Region der WHO ein wichtiges Ziel. Impfprogramme, in deren Rahmen hochwertige Impfstoffe sicher verabreicht werden und mit denen eine altersentsprechende Durchimpfungsrate von $\geq 95\%$ erreicht wird, begleitet von einer sehr guten Verlaufskontrolle und einer laborbefundgestützten Krankheitsüberwachung, erlauben es, verfügbare Impfstoffe kostenwirksamer einzusetzen.

Im Jahr 2002 erarbeitete das WHO-Regionalbüro für Europa eine Strategie zur Bekämpfung von Masern und kongenitalen Röteln in der Europäischen Region der WHO. Mit dieser Strategie wurden für das Jahr 2010 die Eliminierung der Masern und die Prävention der kongenitalen Rötelninfektion zum Ziel gesetzt. In einigen Mitgliedstaaten sind Masern mithilfe von Routineimpfprogrammen bereits eliminiert, und durch eine routinemäßige zweimalige Impfung wird eine hohe Durchimpfungsrate beibehalten.

Die Fortschritte in den Jahren 2002–2004 waren beträchtlich: Alle 52 Mitgliedstaaten haben inzwischen einen Routineimpfplan, der eine zweimalige Masernimpfung vorsieht, in 26 Ländern (50%) wurde eine Maserninzidenz von < 1 pro Million Einwohner erreicht, was als Indikator für die Eliminierung von Masern gilt. In 48 Ländern (92%) kommt ein Rötelnimpfstoff zum Einsatz, in 47 Ländern wird ein kombinierter Masern-Röteln-Impfstoff verabreicht.

Beratungen mit den Mitgliedstaaten und mit Expertengruppen im Jahr 2004 haben dazu geführt, dass nun auch die Eliminierung von Röteln bis zum Jahr 2010 in Angriff genommen werden konnte. Da Röteln im Vergleich zu Masern weniger ansteckend sind, und da die meisten Mitgliedstaaten sich für einen Kombinationsimpfstoff gegen Masern und Röteln entschieden haben, ist dies im Rahmen der Maserneliminierung realisierbar. Dieser Ansatz wurde vom WHO-Regionalkomitee anlässlich seiner 55. Sitzung gebilligt und in die Resolution zur Stärkung der nationalen Impfsysteme durch Eliminierung von Masern und Röteln sowie durch Prävention der kongenitalen Rötelninfektion aufgenommen.

Der hier vorgelegte neue strategische Plan zur Eliminierung von Masern und Röteln und zur Prävention der kongenitalen Rötelninfektion in der Europäischen Region der WHO hebt die seit 2002 erzielten Fortschritte hervor und zeigt die für die Entwicklung nationaler gesundheitspolitischer Richtlinien, für die epidemiologische Überwachung (Surveillance), die Qualität und Sicherheit von Impfstoffen, die Kommunikation und Überzeugungsarbeit sowie die Entwicklung eines Zertifizierungsverfahrens notwendigen Schlüsselstrategien und Maßnahmen auf. Nach Bedarf wird die WHO Materialien erarbeiten, um die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung dieser Strategie zu unterstützen.

1. Einführung

Die Impfung ist eine überaus kostenwirksame und lebensrettende Maßnahme zur Verbesserung der Gesundheit einer Bevölkerung, mit der durch Impfung vermeidbare Krankheiten unter Kontrolle gehalten und potentiell eliminiert werden können. In der Europäischen Region der WHO sind wirkungsvolle Impfprogramme seit Jahrzehnten integraler Bestandteil der öffentlichen Gesundheitsversorgung. Dadurch konnten in den 1970er Jahren die Pocken ausgerottet und die Region im Jahr 2002 als poliofrei erklärt werden. Das erneute Aufflackern von Diphtherie in vielen Ländern der ehemaligen Sowjetunion bestätigte nachdrücklich die Notwendigkeit, gründliche Routineimpfprogramme weiterzuführen und einen hohen Immunstatus in der Bevölkerung beizubehalten, um diese Krankheiten unter Kontrolle zu halten.

Mit der Resolution WHA58.15 forderte die Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2005 die Mitgliedstaaten eindringlich auf, die *Global Immunization Vision and Strategy* als Rahmenplan zum Ausbau ihrer Impfprogramme für den Zeitraum 2006 bis 2015 zu übernehmen mit dem Ziel, eine höhere Durchimpfungsrate zu erreichen, sowie für einen gleichberechtigten Zugang zur Impfung und einen besseren Zugang zu derzeit und künftig verfügbaren Impfstoffen zu sorgen. Gleichzeitig sollen neben Kindern auch anderen Altersgruppen die Vorteile der Impfungen in Verbindung mit anderen gesundheitsrelevanten Maßnahmen zugute kommen (1).

Masern sind eine hochansteckende Krankheit. Im Jahr 2003 waren sie weltweit für mehr als 30 Millionen Krankheits- und 530 000 Todesfälle verantwortlich (2). Obgleich seit mehr als 40 Jahren ein Masernimpfstoff zur Verfügung steht, wurden 2004 in der Europäischen Region der WHO mehr als 29 000 Masernfälle gemeldet (Anhang 1). Schätzungen der WHO zufolge könnte es 2003 in der Region zu mehr als 4850 Todesfällen durch Masern gekommen sein (2). Die Bemühungen um eine Reduktion der durch Masern verursachten Krankheitslast haben zu Initiativen zur Eliminierung dieser Krankheit geführt. In vier Regionen der WHO, darunter auch in der Europäischen Region, hat die Maserneliminierung Priorität. Die Panamerikanische Gesundheitsorganisation erklärte 2002 die WHO-Region der amerikanischen Länder als frei von endemisch übertragenen Masern. In dieser Region kommt es jedoch nach wie vor zu eingeschleppten Fällen aus anderen Teilen der Welt: 37% der im Zeitraum 1993–2001 in die Vereinigten Staaten eingeschleppten und 21% aller in Kanada aufgetretenen Fälle im Zeitraum 1999–2001 ließen sich in die Europäische Region zurückverfolgen (3,4). Annähernd 50% der in Länder der Europäischen Union (EU) eingeschleppten Fälle wiederum stammen aus anderen EU-Ländern (5), was deutlich macht, dass innerhalb der Europäischen Region eine koordinierte Strategie notwendig ist.

Röteln, eine milder verlaufende und weniger ansteckende Viruserkrankung, ist für die öffentliche Gesundheit deshalb von großer Bedeutung, weil eine kongenitale Rötelninfektion (Congenital Rubella Infection - CRI) teratogen wirken und Fehlgeburt, Fetustod oder Geburt eines Kindes mit einem kongenitalen Rötelsyndrom (Congenital Rubella Syndrome - CRS) nach sich ziehen kann. In Entwicklungsländern kommt es schätzungsweise jährlich zu mehr als 100 000 CRS-Fällen (6). Eine CRI lässt sich verhüten, indem Frauen im gebärfähigen Alter zum einen durch Impfung geschützt werden, zum ande-

ren, indem ihrer Exposition gegen endemisch zirkulierende Rötelnviren vorgebeugt wird. Eine einzige Dosis der Rötelnimpfung, die 95% oder mehr der Geimpften im Alter von 12 Monaten oder darüber Immunität verschafft, ist ausreichend. Sowohl für die Region Gesamtamerika als auch für die Europäische Region der WHO wird die Eliminierung der Röteln angestrebt.

Es genügt, allen Kindern Gelegenheit zur zweimaligen Impfung mit dem Masernimpfstoff zu geben und allen Kindern sowie Frauen im gebärfähigen Alter zumindest die einmalige Impfung mit dem Rötelnimpfstoff zu ermöglichen. Auf diese Weise können Mitgliedstaaten, die bezüglich dieser Krankheiten für das Jahr 2010 gesetzten Ziele, einhalten. Da in den meisten Mitgliedstaaten die kombinierte Masern-Röteln-Impfung (MR) bereits in den Impfkalender aufgenommen wurde (7) und da Röteln weniger ansteckend sind als Masern, ist die Eliminierung von Röteln im Rahmen einer Strategie zur Maserneliminierung realisierbar. Zwar ist ein kombinierter Masern-Röteln-Impfstoff die wirksamste Form, die betreffenden Antigene im Rahmen der Routineimpfungen für Kinder zu verabreichen, die Entscheidung für einen Masern-Röteln- oder Masern-Mumps-Röteln-Impfstoff (MMR) sollte jedoch auf der Grundlage der Gesundheitsprioritäten der einzelnen Mitgliedstaaten getroffen werden.

2. Der Stand in der Europäischen Region der WHO

Hintergrundinformation zur Initiative der Krankheitsbekämpfung

Im Jahr 1998 billigte das Europäische Regionalkomitee der WHO das Rahmenkonzept "Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO (GESUNDHEIT21). Darin werden bezüglich der durch Impfungen vermeidbaren Krankheiten neun Ziele aufgestellt, darunter die Eliminierung der Masern bis zum Jahr 2007 und eine CRS-Inzidenz von weniger als 1 Fall pro 100 000 Lebendgeburten bis zum Jahr 2010 (8). Im Hinblick auf den verbreiteten Einsatz eines Masern-Röteln-Kombinationsimpfstoffes in der Europäischen Region wurde angestrebt, mit der Strategie zur Bekämpfung von Masern und konnatalen Röteln in der Europäischen Region der WHO (9) bis zum Jahr 2010 die endemische Übertragung von Masern zu unterbrechen (Eliminierung der Masern) sowie der kongenitalen Rötelninfektion vorzubeugen (<1 Fall pro 100 000 Lebendgeburten). Die Planziele wurden 2004 von den National Immunization Programme Managers der Europäischen Region und von der European Technical Advisory Group of Experts on Immunization (ETAGE) der WHO überprüft. Es wurde empfohlen die Eliminierung von Röteln in die Strategie mit aufzunehmen. Dies wurde anlässlich der 55. Sitzung des WHO-Regionalkomitees für Europa als Teil der Resolution zur Stärkung nationaler Impfsysteme durch Masern und Röteln-Elimination sowie durch Vorbeugung der CRI genehmigt (Anhang 2).

Wirtschaftliche Gesichtspunkte für die Eliminierung von Masern und Röteln und die Prävention der CRI

Das erweiterte Impfprogramm (EPI) hat sich wiederholt als eines der kostenwirksamsten Gesundheitsprogramme erwiesen. Schätzungen zufolge werden durch dieses Programm jährlich bis zu drei Millionen Leben gerettet und 750 000 Kinder vor Behinderung bewahrt (10). Dennoch starben im Jahr 2002 nach Schätzungen noch 1,4 Millionen Kinder im Alter von unter fünf Jahren an Krankheiten, die durch weithin gebräuchliche Impfstoffe hätten vermieden werden können. Damit bestätigt sich die Notwendigkeit, durch anhaltende Bemühungen die bestehenden Impfprogramme zu stärken.

Wie die Auswertung von Wirtschaftsdaten zeigt, ist der Einsatz von Masern- und Rötelnimpfstoffen entweder kostenwirksam und/oder kostensparend. In einer Studie aus Westeuropa waren die Kostenwirksamkeit und die Kosten-Nutzen-Analyse für die Verabreichung von zwei Dosen des Masernimpfstoffes bei einer Durchimpfungsrate von 95% optimal (Iversen PB, unveröffentlichte Beobachtungen, 2005). In dieser Bewertung war der potentiell zusätzliche Nutzen eines allgemeinen Ausbaus der Routineimpfprogramme im Kindesalter und des Ausbaus der Surveillance-Kapazitäten einschließlich funktions-tüchtiger Labornetzwerke noch nicht mitberücksichtigt worden.

Eine Analyse der durch den Masernausbruch in Regionen Italiens mit geringer Durchimpfungsrate im Zeitraum 2002-2003 entstandenen Kosten, ergab direkte Kosten zwischen 9,9 und 12,4 Mio. € und Gesamtkosten in Höhe von 14,8 Mio. €. Diese Summe

hätte ausgereicht, um 2,7 Geburtenkohorten landesweit mit zwei Dosen des MMR-Impfstoffes bei einer Durchimpfungsrate von 95% zu versorgen (11).

Die Ergebnisse einer umfassenden Durchsicht 17 globaler Untersuchungen, darunter sieben aus der Europäischen Region der WHO, belegen, dass die Verabreichung des Rötelnimpfstoffes eine kostenwirksame und kostensparende Maßnahme ist (12). Analysiert wurden dabei auch Studien aus Dänemark, Finnland und Norwegen, denen zufolge für die Verabreichung des Röteln- oder eines kombinierten MMR-Impfstoffes zur Prävention der CRI ein Kosten-Nutzen-Verhältnis von >1 festgestellt worden ist (13–15).

Fortschritte seit 2002

Surveillance-Systeme für Masern, Röteln und CRS

In den Mitgliedstaaten werden Daten zu Masern und Röteln methodisch unterschiedlich erhoben. Es erfolgt u. a. eine Angabe durch aggregierte Zahlen (d.h. auf der Basis weit gefasster Altersgruppen), fallbasiert (d.h. Erfassung einzelner Fälle) und durch ärztbasierte Sentinel-Systeme. Im Jahr 2004 meldeten 44 Länder aggregierte monatliche Daten und weitere fünf Länder monatliche fallbasierte Daten. Einunddreißig Länder meldeten Masernfälle direkt der WHO, 18 Länder machten ihre Angaben nur durch EUVAC.net, das Netzwerk zur Masern-Surveillance, das von der EU unterstützt wird. Zusätzlich machten alle Mitgliedstaaten Angaben zu Masern, Röteln und CRS für das Jahr 2004 und nutzten dafür das von der Weltgesundheitsorganisation und dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen zuletzt Anfang 2005 ausgegebene jährliche Meldeformular.

Die Surveillance-Leitlinien für Masern und der kongenitalen Rötelninfektion in der Europäischen Region der WHO wurden 2003 veröffentlicht (16). Seit dem folgenden Jahr (2004) werden die monatlichen Masern-Berichterstattungen an die WHO auf Vollständigkeit und Rechtzeitigkeit überprüft. Auf regionaler Ebene gilt die Berichterstattung als vollständig, wenn die WHO $\geq 80\%$ monatliche Berichte erhält, und als rechtzeitig, wenn $\geq 80\%$ der monatlichen Berichte vor dem 25. des Folgemonats bei der WHO eintreffen. Im Jahr 2004 erfüllten 71% der Mitgliedstaaten das Kriterium der Vollständigkeit und 10% das der Rechtzeitigkeit.

Das Masern- und Röteln-Labornetzwerk der Europäischen Region wurde 2002 eingerichtet. Derzeit arbeitet in 47 Mitgliedstaaten (90%) ein Masern-/Rötelnlabor, das mit einem der drei in 2003 ernannten WHO-Referenzlabors der Region oder mit dem Global Specialized Laboratory in der Region in Verbindung steht. Das Netzwerk hat standardisierte diagnostische Methoden und Reagenzien sowie ein Programm zur Qualitätsbewertung eingeführt, zu dem u. a. Leistungstests und monatliche Online-Übertragung von Laborindikatoren gehören. Im Jahr 2004 erfüllten die nationalen Labors das Kriterium der Berichts-Vollständigkeit zu 70%.

Die Ergebnisse einer Fachtagung zur Surveillance von Masern, Röteln und kongenitalem Rötelsyndrom, die im April 2005 stattgefunden hat (5), werden in die überarbeitete Fassung der vorliegenden Leitlinien eingearbeitet.

Impfprogramme

In allen 52 Mitgliedstaaten wird inzwischen laut Impfplan zweimal eine Dosis des Masernimpfstoffs verabreicht. Das ist eine Steigerung gegenüber 2001, als 49 von 51

Ländern (96%) so verfahren. Auch die Verwendung eines Masernimpfstoffes mit Rötelnkomponente ist von 38 der 51 Mitgliedstaaten (75%) im Jahr 2001 auf 48 der 52 Mitgliedstaaten (92%) im Jahr 2005 angestiegen. In 47 Mitgliedstaaten wird nach den Routineimpfplänen für Kinder zumindest eine Dosis des kombinierten Masern-Röteln-Impfstoffs eingesetzt (Abb.1 und Anhang 3). Insgesamt hatten im Jahr 2004 etwa 70% der Mitgliedstaaten einen nationalen Impfplan, 60% einen Plan gegen Masern, aber weniger als 50% einen Plan gegen Röteln und/oder CRI.

Die Durchimpfungsrate mit der ersten Dosis des Masernimpfung (MI1) betrug im Jahr 2004 in der Europäischen Region 73%-99%, bei einem nach der Bevölkerung gewichteten Mittel von 92% (Abb. 2 und Anhang 3). In der Region hatte die Durchimpfungsrate im Jahr 2001 mit 92,2% einen Höchststand erreicht. Die durchschnittliche Durchimpfungsrate im Jahr 2004 in der Region für die zweite Dosis des Masernimpfung (MI2) betrug 86%. Diese Angabe bildet jedoch die Gegebenheiten nicht realistisch ab, da 14 Länder (27%) diesen Indikator nicht angegeben haben (Abb. 3 und Anhang 3).

Das WHO-Regionalbüro für Europa gab 2004 eine Anleitung für die Planung und Durchführung von ergänzenden Impfvorhaben gegen Masern und Röteln heraus, um Planung, Durchführung und Evaluierung dieser Maßnahmen zu unterstützen (17). In der Europäischen Region wurden seit 2001 zumindest neun ergänzende Impfmaßnahmen auf Länderebene durchgeführt. Zielgruppe waren durch Masern oder/und Röteln gefährdete Personen in Albanien, Italien, Kasachstan, Kirgisistan, Republik Moldau, Serbien und Montenegro (Kosovo), Tadschikistan, Türkei und Zypern (18).

Epidemiologische Daten

Abbildung 4 und Anhang 1 zeigen die von den Mitgliedstaaten angegebene Maserninzidenz für 2004. Eine Maserninzidenz von <1 pro einer Million Einwohner gilt als Indikator für die Eliminierung der Masern (19). Die Anzahl der Mitgliedstaaten mit dieser Inzidenz stieg von 14 (27%) im Jahr 2001 auf 26 (50%) im Jahr 2004 (Abb. 5). In mindestens 25 Mitgliedstaaten kam es seit Januar 2002 zu Masernausbrüchen, darunter weiträumigen Ausbrüchen in Armenien, Aserbeidschan, Deutschland, Frankreich, Georgien, Irland, Italien, Kasachstan, Republik Moldau, Rumänien, Russische Föderation, Spanien, Schweiz, Tadschikistan, Ukraine und Usbekistan.

Abbildung 6 und Anhang 1 zeigen die Angaben der Mitgliedstaaten zur Rötelninzidenz im Jahr 2004. Für das Jahr 2004 liegen von sieben Mitgliedstaaten (13%) keine landesweiten Daten zu Röteln vor und 15 Länder (29%) machten keine Angaben zum kongenitalen Röteln syndrom. Vierzehn Mitgliedstaaten (27%) meldeten eine Rötelninzidenz von <1 pro 1 Million Einwohner und 17 Fälle von CRS. Seit dem Jahr 2000 wurden der WHO aus 17 (33%) Mitgliedstaaten 123 Fälle gemeldet, und zwar 45 (37%) aus Rumänien, 28 (23%) aus der Russischen Föderation und 17 (14%) aus Frankreich. Diese Länder repräsentieren jedoch nur einen kleinen Anteil der Mitgliedstaaten, in denen das Rötelnvirus bekanntermaßen frei zirkuliert, und da viele Länder keine oder wenige Fälle gemeldet haben, bzw. deren Berichtsvollständigkeit nicht überprüft ist, dürften die Meldungen deutlich geringer sein als die tatsächliche Anzahl der CRS-Fälle.

Anhang 4 gibt eine Zusammenfassung der Mumps-Bekämpfung in der Europäischen Region, da 50 Mitgliedstaaten (96%) derzeit einen Mumps-Impfstoff einsetzen, 47 davon als MMR-Impfstoff.

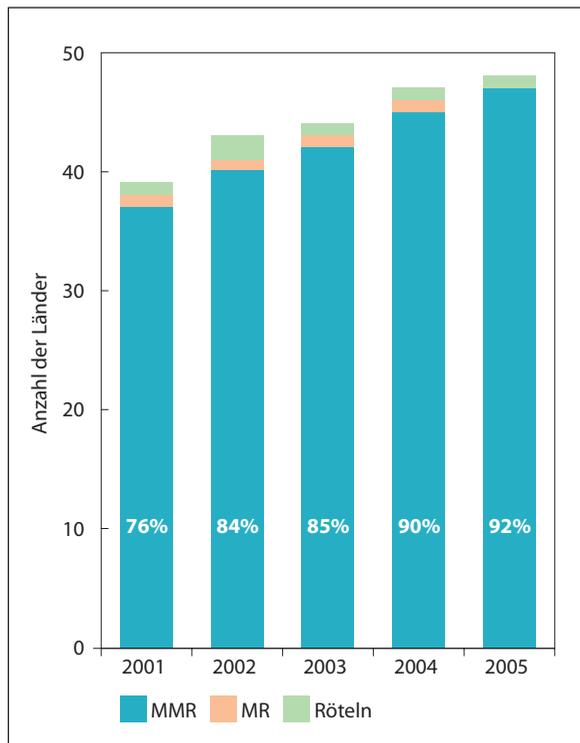
Analyse anhand von MII-Durchimpfungsrate und Maserninzidenz

Die Mitgliedstaaten wurden aufgrund ihrer MII-Durchimpfungsrate und des Logarithmus für Maserninzidenz in den vier Jahren 2001–2004 in Gruppen eingeteilt. Als Parameter dienten die MII-Durchimpfungsrate (<95% oder ≥95%) und die Maserninzidenz (<1 pro Million Einwohner oder ≥1 pro Million Einwohner). Es wurden vier Ländergruppen gebildet (Abb. 7). Seit 2001 ist die Anzahl der Länder in der Gruppe mit einer Maserninzidenz von <1 pro Million und einer MII-Durchimpfungsrate von ≥95% von 8 auf 18 angestiegen, was zeigt,

dass in vielen Ländern die rückläufige Maserninzidenz mit einer verbesserten Durchimpfungsrate mit dem Masernimpfstoff einhergeht.

Tabelle 1 zeigt die Gesamtzahl der 2004 gemeldeten Fälle von Masern, Röteln und CRI in allen vier Ländergruppen. Die Inzidenz von Masern und Röteln variiert zwischen den Gruppen. Spezifische Schlüsse hinsichtlich der Röteln sind jedoch schwer zu ziehen, da Länder aus der Gruppe mit der höchsten Maserninzidenz und geringsten MII-Durchimpfungsrate, auf die 60% der Bevölkerung in dieser Gruppe entfallen, keine Angaben zu Rötelnfällen gemacht haben. Da vier der fünf Länder in dieser Gruppe den MMR-Impfstoff verwenden, dürfte die Bekämpfung von Röteln kaum auf höherem Niveau liegen als die der Masern.

Abb. 1:
Anzahl und
Prozentsatz der
Mitgliedstaaten,
die einen
Rötelnimpfstoff
einsetzen, nach
Impfstofftyp,
2001–2005



Während die Öffentlichkeit in 50% der Länder mit der höchsten Inzidenz und der geringsten MII-Durchimpfungsrate negativ auf Impfvorhaben reagierte, war der Anteil in Ländern mit Kommunikationsplänen in allen vier Gruppen ähnlich und lag zwischen 50%–67%.

MII-Durchimpfungsrate und Maserninzidenz eignen sich als Managementinstrument, denn sie lassen eine aktuelle und objektivere Bewertung des Masern-Bekämpfungsprogramms in einem Land zu als die drei Stadien der Masernbekämpfung (I–III) aus der *Strategie zur Bekämpfung von Masern und kongenitalen Röteln in der Europäischen Region der WHO* (9). Um die für das Jahr 2010 gesetzten Ziele bei der Masernbekämpfung zu erreichen, müssen Mitgliedstaaten mit einer MII-Durchimpfungsrate von <95% und einer Inzidenz ≥1 pro einer Million Einwohner die Routineimpfrate für Masern erhöhen und die betreffenden Bevölkerungsgruppen immunisieren, während Länder mit einer MII-Durchimpfungsrate ≥95% und einer Inzidenz von ≥1 pro einer Million Einwohner ihre Durchimpfungsrate erhalten und ebenfalls die für Masern anfälligen Personengruppen ansprechen müssen. In Mitgliedstaaten mit einer Maserninzidenz von <1 pro einer Million Einwohner aber

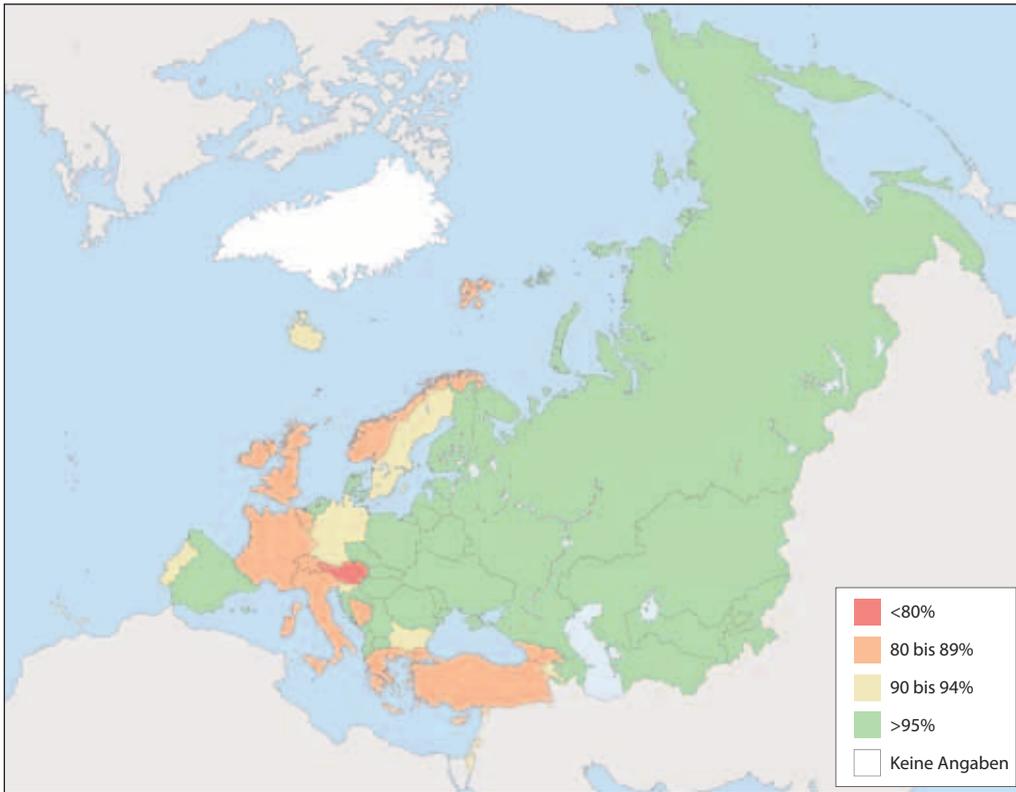


Abb. 2:
MI1-Durchimpfungsrate
in den
Mitgliedstaaten,
2004

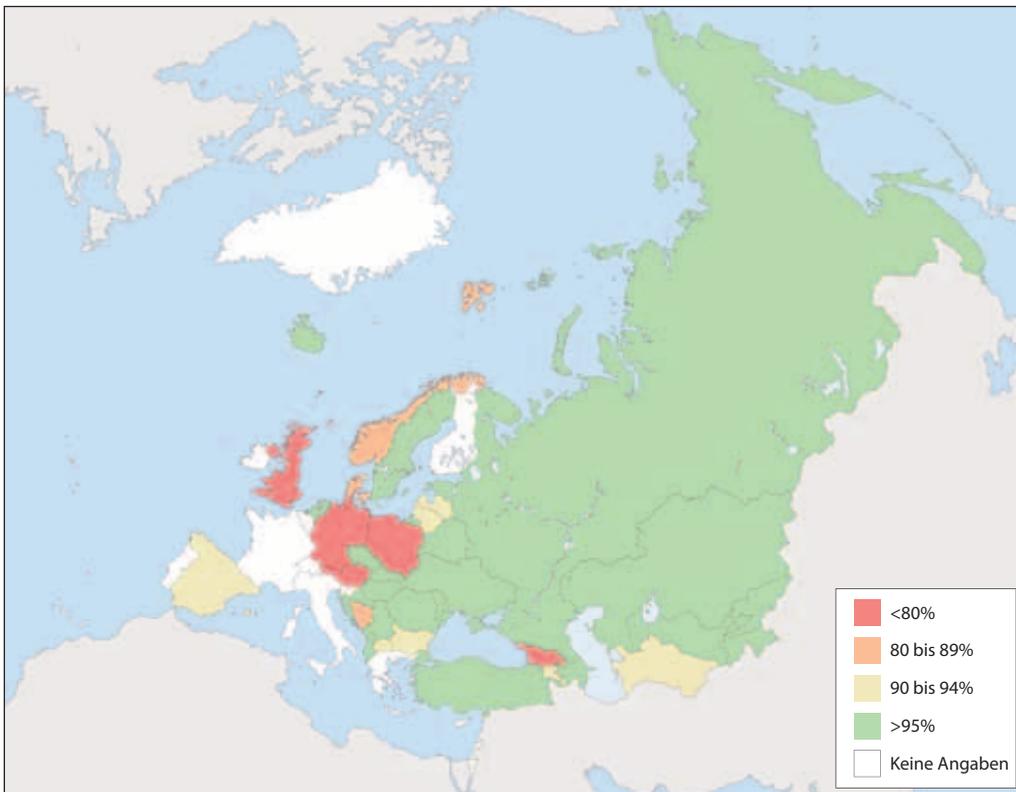


Abb. 3:
MI2-Durchimpfungsrate
in den
Mitgliedstaaten,
2004

Abb. 4:
Maserninzidenz
in den Ländern
und Landesteilen
(Russische
Föderation), 2004

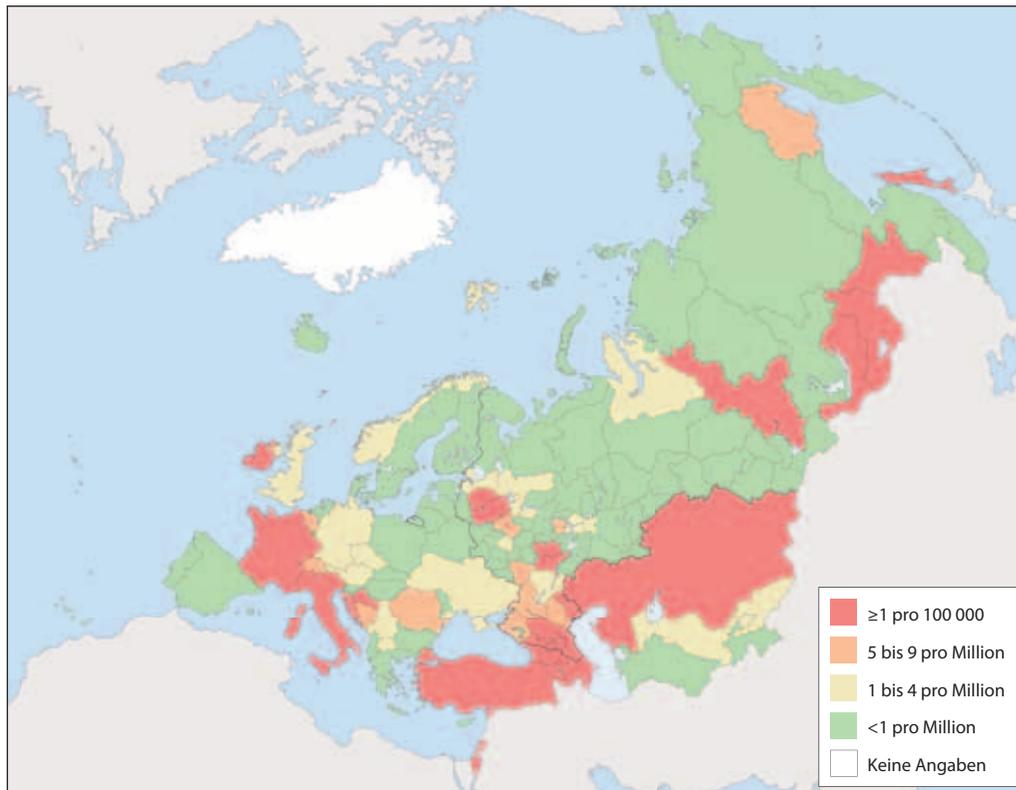
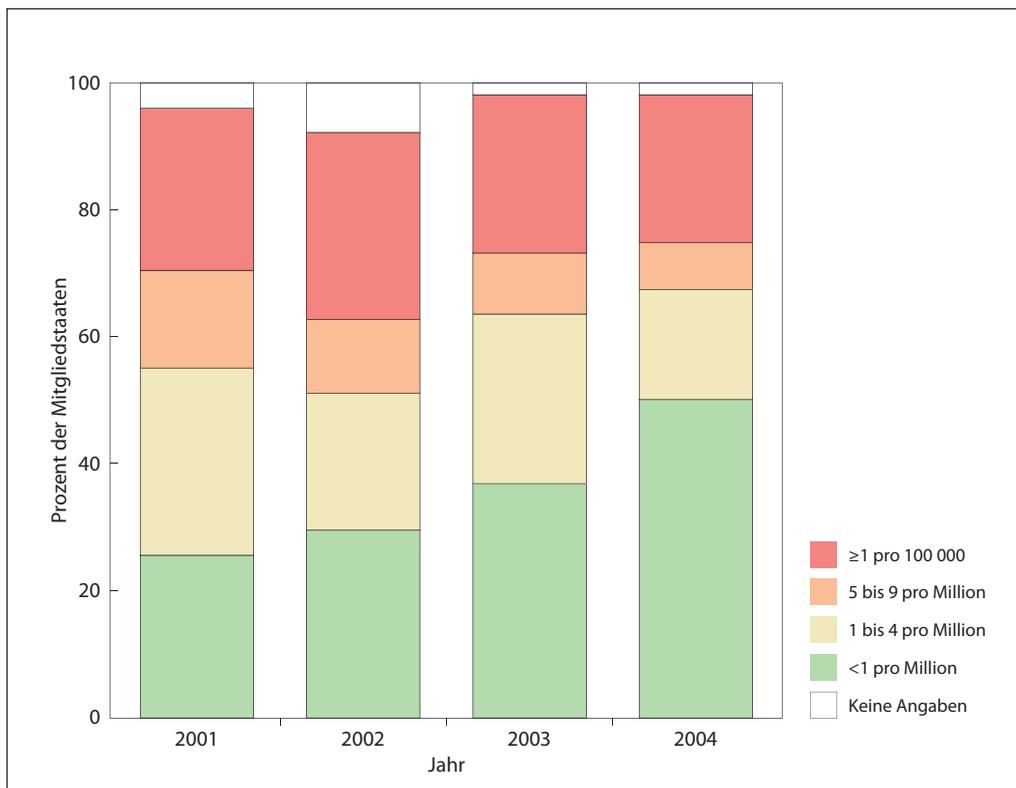


Abb. 5:
Prozentsatz der
Mitgliedstaaten
nach
Maserninzidenz-
Gruppierungen,
2001–2004



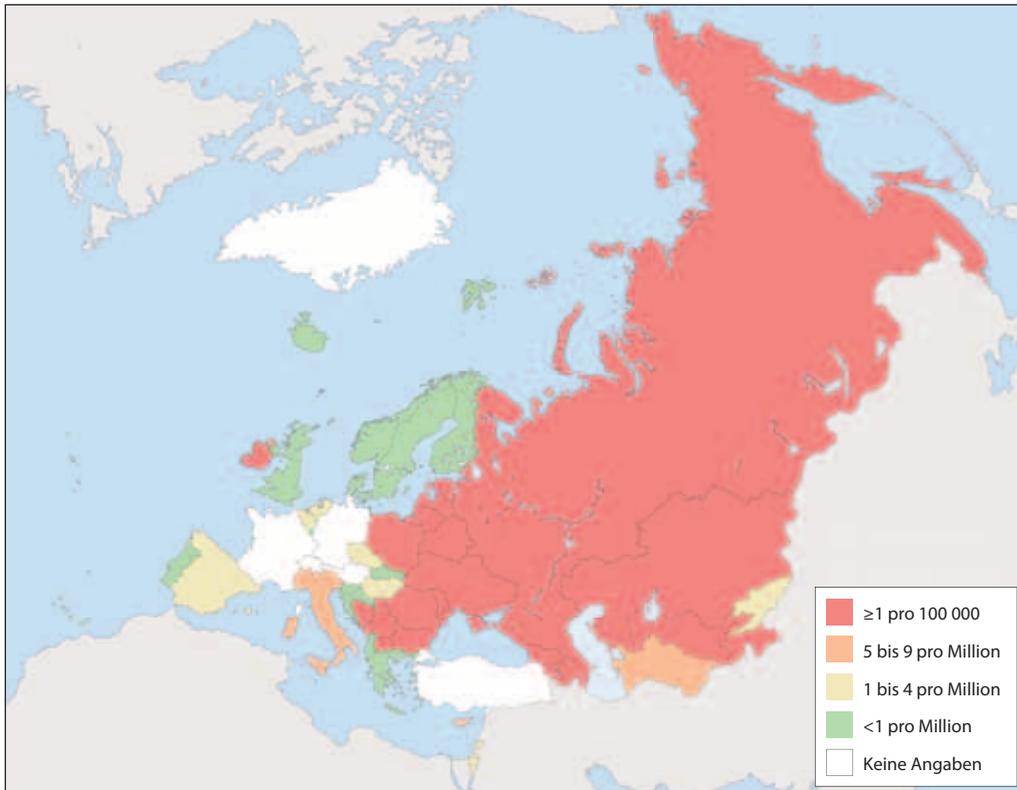


Abb. 6: Rötelninzidenz in den Ländern, 2004

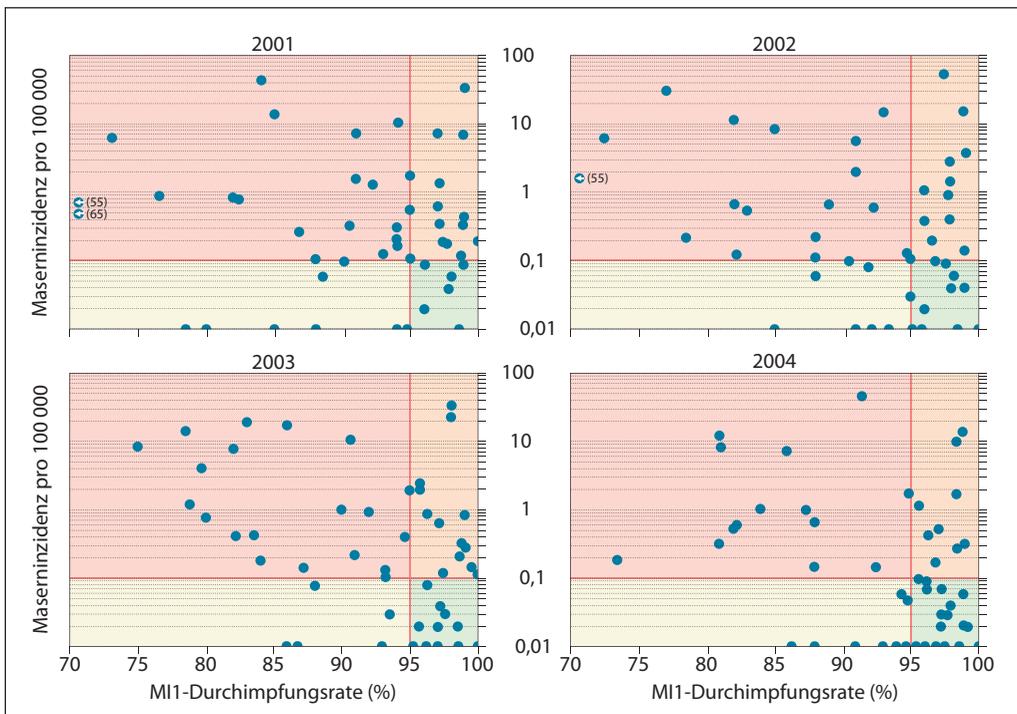


Abb. 7: Verteilung von Maserninzidenz und M11-Durchimpfungsrate in den Mitgliedstaaten, 2001–2004

Hinweis: Gruppe 1 (rot schraffiert) Länder mit Maserninzidenz ≥ 1 pro Million und einer M11-Durchimpfungsrate von $< 95\%$. Gruppe 2 (orange schraffiert) Länder mit Maserninzidenz ≥ 1 pro Million und einer M11-Durchimpfungsrate von $\geq 95\%$. Gruppe 3 (gelb schraffiert) Länder mit Maserninzidenz von < 1 pro Million und einer M11-Durchimpfungsrate von $< 95\%$. Gruppe 4 (grün schraffiert) Länder mit einer Maserninzidenz von < 1 pro Million und einer M11-Durchimpfungsrate von $\geq 95\%$. Darstellung der Maserninzidenz an einfacher logarithmischer Skala.

einer M11-Durchimpfungsrate von <95% müssen Strategien erarbeitet werden, um die Routinedurchimpfungsrate anzuheben und zu vermeiden, dass es zur zahlenmäßigen Zunahme der durch Masern gefährdeten Bevölkerungsgruppen kommt. In Ländern, deren M11-Durchimpfungsrate $\geq 95\%$ ist und deren Maserninzidenz <1 pro einer Million Einwohner beträgt, sollte das Erreichte erhalten werden. Alle Länder sollten sicherstellen, dass Krankheitsfälle aufgrund einheimischer (endemischer) oder eingeschleppter Masern dokumentiert werden können.

In ähnlicher Weise sind die Durchimpfungsrate mit dem Rötelnimpfstoff sowie die Rötelninzidenz zu analysieren. Da in den meisten Mitgliedstaaten mittlerweile ein kombinierter Masern-Röteln-Impfstoff eingesetzt wird, sind die Durchimpfungsraten für Masern und Röteln aneinander gekoppelt. In Anbetracht der erst kürzlichen Einführung eines Rötelnimpfstoffes unterscheidet sich jedoch in vielen Ländern die epidemiologische Situation für Röteln von der für Masern.

Die Analyse von Masern- und/oder Rötelninzidenz anhand von Durchimpfungsraten ist durch die Qualität der von einem Mitgliedstaat bereitgestellten Daten begrenzt. Während bei der Analyse der Inzidenz für ein einziges Jahr das zyklische Muster von Masern- und Rötelnepidemien zu berücksichtigen ist, muss für Länder, deren Inzidenz unter dem Schwellenwert von <1 Fall pro einer Million Einwohner liegt, die Existenz dieser zyklischen Muster genauer charakterisiert werden. Sollten Länder die Eliminierung von Masern und Röteln melden, sind diese Angaben im Zuge eines Zertifizierungsprozesses zu validieren.

Qualität und Sicherheit der Impfung

Qualität und Sicherheit der Impfung hatten in der *Strategie zur Bekämpfung von Masern und kongenitalen Röteln in der Europäischen Region der WHO* (9) hohe Priorität erhalten. In diesem Bereich wurde Beträchtliches erreicht. In 49 der 52 Mitgliedstaaten (94%) standen 2004 Impfstoffe von nachgewiesener Unbedenklichkeit zur Verfügung, in 20 von 29 priorisierten Ländern (69%) wurden Aktionspläne für eine unbedenkliche Impfpraxis und Entsorgung scharfer Gegenstände erarbeitet, und in 37 der 52 Mitgliedstaaten (71%) existieren jetzt Surveillance-Systeme für unerwünschte Impfnebenwirkungen (adverse events following immunization – AEFI) im Vergleich zu jeweils 18 (62%) und 24 (46%) im Jahr 2001.

Informationen über Impfung

Das Vaccine Safety Net umfasst Webseiten zum Themenkomplex Impfung, deren gute Informationspraxis von der WHO anerkannt ist. Das Netzwerk macht Mitarbeitern der

Tabelle 1:
Fallzahlen
für Masern,
Röteln und
CRS nach
Masern-
Gruppierung,
2004

Masern-Gruppe	Anzahl der Länder	Bevölkerung	Anzahl der Masernfälle	Masern- Inzidenz pro 100 000 Einwohner	Anzahl der Rötelfälle ^a	Anzahl der CRS-Fälle
1	14	377 032 581	23 402	6,2	6 054	4
2	11	296 432 836	6 020	2,0	247 047	10
3	8	40 681 958	11	0,03	491	0
4	18	161 666 239	70	0,04	10 462	3
Insgesamt	51	875 813 614	29 503	3,4	264 054	17

^a Keine Röteln-Surveillance-Datenangabe für 2004 an die WHO aus fünf Ländern der Gruppe 1 und einem Land der Gruppe 4.

Quelle: Daten der Mitgliedstaaten anhand des jährlichen Meldebogens von WHO/UNICEF für 2005, für alle Mitgliedstaaten außer Monaco.

Gesundheitsdienste und Eltern Informationen zu Nutzen und Risiken der Impfung leicht zugänglich. Es wurde eingerichtet, um dem Bedarf an gesicherter Information zum Thema Impfung zu entsprechen. Derzeit gibt es in der Europäischen Region 14 Webseiten in sieben Sprachen (20).

Eine in der gesamten Region jährlich veranstaltete Impfwoche soll das Bewusstsein und die Aufmerksamkeit für das Thema Impfung erhöhen. Mithilfe der Initiative können die teilnehmenden Mitgliedstaaten auch ermitteln, was einer hohen Durchimpfungsrate entgegensteht. Mit gezielten Maßnahmen kann dann darauf eingegangen werden und die Kenntnisse und Einstellungen zu Nutzen und Risiken der Impfung können verbessert werden.

3. Ausbau der Impfsysteme der Länder

Der Ausbau der Impfsysteme der Länder ist in der Europäischen Region der WHO ein Ziel von großem Belang. Impfprogramme, in deren Kontext hochwertige Impfstoffe in sicherer Form verabreicht werden und die eine altersentsprechende Durchimpfungsrate von $\geq 95\%$ erreichen, die zudem eine sehr gute Krankheitsüberwachung und fortlaufende kritische Programmebeobachtung gestatten, optimieren den kostenwirksamen Einsatz der verfügbaren Impfstoffe. Leistungsfähige Impfsysteme gestatten es zudem, die Einführung neuer Impfstoffe, wo angemessen, wissenschaftlich fundiert abzustützen. Der Ausbau kann durch Nutzung der vorhandenen Infrastruktur und Erweiterung der Kapazität des Programmmanagements erfolgen.

Im Zuge der Eliminierung von Masern und Röteln und der Prävention des CRI ergibt sich eine hervorragende Möglichkeit, die Routineimpfsysteme auszubauen. Wichtige Komponenten der Impf-Infrastruktur werden durch die Verbesserung einer sicheren und effizienten Impfpraxis gestärkt. Dies bedeutet: Einrichtung von Verlaufskontrollen, um die Versagerrate zu reduzieren; Kontrolle der Einhaltung der Termine und Vermeidung unangebrachter Kontraindikationen; Mitarbeiterschulung sowie Erarbeitung von Informations-, Aufklärungs- und Schulungsmaterial für die Öffentlichkeit bzw. für Mitarbeiter der Gesundheitsdienste. Ergänzende Impfkaktivitäten erhöhen nicht nur die Durchimpfungsrate, sie stärken darüber hinaus die Kernkomponenten der Impf-Infrastruktur (17). Ergänzende Impfkaktivitäten benötigen mindestens acht Monate Vorbereitungszeit. Die Schwerpunkte sollten auf Mikroplanung, Impfstoffmanagement, Injektionssicherheit einschließlich angemessener Entsorgung von Materialien sowie auf Berichterstattung über und Umgang mit unerwünschten Impfnebenwirkungen liegen, und nicht zuletzt auf Aufklärung sowie Mobilisierung der Gesellschaft.

Ziele für Masern, Röteln und CRI

Die überarbeiteten Ziele für 2010 lauten:

- Eliminierung von endemischen Masern
- Eliminierung von endemischen Röteln
- Prävention der CRI (<1 Fall von CRS pro 100 000 Lebendgeburten).

Schlüsselstrategien

Im Hinblick auf die Zielsetzung für Masern, Röteln und CRI wurden die zuvor formulierten Schlüsselstrategien überarbeitet. Sie berücksichtigen jetzt das Ziel, auch Röteln zu eliminieren.

1. **Durch zwei Dosen des Masernimpfstoffes und mindestens eine Dosis des Rötelnimpfstoffes, verabreicht durch Routine-Impfdienste von hoher Qualität, eine sehr hohe ($\geq 95\%$) Durchimpfungsrate erreichen und erhalten.** Es sind Strategien zu

erarbeiten, die eine Anhebung der Durchimpfungsrate auf $\geq 95\%$ erlauben, insbesondere in „schwer erreichbaren“ Bevölkerungsgruppen (21). Dazu zählen kulturelle oder ethnische Minderheiten, nomadisch lebende Gruppen, Opfer von gesellschaftlichen Unruhen/politischer Instabilität, geografisch isoliert lebende Gruppen sowie Bevölkerungsgruppen, die aufgrund ihrer Religion oder Weltanschauung eine Impfung ablehnen.

- 2. Bereitstellung einer zweiten Masern-Impfmöglichkeit durch ergänzende Impfkaktivitäten für Bevölkerungsgruppen mit einem Masernrisiko.** Es sind ergänzende Impfkaktivitäten zu erwägen, um Bevölkerungsgruppen mit ungenügendem Immunstatus zu erreichen, deretwegen die endemische Masern-Übertragungskette nicht unterbrochen wird, und die eine Exposition gegenüber dem Masernvirus befürchten müssen, falls es in ihrem Umkreis auftritt. Das betrifft Schüler und Studenten, Angehörige der Streitkräfte sowie Mitarbeiter der Gesundheitsdienste. Gefährdete Bevölkerungsgruppen werden ausfindig gemacht, indem man vorliegende epidemiologische Daten zu Masernfällen auswertet, durch Bewertung von Daten zur davor erreichten Durchimpfungsrate, oder unter bestimmten Umständen durch serologisches Screening.
- 3. Angebot einer Rötelnimpfung, auch im Rahmen ergänzender Impfkaktivitäten. Zielgruppe sind alle durch Röteln gefährdeten Kinder, Jugendlichen sowie Frauen im gebärfähigen Alter.** Kinder sowie Frauen im gebärfähigen Alter können für Röteln anfällig sein, weil sie dem Rötelnvirus nie ausgesetzt waren oder weil sie nicht gegen Röteln geimpft wurden. Möglicherweise auch hat ein kleiner Anteil der Frauen (<10%) nach der ersten Impfdosis keine Antikörper gebildet oder aber den Impfschutz verloren. In einigen Ländern ist die Rötelnimpfung seit vielen Jahren Bestandteil des Impfkaltenders für Kinder, jedoch ohne dass eine anhaltend hohe Durchimpfungsrate erreicht wurde. Somit erreicht eine größere Anzahl von nicht geimpften Mädchen das gebärfähige Alter ohne Rötelnimmunität, als dies vor Einführung des Rötelnimpfstoffes der Fall war. Im Falle eines Rötelnausbruchs besteht für diese Frauen ein Infektionsrisiko während einer Schwangerschaft. Dadurch steigt die Anzahl der Kinder mit CRS im Vergleich zu Ländern, wo der Rötelnimpfstoff nie eingesetzt wurde (22). Um diese gefährdeten Bevölkerungsgruppen zu erreichen, müssen geeignete Impfstrategien definiert werden sowohl um die endemische Virusübertragung zu unterbrechen, als auch die Frauen im gebärfähigen Alter gegen das Rötelnvirus zu schützen, falls es in ihren Umkreis eingeschleppt wird.
- 4. Stärkung der Surveillance-Systeme durch rigorose Einzelfalluntersuchung und Bestätigung von Verdachtsfällen durch Laborbefund.** Die Maßnahmen gegen Masern, Röteln und CRS müssen geeignet sein, sporadisch auftretende Fälle zu erkennen und Informationen über Epidemiologie und Virus-Genotyp weiterzuleiten, sodass die Fälle als endemisch übertragen oder eingeschleppt klassifiziert werden können. Diese Information muss gesammelt, analysiert und rechtzeitig verbreitet werden, damit das öffentliche Gesundheitswesen angemessen darauf reagieren kann. Surveillance-Systeme für unerwünschte Impfnebenwirkungen müssen es erlauben, Verdachtsfälle ausfindig zu

machen, sie zu beobachten und rechtzeitig darauf zu reagieren. Regelmäßige Schulungen sowie angemessene und funktionsfähige Informationssysteme sind entscheidende Bestandteile dieser Schlüsselstrategie.

- 5. Bessere Verfügbarkeit von qualitativ hochwertigen Informationen für Gesundheitsfachkräfte und für die Öffentlichkeit zu Nutzen und Risiken der Masern- und Rötelnimpfung.** Kenntnisse und Ansichten der Gesundheitsfachkräfte und der Öffentlichkeit über Masern und Röteln, einschließlich der Nutzen und Risiken, die mit dem Schutz vor diesen Krankheiten, verbunden sind, sind ein weiterhin äußerst wichtiger Einflussfaktor für Gesundheitsbehörden, die bemüht sind jene hohe Durchimpfungsrate zu erreichen und zu erhalten, welche für das Ziel der Eliminierung von Masern und Röteln erforderlich ist. In allen Mitgliedstaaten informiert sich eine zunehmende Anzahl von Menschen durch Nachrichtenmedien und das Internet über Gesundheitsfragen. Zwar erhält die Öffentlichkeit in vielen Mitgliedstaaten einige Informationen über das Thema Impfung, aber „es sollte stärker beachtet werden, wie das Material von denen, die das Recht und den Wunsch haben, sich zu informieren, aufgenommen und verwendet wird – nämlich von den Eltern der Kinder, die geimpft werden sollen, und von Eltern, deren Kind ihrer Meinung nach an unerwünschten Impfnebenwirkungen leidet“ (23).

Nach Bedarf wird die WHO ergänzende Materialien erarbeiten, um die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung dieser Strategie zu unterstützen.

4. Die wichtigsten Handlungsfelder

Die Schlüsselbereiche schließen Tätigkeiten auf regionaler wie auf nationaler Ebene mit ein und basieren auf Resolution EUR/RC55/R7 des WHO-Regionalkomitees für Europa (Anhang 2).

Erarbeitung nationaler Richtlinien

Nationale Planung zu Routine-Impfungen im Kindesalter

Allen Mitgliedstaaten wird eindringlich nahe gelegt, gesamtstaatliche Impfpläne zu erarbeiten, in denen Programmziele, Impfstrategien und -aktivitäten klar dargelegt werden, aus denen der Ressourcenbedarf ersichtlich ist und, wo angemessen, auch ein Finanzierungsplan. In diesen Impfplänen sollte definiert sein, mit welchen Mitteln das Impfprogrammmanagement ausgebaut werden kann. Das betrifft u. a. die fortlaufende Leistungsbewertung sowie geeignete Strategien zur Verbesserung der Erhebung, der Analyse und der Verwendung von Daten zu Programmaktivitäten aus den Landesteilen, einschließlich der Identifikation von leistungsschwachen Gebieten.

Pläne für Masern/Röteln/CRI

Für Mitgliedstaaten mit endemischer Masern- und/oder Rötelnübertragung ist eine krankheitsspezifische Planung unabdingbar. Sie sollte in die jeweiligen Impfpläne eingegliedert werden. Die Mitgliedstaaten werden angeregt, bereits vorhandene Pläne zu überprüfen und zu überarbeiten oder – falls noch nicht vorhanden – länderspezifische Pläne zu Masern/Röteln/CRI zu erarbeiten und umzusetzen. Diese Pläne sollten eine Rötelnimpfung in denjenigen Mitgliedstaaten vorsehen, in denen solche Programme bisher nicht existierten, wobei der Ressourcenbedarf geklärt werden muss.

Nationale Ausschüsse zur Eliminierung von Masern und Röteln

Den Mitgliedstaaten wird empfohlen, Ausschüsse zur Eliminierung von Masern und Röteln mit nationalen und regionalen Vertretern zu bilden, in die auch eventuell andere Partner eingebunden werden können. Durch diese Ausschüsse lassen sich die Fortschritte in Richtung der Ziele der Masern- bzw. Röteln-Eliminierung und der Prävention der CRI verfolgen.

Surveillance

Infrastruktur

Alle Mitgliedstaaten sollten prüfen, inwieweit sie imstande sind, durch Impfung vermeidbare Krankheiten zu überwachen und ob die betreffenden Kapazitäten qualitativ genügen, um eine fortlaufende Beobachtung, Messung und Berichterstattung für die Regionalziele der Polio-Ausrottung, der Masern- und Rötelneliminierung und der CRI-Prävention zu leisten. In Ländern ohne Meldepflicht für diese Krankheiten könnten gesetzliche Änderungen erforderlich werden, um die Tätigkeit des Surveillance-Systems

zu erleichtern. In Anbetracht der Anzahl der Mitgliedstaaten, die eine Masern- und/oder Rötelninzidenz von ≤ 1 pro 100 000 Einwohner angeben, sollten mehr Länder fallbasierte Informationen liefern können.

Vom WHO-Regionalbüro für Europa zur Unterstützung der Mitgliedstaaten erarbeitete Materialien für die Bewertung von Surveillance und zu Schulungszwecken werden 2006 zur Verfügung stehen.

Die Surveillance-Leitlinien für Masern, Röteln und kongenitale Rötelninfektion werden überarbeitet und das Programmziel der Rötelneliminierung aufgenommen. Zudem werden sie detaillierte Indikatoren enthalten, anhand derer sich die Qualität der Surveillance, sowie die Fortschritte in Bezug auf die Ziele der Krankheitseliminierung bewerten und verfolgen lassen.

Das regionale Masern-Röteln-Labornetzwerk muss weiter ausgebaut werden, damit mit Sicherheit $\geq 80\%$ der Verdachtsfälle auf Masern und Röteln untersucht werden können, wenn die Krankheitsinzidenz sich 1 pro 100 000 annähert. Die Tests werden in WHO-akkreditierten oder in Labors vorgenommen, die unter Supervision eines akkreditierten nationalen Labors arbeiten. Daten zu den Genotypen der Masern- und Rötelnviren sind für Fälle aus allen Mitgliedstaaten verfügbar.

Viele Mitgliedstaaten benötigen eine kostengünstige und nachhaltige Ausstattung mit Materialien für Masern- und Röteln-Labortests, die dem WHO-Standard entsprechen. Länder, für die die Einfuhr einer solchen Ausrüstung ein erhebliches finanzielles oder logistisches Problem darstellt, werden aufgefordert, diese im Land herzustellen.

Qualität und Sicherheit der Impfung

Alle Mitgliedstaaten sollten für die nachweisliche Qualität der bereitgestellten und eingesetzten Impfstoffe sowie die volle Funktionsfähigkeit der Aufsichtsbehörden sorgen. Für den Umgang mit Impfstoffen (Lagerung, Verteilung und Verwaltung einschließlich Erhalt der Kühlkette), für die Injektionssicherheit (Injektionsgerät und Behälter für scharfe Gegenstände) und sachgerechte Entsorgung der Injektionsgeräte (sicher, vollständig, umweltfreundlich) sollten hohe Praxisstandards gelten und befolgt werden.

Eine intensivierete Aufdeckung und Untersuchung unerwünschter Impfnebenwirkungen sowie entsprechende Gegenmaßnahmen sind wesentlich, um die Qualität und Sicherheit der Impftätigkeit fortlaufend zu beobachten und um eine Transparenz der Programme durch ausreichende Information über mögliche Fälle zu garantieren.

Koordination und Partnerschaft

Das WHO-Regionalbüro für Europa wird die Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten, mit staatlichen und zwischenstaatlichen sowie nichtstaatlichen Organisationen und weiteren maßgeblichen Partnern fördern, um Mittel für eine Stärkung der nationalen Impfsysteme zu gewinnen und die Ziele der Eliminierung von Masern und Röteln und die Prävention der kongenitalen Rötelninfektion zu erreichen.

Alle Mitgliedstaaten sollten geeignete Partnerschaften einschließlich von Plänen für die sektorübergreifende Zusammenarbeit mit staatlichen, zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen sowie weiteren einschlägigen Partnern, darunter dem

privaten Sektor und der Industrie, fördern, um die Dienste für Routineimpfungen zu stärken und das Erreichen der Eliminierungsziele zu sichern.

Kommunikation und Überzeugungsarbeit

Kommunikationspläne

Alle Mitgliedstaaten, insbesondere solche, in denen es nachteilige öffentliche Meinungsäußerungen zur Impfung gibt, sollten sicherstellen, dass sie auf offizielle Kommunikationspläne zurückgreifen können, die es erlauben, derartigen Meinungsäußerungen entgegenzutreten, und die gewährleisten, dass die Mitarbeiter der Gesundheitsdienste und die Öffentlichkeit gezielte und aussagekräftige Informationen zum Thema Impfung erhalten, mit denen auf spezifische Bedenken und Vorbehalte eingegangen wird.

Regionale Überzeugungsstrategie

Die WHO wird eine evidenzbasierte Strategie erarbeiten, die wirkungsvolle Ansätze für die Überzeugungsarbeit aufzeigt und sensibel auf verschiedene Problematiken auf regionaler und subregionaler Ebene eingeht. Darin werden Informationen zur Europäischen Impfwoche und Anregungen dazu enthalten sein, wie auf regionaler Ebene und auf Länderebene gezielte Überzeugungsarbeit geleistet werden kann.

Qualitativ hochwertige Informationen zur Impfung

Mitgliedstaaten, deren Sprache im Vaccine Safety Net nicht vertreten ist, sollten zusammen mit einschlägig Interessierten zugängliche Informationen für ihre Bevölkerung erarbeiten. Die Einrichtung von Webseiten in wichtigen in der Region gesprochenen Sprachen hat für die WHO Priorität.

Das Engagement der Mitgliedstaaten bei der Impfwoche ist entscheidend, um in der gesamten Region die Akzeptanz der Impfung durch gezielte Aktivitäten auf Ebene der Mitgliedstaaten oder darunter zu fördern. Zudem dient der Austausch über Erfahrungen und Informationen der Förderung von evidenzbasierten Methoden der Überzeugungsarbeit und Kommunikation.

Zertifizierung

Das WHO-Regionalbüro für Europa wird seine Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten und anderen relevanten Personen und Einrichtungen in anderen WHO-Regionen fortsetzen, um die Kriterien zu verfeinern, anhand derer regionale und nationale Fortschritte auf dem Weg zur Eliminierung von Masern und Röteln gemessen werden, und um ein regionales Zertifizierungsverfahren zu entwickeln.

Die Mitgliedstaaten werden, wo angemessen, nationale Zertifizierungsausschüsse bilden und die Dokumentation so vorbereiten müssen, wie es den Forderungen der regionalen Zertifizierungskommission für Masern entspricht.

5. Indikatoren

Vier Indikatoren für die Messung der Fortschritte hinsichtlich der aufgestellten Programmziele:

- Anzahl der Länder mit einer Maserninzidenz von <1 pro 1 000 000 Einwohner.
- Anzahl der Länder mit einer Rötelninzidenz von <1 pro 1 000 000 Einwohner.
- Anzahl der Länder mit einer CRS-Inzidenz von <1 pro 100 000 Lebendgeburten.
- Anzahl der Länder mit einer MI1-Durchimpfungsrate von $\geq 95\%$ im Landesdurchschnitt und $\geq 90\%$ in allen Landesteilen.

Die folgenden Leistungsindikatoren stehen in Verbindung mit den Schlüsselstrategien.

Impfung

- Bis Januar 2007 wird in 70% der Mitgliedstaaten landesweit $\geq 95\%$ der Kinder bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres eine erste Dosis des Masern- und Rötelnimpfstoffes verabreicht und/oder $\geq 90\%$ dieser Zielgruppe auf allen Haupt-Verwaltungsebenen. In 60% der Mitgliedstaaten erhalten $\geq 95\%$ der Kinder landesweit eine zweite Dosis des Masernimpfstoffes und/oder $\geq 90\%$ dieser Zielgruppe auf allen Haupt-Verwaltungsebenen.
- Bis Januar 2008 erhalten in 80% der Mitgliedstaaten $\geq 95\%$ der Kinder landesweit und/oder $\geq 90\%$ der Kinder auf allen Haupt-Verwaltungsebenen zwei Dosen des Masernimpfstoffes und zumindest eine Dosis des Rötelnimpfstoffes.
- Bis Januar 2009 erhalten in 95% der Mitgliedstaaten $\geq 95\%$ der Kinder landesweit und/oder $\geq 90\%$ aller Kinder auf den Haupt-Verwaltungsebenen zwei Dosen des Masernimpfstoffes und zumindest eine Dosis des Rötelnimpfstoffes.

Surveillance

- Bis Januar 2007 erfüllen 60% der Mitgliedstaaten mindestens 80% der primären Surveillance-Indikatoren¹.
- Bis Januar 2008 erfüllen 80% der Mitgliedstaaten mindestens 80% der primären Surveillance-Indikatoren.
- Bis Januar 2009 erfüllen 90% der Mitgliedstaaten mindestens 90% der primären Surveillance-Indikatoren.
- Bis Januar 2010 erfüllen 100% der Mitgliedstaaten mindestens 90% der primären Surveillance-Indikatoren.

¹ Die primären Surveillance-Indikatoren und eine detaillierte Liste von Surveillance-Indikatoren sind in den Leitlinien zur Surveillance der Masern, Röteln und kongenitalen Rötelninfektion enthalten.

Kommunikation

- Bis 2006 beteiligen sich 35 Mitgliedstaaten landesweit oder in Landesteilen an der Europäischen Impfwoche.
- Bis 2007 beteiligen sich 45 Mitgliedstaaten landesweit oder in Landesteilen an der Europäischen Impfwoche.
- Bis 2007 wird eine Strategie der Europäischen Region der WHO für Überzeugungsarbeit zum Thema Impfung erarbeitet.
- Bis 2007 haben 52 Mitgliedstaaten Kommunikationspläne für ihre Länder erarbeitet und umgesetzt.
- Bis 2008 umfasst das Vaccine Safety Net >20 akkreditierte Webseiten in mindestens 9 Sprachen.
- Bis 2010 umfasst das Vaccine Safety Net >25 akkreditierte Webseiten in mindestens 10 Sprachen.

Literatur

1. *Global Immunization Vision and Strategy*. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.who.int/vaccines/GIVS/>, Zugriff am 3. Oktober 2005).
2. Progress in reducing global measles deaths: 1999–2003. *Weekly Epidemiological Record*, 2005, 80(9):78–81 (<http://www.who.int/wer/2005/wer8009/en/index.html>, Zugriff am 3. Oktober 2005).
3. Oster N et al. International importation of measles virus – United States, 1993–2001. *Journal of Infectious Diseases*, 2004, 189(Suppl. 1):S48–S53.
4. King A et al. Measles elimination in Canada. *Journal of Infectious Diseases*, 2004, 189(Suppl. 1):S236–S242.
5. *Technical consultation on surveillance for measles, rubella and congenital rubella syndrome, Copenhagen, Denmark, 12–13 April 2005*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/E86828.pdf>, Zugriff am 20. September 2005).
6. Robertson S et al. Rubella and congenital rubella syndrome: global update. *Pan-American Journal of Public Health*, 2003, 14(5):306–315.
7. Progress towards elimination of measles and prevention of congenital rubella infection in WHO European Region, 1990–2004. *Weekly Epidemiological Record*, 2005, 80(8):66–71 (<http://www.who.int/wer/2005/wer8008/en/index.html>, Zugriff am 3. Oktober 2005).
8. GESUNDHEIT21. *Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1999 (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6) S. 54–67 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_38?language=German, Zugriff am 3. Oktober 2005).
9. *Strategie zur Bekämpfung von Masern und kongenitalen Röteln in der Europäischen Region der WHO*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2003 (<http://www.euro.who.int/document/e81567g.pdf>, Zugriff am 3. Oktober 2005).
10. Ehreth J. The value of vaccination: a global perspective. *Vaccine*, 2003, 21:4105–4117.
11. Filia A et al. I ricoveri per morbillo in Italia nel 2002: valutazione dell’impatto in termini di salute e di costi [dt.: Stationäre Versorgung von Masern in Italien im Jahr 2002: Bewertung der gesundheitlichen und finanziellen Folgen]. *Bollettino Epidemiologica Nazionale*, 2004, 17(11) (<http://www.epicentro.iss.it/ben/2004/dicembre/1.htm>, Zugriff am 22. September 2005).

12. Hinman AR et al. Economic analyses of rubella and rubella vaccines: a global review. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:264–270 ([http://www.who.int/bulletin/archives/80\(4\)264.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/80(4)264.pdf), Zugriff am 3. Oktober 2005).
13. Bjerregaard P. Economic analysis of immunization programmes. *Scandinavian Journal of Social Medicine, Supplementum*, 1991, 46:115–119.
14. Elo O. Cost-benefit studies of vaccinations in Finland. *Developments in Biological Standardization*, 1979, 43:419–428.
15. Stray-Pedersen B. Economic evaluation of different vaccination programmes to prevent congenital rubella. *NIPH Annals*, 1982, 5:69–83.
16. *Surveillance guidelines for measles and congenital rubella infection in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/document/E82183.pdf>, Zugriff am 3. Oktober 2005).
17. *Field guide for planning and implementing supplemental immunization activities for measles and rubella*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/Document/e82636.pdf>, Zugriff am 3. Oktober 2005).
18. Hanon FX et al. Progress toward elimination of measles and prevention of congenital rubella infection – European Region, 1990–2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2005, 54(7):175–178 (<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5407a5.htm>, Zugriff am 3. Oktober 2005).
19. Monitoring the interruption of indigenous measles transmission, Cape Town meeting, 14 October 2003. *Weekly Epidemiological Record*, 2004, 79:70–72 (<http://www.who.int/wer/2004/wer7907/en/index.html>, Zugriff am 3. Oktober 2005).
20. Impfsicherheit [Website]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/vaccine/related/20040826_1, Zugriff am 20. September 2005).
21. Sedlak J. Tackling cultural barriers to health care service delivery in Croatia. In: Ziglio E et al., eds. *Gesundheitssysteme stellen sich der Armut*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2003 (Public-Health-Fallstudien Nr. 1) S. 19–30 (<http://www.euro.who.int/document/e80225g.pdf>, Zugriff am 3. Oktober 2005).
22. Panagiotopoulos T, Antoniadou I, Valassi-Adam E. Increase in congenital rubella occurrence after immunization in Greece: retrospective survey and systematic review. *British Medical Journal*, 1999, 319:1462–1467.
23. Stratton K et al., eds. *Immunization safety review: measles-mumps-rubella vaccine and autism*. Washington, DC, National Academy Press, 2001, p. 58 (<http://www.iom.edu/report.asp?id=4715>, Zugriff am 3. Oktober 2005).

Anhang 1. Anzahl der Masern-, Röteln- und CRS-Fälle und Inzidenz (2004)

Mitgliedstaaten	Bevölkerung	Masern		Röteln		CRS
		Anzahl der Fälle	Inzidenz pro 100 000 Einw.	Anzahl der Fälle	Inzidenz pro 100 000 Einw.	Anzahl der Fälle
Albanien	3 212 702	0	0	0	0	0
Andorra	70 684	0	0	0	0	0
Armenien	3 795 926	1 783	46,97	733	19,31	k. A.
Aserbaidshjan	8 238 683	827	10,04	5 796	70,35	0
Belgien	10 291 637	61	0,59	38	0,37	k. A.
Bosnien-Herzegowina	4 185 901	28	0,67	43	1,03	0
Bulgarien	7 643 689	0	0	474	6,20	0
Dänemark	5 356 974	0	0	k. A.	–	0
Deutschland	81 921 472	121	0,15	k. A.	–	2
EJR Mazedonien ^a	2 060 698	9	0,44	33	1,60	k. A.
Estland	1 330 408	0	0	22	1,65	0
Finnland	5 188 120	0	0	0	0	k. A.
Frankreich	60 098 596	4 448	7,40	k. A.	–	k. A.
Georgien	5 155 027	6 847	132,82	4 809	93,29	1
Griechenland	10 633 783	1	0,01	2	0,02	k. A.
Irland	3 951 096	334	8,45	49	1,24	1
Island	287 050	0	0	0	0	0
Israel	6 558 960	116	1,77	11	0,17	0
Italien	57 276 044	599	1,05	363	0,63	k. A.
Kasachstan	15 918 221	2 204	13,85	15 103	94,88	0
Kirgisistan	5 159 175	8	0,02 ^b	7	0,14	1
Kroatien	4 660 186	54	1,16	2	0,04	0
Lettland	2 366 077	0	0	52	2,20	0
Litauen	3 663 052	1	0,03	93	2,54	0
Luxemburg	458 358	0	0	0	0	0
Malta	396 323	4	1,01	0	0	0
Monaco	30 000	k. A.	–	k. A.	–	k. A.
Niederlande	16 096 243	11	0,07	46	0,29	k. A.
Norwegen	4 537 165	7	0,15	2	0,04	0
Österreich	8 053 513	15	0,19	k. A.	–	k. A.
Polen	38 465 328	11	0,03	4 857	12,63	0
Portugal	10 072 004	5	0,05	8	0,08	0
Republik Moldau	4 250 415	4	0,09	170	4,00	0
Rumänien	22 212 048	117	0,53	47 444	213,60	8
Russische Föderation	142 000 000	2 444	1,72	146 220	103,09	2
San Marino	28 856	0	0	1	3,47	0
Schweden	8 799 321	5	0,06	0	0	0
Schweiz	7 157 109	39	0,54	ND	–	0
Serbien und Montenegro	10 490 603	11	0,10	303	2,89	k. A.
Slowakei	5 415 749	2	0,04	3	0,06	0
Slowenien	1 978 882	0	0	1	0,05	0
Spanien	39 901 860	26	0,07	90	0,23	0
Tadschikistan	6 255 622	4	0,06	567	9,06	k. A.
Tschechische Republik	10 230 243	17	0,17	31	0,30	0
Türkei	70 357 216	8 927	12,69	k. A.	–	k. A.
Turkmenistan	5 113 261	1	0,02	26	0,51	k. A.
Ukraine	47 743 184	146	0,31	31 606	66,20	k. A.
Ungarn	9 768 626	0	0	36	0,37	1
Usbekistan	26 320 010	75	0,28	498	1,89	0
Vereinigtes Königreich	59 855 556	189	0,32	17	0,03	0
Weißrussland	10 023 087	2	0,02	4 492	44,82	1
Zypern	808 871	0	0	6	0,74	0

k. A. = keine Angaben vorliegend

^a Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien.^b Inzidenz ohne eingeschleppte Fälle.

Quelle: Daten nach dem jährlichen WHO/UNICEF-Meldeformular, 2005.

Anhang 2. Resolution EUR/RC55/R7 des WHO-Regionalkomitees für Europa, 55. Tagung, 2005

Stärkung der nationalen Immunisierungssysteme durch Eliminierung von Masern und Röteln und Prävention von kongenitalen Röteln in der Europäischen Region der WHO

Das Regionalkomitee –

unter Hinweis auf die Millenniums-Entwicklungsziele der Vereinten Nationen und die *Strategic directions for improving the health and development of children and adolescents* [dt. Strategische Richtungen für die Verbesserung der Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen], die Immunisierung als eine Strategie zur Verminderung der Mortalität und Morbidität von Kindern unter fünf Jahren und als eine Hilfe beim Angehen der Armutprobleme in stark gefährdeten und anfälligen Bevölkerungsgruppen aufzeigen, auf Empfehlungen der Sondersitzung der Generalversammlung der Vereinten Nationen zum Thema Kinder (2002) und auf die Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung WHA56.20 zur Senkung der globalen Masernsterblichkeit, WHA56.21 über eine Strategie für Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und WHA58.15 zum Entwurf einer globalen Immunisierungsstrategie,

in der Erkenntnis, dass Impfungen eine der kostenwirksamsten verfügbaren Interventionen für die Bevölkerungsgesundheit und dass Impfprogramme seit Jahrzehnten ein integraler Bestandteil der öffentlichen Gesundheitsdienste und ein entscheidendes Präventionselement der primären Gesundheitsversorgung in der Europäischen Region sind,

in der Erkenntnis, dass die Zertifizierung der Region als poliofrei im Jahr 2002 das Ergebnis koordinierter Aktivitäten aller Mitgliedstaaten zur Sicherung eines Impfschutzes für alle Kinder war und dass eine Poliovirus-Überwachung von hoher Qualität aufrechterhalten werden muss, bis Poliomyelitis weltweit für ausgerottet erklärt ist,

in der Erkenntnis, dass der Erfolg von Impfprogrammen zu Errungenschaften in der Krankheitsbekämpfung geführt hat, dass diese jedoch nur erhalten und weiter ausgebaut werden können, wenn den Impfprogrammen weiterhin Aufmerksamkeit und Unterstützung zuteil wird und auch neue Impfstoffe eingeführt werden, soweit wissenschaftliche Erkenntnisse dies rechtfertigen,

im Bewusstsein, dass es stark gefährdete und vulnerable Bevölkerungsgruppen in der Europäischen Region gibt, denen immer noch ein angemessener Impfschutz fehlt, weil der Zugang zur primären Gesundheitsversorgung aus geografischen, kulturellen, ethnischen oder sozioökonomischen Gründen beschränkt ist und auch, weil es ein unbegründetes Misstrauen gegen Impfungen gibt,

in Anerkennung des Rechts der Kinder auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit und auf gerechten Zugang zu Gesundheitsdiensten sowie der Notwendigkeit, einen hohen Versorgungsgrad mit Impfstoffen für Kinder zu erreichen und zu erhalten, damit für den

Schutz aller Kinder gesorgt ist und die Krankheitsübertragung unter ihnen minimiert wird,

Kenntnis nehmend davon, dass die Senkung der Masernsterblichkeit das Erreichen der Millenniums-Entwicklungsziele weltweit erleichtern wird und dass Röteln eine anerkannte und vermeidbare Ursache schwerer Geburtsschäden sind,

in der Erkenntnis, dass durch die Verwendung kombinierter Masern- und Rötelnimpfstoffe bei Verabreichung zweier Dosen im Rahmen einer Routineimpfung durch Kinderimpfprogramme in der Europäischen Region der WHO Masern und Röteln eliminiert und kongenitale Röteln verhütet werden können, wenn hohe Impfraten erreicht und erhalten werden und wenn anfällige Bevölkerungsgruppen, darunter Frauen im gebärfähigen Alter, gezielt angegangen werden,

nach Prüfung der Dokumente EUR/RC55/6 zur Europäischen Strategie für die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und EUR/RC55/7 zur Stärkung der nationalen Immunisierungssysteme durch Eliminierung von Masern und Röteln und Prävention von kongenitalen Röteln in der Europäischen Region der WHO –

1. BITTET die Mitgliedstaaten EINDRINGLICH,

- a) sich zum Erreichen der Ziele der Eliminierung von Masern und Röteln und der Prävention kongenitaler Röteln bis 2010 zu bekennen und ihnen hohen Vorrang einzuräumen,
- b) Programme für Regelimpfungen anzubieten, die mit Impfstoffen für Kinder eine hohe Impfrate erreichen und erhalten und die sicherstellen, dass alle Kinder, Jugendlichen und Frauen im gebärfähigen Alter gleichen Zugang zu sicheren Impfdiensten von hoher Qualität haben,
- c) eine hinreichende Überwachung einschließlich der erforderlichen Labornetze für Masern, Röteln, kongenitale Röteln und Poliomyelitis sicherzustellen, damit die Eliminierungsziele erreicht und erhalten werden können,
- d) wo angemessen, die Veranstaltung einer Impfwoche in der Region zu unterstützen, um Impfen durch Überzeugungsarbeit zu fördern,
- e) geeignete Partnerschaften einschließlich von Plänen für die sektorübergreifende Zusammenarbeit mit staatlichen, zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen sowie weiteren einschlägigen Partnern, darunter dem privaten Sektor und der Industrie, zu fördern, um die Dienste für Regelimpfungen zu stärken und das Erreichen der Eliminierungsziele zu sichern,

2. ERSUCHT den Regionaldirektor,

- a) kooperative Bemühungen mit Mitgliedstaaten, staatlichen, zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen sowie anderen einschlägigen Partnern zu unterstützen und zu befürworten, damit Mittel zur Stärkung der nationalen Dienste für Regelimpfungen zugesagt werden, damit die Ziele der Eliminierung von Masern und Röteln und der Prävention der kongenitalen Röteln erreicht werden und damit in der Region eine Impfwoche veranstaltet wird,

- b) den Mitgliedstaaten strategische Orientierung und fachliche Anleitung anzubieten, wie sie in der *Global immunization vision and strategy 2006-2015* [dt. Globale Vision und Strategie für die Immunisierung 2006-2015] skizziert sind, um ihre Fortschritte bei der Stärkung der nationalen Systeme für Regelimpfungen, einschließlich einer Analyse der Gründe für eine unzureichende Impfquote und der Einführung neuer Impfstoffe und Verfahren, und das Erreichen der Eliminierungsziele zu unterstützen,
- c) partnerschaftlich mit anderen WHO-Regionen zusammenzuarbeiten, um die Verständigung und gemeinsame Herangehensweisen, wo angemessen, zur Erreichung der Eliminierungsziele zu erleichtern,
- d) dem Regionalkomitee bei seiner 58. Tagung im Jahr 2008 über die gemachten Fortschritte zu berichten.

Anhang 3. Nationale Impfprogramme gegen Masern und Röteln (2005) und Durchimpfungsrate (2004)

Mitgliedstaaten	Art der MI1	Alter bei 1. Dosis	MI1-Durchimpfungsrate [%]	Art der MI2	Alter bei 2. Dosis	MI2-Durchimpfungsrate [%]
Albanien	MMR	1 Jahr	96,2	MMR	5 Jahre	95,7
Andorra	MMR	15 Monate	97,6	MMR	5 Jahre	k. A.
Armenien	MMR	1 Jahr	91,5	MMR	6 Jahre	94,4
Aserbaidschan	MMR	12 Monate	98,4	MMR	6 Jahre	97,8
Belgien	MMR	1 Jahr	82,2	MMR	10–13 Jahre	k. A.
Bosnien-Herzegowina	MMR	2 Jahre	88,0	MMR (Röteln Mädchen)	6–7 Jahre (14 Jahre)	88,0
Bulgarien	MMR	13 Monate	94,7	MMR	12 Jahre	90,8
Dänemark	MMR	15 Monate	96,0	MMR (Röteln Mädchen)	12 Jahre (unter 18 Jahre)	88,0
Deutschland	MMR	11–14 Monate	92,5	MMR	15–23 Jahre	50,9
EJR Mazedonien ^a	MMR	13 Monate	96,4	MMR (Röteln)	7 Jahre (14 Jahre)	94,8
Estland	MMR	1 Jahr	95,5	MMR	13 Jahre	97,2
Finnland	MMR	14–18 Monate	97,0	MMR	8 Jahre	k. A.
Frankreich	MMR	12 Monate	86,0	MMR	13–24 Monate	86,0
Georgien	MMR	1 Jahr	86,0	MMR	5 Jahre und 13 Jahre	75,0
Griechenland	MMR	15 Monate	88,0	MMR	4–6 Jahre	k. A.
Irland	MMR	12–15 Monate	81,1	MMR	4–5 Jahre	k. A.
Island	MMR	18 Monate	93,0	MMR	12 Jahre	89,0
Israel	MMR	12 Monate	95,0	MMR	6 Jahre	k. A.
Italien	MMR	12–15 Monate	84,0	MMR	5–12 Jahre	k. A.
Kasachstan	MMR	1 Jahr	98,9	MMR (Röteln)	6–7 Jahre (15 Jahre)	100,0
Kirgisistan	MMR	12 Monate	99,3	MR	6 Jahre	98,1
Kroatien	MMR	1 Jahr	95,7	MMR	6 Jahre und 10 Jahre	97,8
Lettland	MMR	15 Monate	98,7	MMR	7 Jahre	92,4
Litauen	MMR	15 Monate	97,7	MMR	6 Jahre und 12 Jahre	93,4
Luxemburg	MMR	15 Monate	91,0	MMR	5 Jahre	k. A.
Malta	MMR	15 Monate	87,4	MMR	7 Jahre	k. A.
Monaco	MMR	12 Monate	99,0	MMR	13–24 Monate	k. A.
Niederlande	MMR	14 Monate	96,3	MMR	9 Jahre	97,7
Norwegen	MMR	15 Monate	88,0	MMR	12 Jahre	90,0
Österreich	MMR	1–2 Jahre	73,5	MMR	1–2 Jahre	47,4
Polen	MMR	13–14 Monate	97,4	Masern (Röteln Mädchen)	7 Jahre (13 Jahre)	48,5
Portugal	MMR	15 Monate	94,8	MMR	5–6 Jahre	k. A.
Republik Moldau	MMR	12 Monate	96,3	MMR	6–7 Jahre	97,8
Rumänien	MMR	12–15 Monate	97,1	Masern (Röteln Mädchen)	7 Jahre (14 Jahre)	96,5
Russische Föderation	Masern/Röteln	12 Monate	98,4/92,0	Masern	6 Jahre	96,8
San Marino	MMR	15–16 Monate	97,5	MMR	5–6 Jahre	95,6
Schweden	MMR	18 Monate	94,5	MMR	12 Jahre	95,2
Schweiz	MMR	12 Monate	82,0	MMR	15–24 Monate	k. A.
Serbien und Montenegro	MMR	12 Monate	95,7	MMR	12 Jahre	96,4
Slowakei	MMR	14 Monate	98,0	MMR	11 Jahre	98,0
Slowenien	MMR	12 Monate	94,0	MMR	6 Jahre	k. A.
Spanien	MMR	12–15 Monate	97,3	MMR	3–6 Jahre	91,2
Tadschikistan	Masern	12 Monate	99,0	Masern	6 Jahre	97,8
Tschechische Republik	MMR	15 Monate	96,9	MMR	21 Monate	96,9
Türkei	Masern	9 Monate	81,0	Masern	6 Jahre	97,0
Turkmenistan	Masern	12–15 Monate	97,3	Masern	6 Jahre	90,0
Ukraine	MMR	12–15 Monate	99,0	MMR (Röteln Mädchen)	6 Jahre und 11 Jahre (15 Jahre)	97,0
Ungarn	MMR	15 Monate	99,9	MMR	11 Jahre	99,7
Usbekistan	Masern	12 Monate	98,5	Masern	6 Jahre	98,6
Vereinigtes Königreich	MMR	13 Monate	81,0	MMR	3–5 Jahre	76,0
Weißrussland	MMR	12 Monate	99,0	MMR	6 Jahre	98,5
Zypern	MMR	13 Monate	86,3	MMR	4–6 Jahre	k. A.

k. A. = keine Angaben vorliegend

^a Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien.

Quelle: Daten nach dem jährlichen WHO/UNICEF-Meldefomular, 2005.

Anhang 4. Mumps in der Europäischen Region der WHO

Mumps ist eine systemische Erkrankung, gekennzeichnet durch das Anschwellen einer oder mehrerer Speicheldrüsen, normalerweise der Ohrspeicheldrüse. Bei ungefähr 5% der an Mumps Erkrankten ist eine Infektion des zentralen Nervensystems klinisch nachweislich. Die Hodenentzündung (Orchitis) zählt zu den häufigen Komplikationen nach der Pubertät, zieht aber nur selten Sterilität nach sich. Im Rahmenkonzept GESUNDHEIT21 wurde für das Ziel Mumps-Eindämmung eine Größenordnung von <1 Fall pro 100 000 Einwohner bis zum Jahr 2010 angesetzt.

Mumps-Surveillance

Mithilfe des jährlichen WHO/UNICEF-Meldeformulars geben die Mitgliedstaaten der WHO die Anzahl der Mumps-Fälle für jeweils ein Jahr an. Die WHO hat Falldefinitionen für Mumps herausgegeben¹. Es ist jedoch nicht bekannt, wie viele der gemeldeten Fälle durch Laborbefund bestätigt sind. Labortests auf Mumps werden derzeit nicht im Rahmen des Europäischen Masern- und Röteln-Labornetzwerks durchgeführt. Es gibt kein Verfahren zur Routineerhebung von Daten über Mumps-Ausbrüche.

Impfprogramme

In 50 der 52 Mitgliedstaaten (96%) in der Europäischen Region wird ein Mumpsimpfstoff eingesetzt. In 47 Mitgliedstaaten wird der MMR-Impfstoff verwendet (Anhang 3), und in 47 Ländern wird nach Impfplan zweimal gegen Mumps geimpft. Es finden die Impfstoffstämme Jeryl Lynn, Leningrad-3, Leningrad-Zagreb, RIT 4385 und Urabe Verwendung. Zumindest drei Mitgliedstaaten aus dem Westen der Region hatten zuvor den Rubini-Stamm verwendet, der jedoch – wie sich zeigte – keinen Langzeitschutz gewährt. Eine WHO Stellungnahme zu Mumps-Impfstoffen wurde im Jahr 2001 veröffentlicht².

Epidemiologie

Die Anzahl der seit 1990 in der Europäischen Region gemeldeten Mumps-Fälle schwankte zwischen 172 498 im Jahr 2002 und 618 541 in Jahr 1998 (Abb. 1). Im Jahr 2004 meldeten 46 Länder insgesamt 252 472 Fälle. Die Mumps-Inzidenz ist in den Mitgliedstaaten stark unterschiedlich (Abb. 2), wobei die nordische Ländergruppe die geringste Inzidenz aufweist (0,19 pro 100 000 Einwohner).

¹ WHO-recommended standards for surveillance of selected vaccine-preventable diseases. Geneva, World Health Organization, 2003 (document WHO/EPI/GEN/98.01) (<http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF03/www742.pdf>, Zugriff am 3. Oktober 2005).

² Mumps virus vaccines. *Weekly Epidemiological Record*, 2001, 76(45):346–355 (<http://www.who.int/docstore/wer/pdf/2001/wer7645.pdf>, Zugriff am 13. Oktober 2005).

Abb. 1: Mumps-Fallzahlen in der Europäischen Region der WHO und Anzahl der meldenden Länder

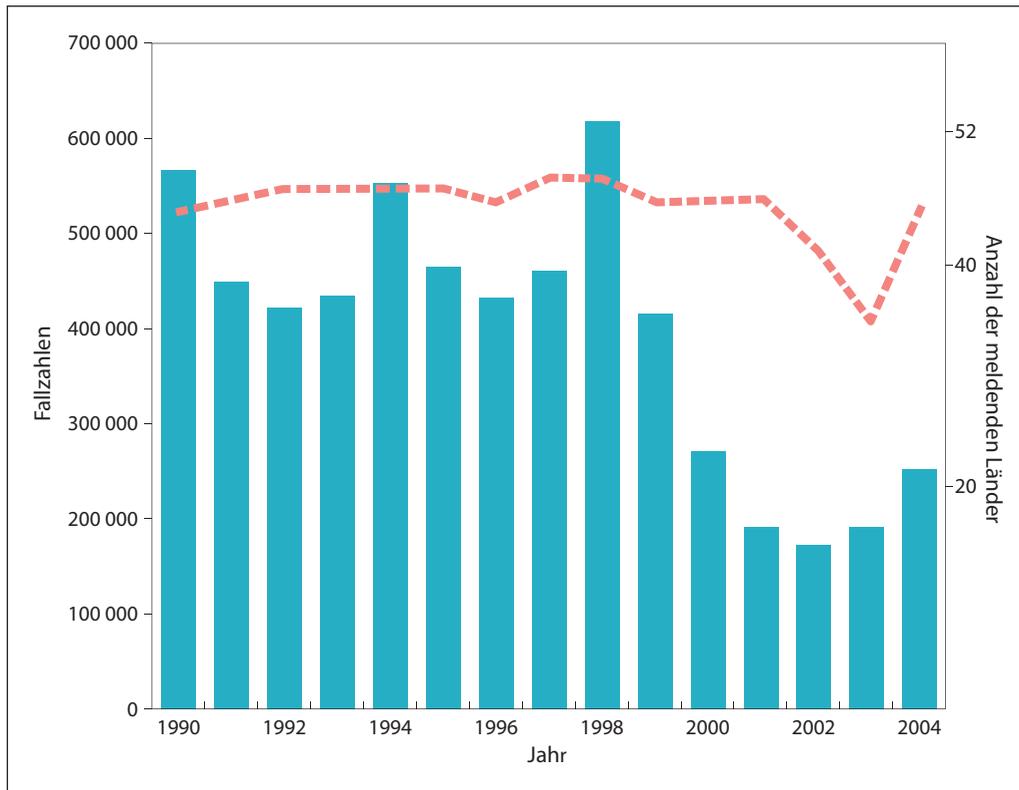
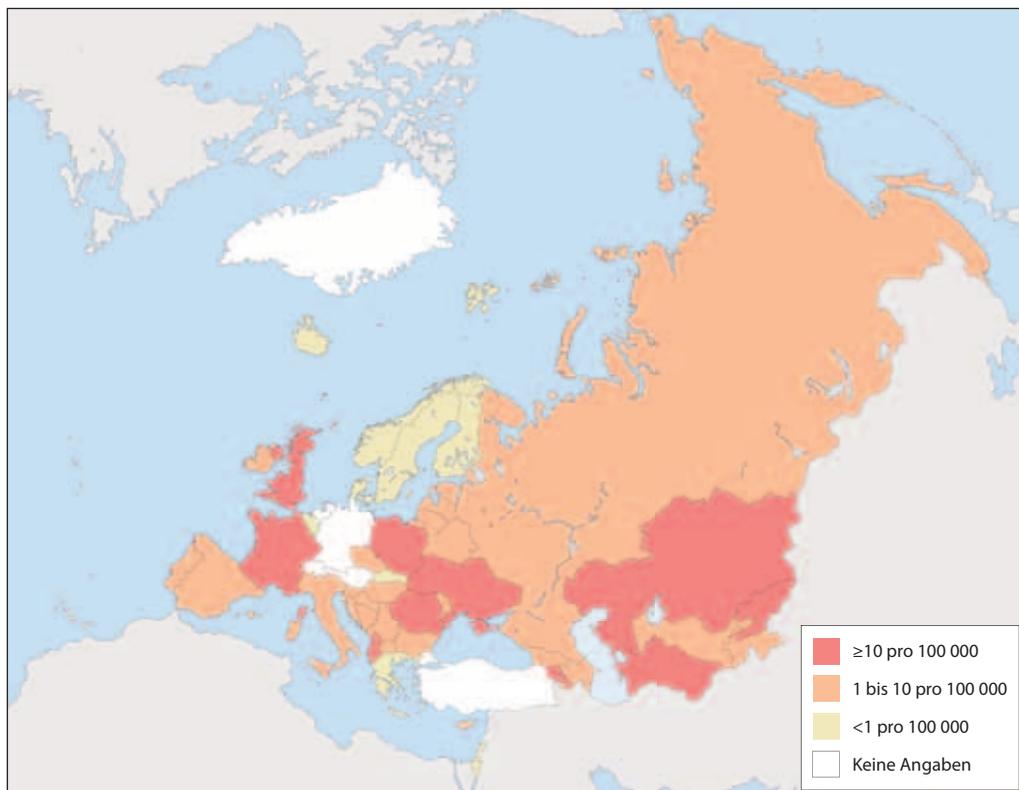


Abb. 2: Mumps-Inzidenz in der Europäischen Region der WHO



Anhang 5. Glossar

Bekämpfung von Masern – Die standardisierte, regelmäßige und fortgesetzte Verabreichung des Masernimpfstoffes mit dem Ziel, Morbidität und Mortalität durch Masern herabzusetzen. Dies wird in Übereinstimmung mit den Zielvorgaben ausgeführt.

Bekämpfung von Röteln – Die standardisierte, regelmäßige und fortgesetzte Verabreichung eines Rötelnimpfstoffes mit dem Ziel, mit Röteln einhergehende Erkrankungen und Todesfälle in Übereinstimmung mit den Zielvorgaben herabzusetzen.

Durchimpfungsrate mit dem Masernimpfung – Die Mitgliedstaaten geben jährlich auf dem Meldeformular von WHO/UNICEF die Durchimpfungsrate mit der ersten Dosis des Masernimpfung (MI1) und mit der zweiten Dosis (MI2) an. MI1 ist gewöhnlich mit 24 Monaten erreicht. Das Alter für MI2 variiert stärker, da in der Europäischen Region die zweite Dosis zu unterschiedlichen Zeitpunkten verabreicht wird.

Eingeschleppter Fall – Erkrankung eines Individuums, das wahrscheinlich in einem anderen geografischen Gebiet mit Krankheitsvorkommen exponiert war und dessen Inkubationszeit mit einer solchen Exposition übereinstimmt. Der Virus-Genotyp des eingeschleppten Falles sollte der angenommenen epidemiologischen Verbindung entsprechen.

Eliminierung (von Masern und Röteln) – Eine Situation, in der es nicht zur endemischen Übertragung der Viren kommen kann und in der eine nachhaltige Übertragung infolge eines eingeschleppten Falles nicht vorkommt.

Ergänzende Impfung – Diese Maßnahme ist auf alle Individuen in einer definierten Alters- oder Risikogruppe ausgerichtet. Mit ihr soll ein hoher Anteil aller gefährdeten Personen erreicht werden. Sie erstreckt sich normalerweise auf ein ausgedehntes geografisches Gebiet (z. B. eine Provinz oder ein Land) mit dem Ziel, die Anzahl der infektionsgefährdeten Individuen herabzusetzen. Ein Screening auf Impfstatus und/oder vorangegangene Erkrankung ist nicht erforderlich.

Europäisches Masern- und Röteln-Labornetzwerk – Ein Laborverbund der Mitgliedstaaten, der durch regionale und globale Referenzlabors unterstützt wird, welche von der WHO benannt und koordiniert werden.

Kongenitale Rötelninfektion (CRI) – Infektion des Fetus mit dem Rötelnvirus, die eine Fehlgeburt, den Fetustod oder die Geburt eines gesunden Kindes oder eines Kindes mit einigen oder allen Manifestationen eines CRS zur Folge haben kann.

Kongenitales Rötelsyndrom (CRS) – Ein mögliches Resultat einer Rötelninfektion *in utero*, insbesondere im ersten Trimenon. Zu den angeborenen Anomalien bei CRS zählen Herzfehler, Blindheit, Hörstörungen, Entwicklungsverzögerung oder geistige Behinderung.

Masernimpfstoff – Ein Impfstoff, der das Masernantigen entweder allein oder in Kombination mit dem Röteln- (MR-Impfstoff) oder Röteln- und Mumpsantigen (MMR-Impfstoff) enthält.

Routineimpfung – Die regelmäßige Impfung von aufeinander folgenden Kohorten durch Schutzimpfung an gleich bleibenden Orten, durch aufsuchende Verfahren und mobile Einrichtungen. Dazu zählt auch die routinemäßige Überprüfung der Impfdokumentation.

Staatliche Aufsichtsbehörden – Regierungsoffizielle Behörden für medizinische Produkte, deren übergreifende Aufgabe es ist sicherzustellen, dass alle Arzneimittel (Medikamente, Impfstoffe, Blutprodukte und andere biologische Produkte) und Ausrüstungen von nachgewiesener Qualität, Unbedenklichkeit und Wirksamkeit sind und im Sinne einer rationalen Verwendung mit geeignetem Informationsmaterial versehen sind.

Surveillance (Public Health) – Die fortgesetzte, systematische Erhebung, Analyse, Interpretation und Verbreitung von Daten zu einem gesundheitsrelevanten Ereignis zum Zweck der Verwendung in Public-Health-Maßnahmen mit dem Ziel, Morbidität und Mortalität zu senken und den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern.

Surveillance (Sentinel) – Epidemiologische Überwachung einer ausgewählten Bevölkerungsstichprobe. Die Stichprobe ist so ausgewählt, dass sie für die Eigenschaften bestimmter Gruppen repräsentativ ist.

Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa

Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

Tel.: +45 39 17 17 17, Fax: +45 39 17 18 18

E-Mail: postmaster@euro.who.int

Website: www.euro.who.int

Impfschutz rettet Leben. Die Stärkung der nationalen Impfsysteme ist für die Europäische Region der WHO daher ein wichtiges Ziel.

2002 lancierte das WHO-Regionalbüro für Europa einen strategischen Plan zur Eliminierung und zur Prävention der kongenitalen Rötelninfektion, welcher 2005 um das Ziel der Eliminierung der Röteln erweitert wurde.

Aus diesem Bericht geht hervor, dass der bislang bereits erzielte Fortschritt ein Erreichen der Ziele ermöglicht. Und es werden wichtige Strategien und Maßnahmen genannt, die die Länder annehmen sollten, wenn sie die Ziele bis 2010 erreichen wollen.



Das WHO-Regionalbüro für Europa

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist eine 1948 gegründete Sonderorganisation der Vereinten Nationen, die sich in erster Linie mit internationalen Gesundheitsfragen und der öffentlichen Gesundheit befasst. Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs Regionalbüros, die überall in der Welt eigene, auf die Gesundheitsbedürfnisse ihrer Mitgliedsländer abgestimmte Programme durchführen.

Mitgliedstaaten

Albanien
Andorra
Armenien
Aserbaidschan
Belgien
Bosnien-Herzegowina
Bulgarien
Dänemark
Deutschland
Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien
Estland
Finnland
Frankreich
Georgien
Griechenland
Irland
Island
Israel
Italien
Kasachstan
Kirgisistan
Kroatien
Lettland
Litauen
Luxemburg
Malta
Monaco
Niederlande
Norwegen
Österreich
Polen
Portugal
Republik Moldau
Rumänien
Russische Föderation
San Marino
Schweden
Schweiz
Serbien und Montenegro
Slowakei
Slowenien
Spanien
Tadschikistan
Tschechische Republik
Türkei
Turkmenistan
Ukraine
Ungarn
Usbekistan
Vereinigtes Königreich
WeiBrussland
Zypern

ISBN 92-890-3382-7



9 789289 033824