



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Fünfundfünfzigste Tagung**

Bukarest, Rumänien, 12.–15. September 2005

Punkt 6 a) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC55/7
+EUR/RC55/Conf.Doc./3
8. Juni 2005
53648
ORIGINAL: ENGLISCH

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

Immunisierung ist eine bewährte und äußerst wirksame Intervention zur Bekämpfung und manchmal vollständigen Eliminierung übertragbarer Krankheiten. Masern-, Röteln- und kongenitale Rötelninfektionen sind weiterhin wichtige Ursachen für Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen in der Region, die durch Impfung vermeidbar wären. Masern und Röteln sind in einer Reihe von Ländern durch Routineimpfungen für Kinder unter Verabreichung zweier Dosen eines kombinierten Masern-Röteln-Impfstoffs eliminiert worden. Mit Eliminierung ist dabei das Unterbrechen einer Endemie durch einen hohen Immunisierungsgrad der Bevölkerung aufgrund nachhaltiger, erstklassiger Impfdienste gemeint.

Dieser Bericht enthält Hintergrundinformationen zum Thema Immunisierung und zu den gegenwärtig erzielten Fortschritten hinsichtlich einer Eliminierung von Masern und Röteln und der Prävention von kongenitalen Rötelninfektionen sowie die Skizze einer Strategie zum Erreichen dieser Ziele bis 2010.

Dem Papier liegt ein Resolutionsentwurf zur Behandlung durch das Regionalkomitee bei.

Inhalt

	<i>Seite</i>
Hintergrundinformationen zum Thema Immunisierung	1
Bestehende Verpflichtungen	2
Immunisierung gegen Masern und Röteln	3
Impfpolitik	3
Fortschritte auf die Ziele zu	3
Wirtschaftliche Vorteile der Impfungen	4
Die nächsten Schritte.....	4
Literatur	5

Hintergrundinformationen zum Thema Immunisierung

1. Immunisierung ist eine bewährte und äußerst wirksame Intervention zur Bekämpfung und manchmal vollständigen Eliminierung übertragbarer Krankheiten, die die Gesundheit der Bevölkerung und insbesondere der Kinder und Jugendlichen verbessert. In der Europäischen Region der WHO werden Impfstoffe gezielt gegen signifikante Morbidität und Mortalität verursachende Krankheiten verabreicht.

- Pocken wurden 1980 dank globaler Anstrengungen ausgerottet, der letzte Pockenfall trat in der Region 1978 auf.
- 1995 gab es über 50 000 Fälle von Diphtherie in der Region, doch durch den Einsatz von Vakzinen fiel diese Zahl bis 2002 auf 870.
- In den 1950er Jahren traten jährlich in der Region 28 000 Fälle von Poliomyelitis auf, doch am 21. Juni 2002 wurde die Region für poliofrei erklärt.

2. Wirksame Kinderimpfprogramme sind zwar seit Jahrzehnten ein fester Bestandteil der öffentlichen Gesundheitsdienste in der Region, doch ist zur Erhaltung und zum Ausbau der entsprechenden Infrastruktur weiterhin politische Entschlossenheit erforderlich. Zu starken Immunisierungssystemen gehören eine gerechte Streuung der Impfdienste, eine hohe Immunisierungsrate durch zeitgemäße Vakzine, eine sichere Verabreichung qualitativ hochwertiger Impfstoffe, eine solide Überwachung der durch Impfung vermeidbaren Krankheiten (einschließlich der erforderlichen Laborverbände zur Verifizierung von Krankheiten und zur Unterstützung von Ausbruchsuntersuchungen) sowie die Einführung neuer Impfstoffe zur Verhütung einer zusätzlichen Krankheitsbelastung und zur weiteren Verbesserung der Gesundheit. Immunisierungssysteme sollten neue Impfstoffe einbeziehen können, wenn klare Erkenntnisse dafür sprechen. Dazu könnten Impfstoffe gehören, die einen Schutz bieten gegen Infektionen durch das Rotavirus (Durchfallerkrankung, vor allem von Säuglingen und Kleinkindern), das humane Papillomavirus (Zervixkarzinom), durch Meningokokken der Serogruppen A und C (Meningitis), durch Varizellen (Windpocken) und durch Pneumokokken (Pneumonie und Meningitis).

3. In einigen Mitgliedstaaten ist die Impfquote aufgrund unterschiedlicher Faktoren gesunken:

- das Erkrankungsrisiko wird von Öffentlichkeit, Politik und Fachwelt als gering angesehen,
- Missverständnisse in Fachwelt und Öffentlichkeit über das Verhältnis zwischen Nutzen und Risiken einer Impfung,
- beschränkter Zugang zu Gesundheitseinrichtungen oder nachhaltigen ambulanten Diensten vor Ort,
- begrenzte finanzielle Mittel vonseiten des Staates oder des einzelnen Bürgers,
- religiöse oder andere Überzeugungen von Eltern und Betreuern und das Fehlen gezielter Bemühungen diese Menschen zu erreichen,
- Medienberichte, die anerkannte Daten zur Wirksamkeit und Sicherheit der Impfstoffe in Frage stellen.

4. Einige Mitgliedstaaten haben Initiativen geschaffen, um Impfhindernisse zu überwinden. Mitarbeitende des dortigen Gesundheitswesens haben Faktoren wie Zugangsbehinderungen (kulturelle, sprachliche und räumliche) überwunden und die Erbringung von Impfdiensten für vulnerable und stark gefährdete Gruppen wie z. B. die Roma verbessert (1). Andere Länder haben Strategien der Risikokommunikation entwickelt, um Behauptungen über Impfstoffe zu kontern, darunter den angeblichen Zusammenhang zwischen dem Impfstoff gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR) und Autismus.

5. Die WHO hat mit den Mitgliedstaaten durch das Netzwerk Impfstoffsicherheit (VSN) für eine bessere Verfügbarkeit der Erkenntnisse über den Nutzen und die Risiken von Impfungen gearbeitet und seriöse

Internetinformationsdienste miteinander vernetzt. Gegenwärtig gibt es in der Region 13 solcher Websites mit Informationen in 7 Sprachen (2).

6. Im Jahr 2005 führt die WHO erstmalig in mindestens acht Mitgliedstaaten eine Impfwoche der Region durch, mit der das Bewusstsein über Immunisierung gefördert werden soll. Die Mitgliedstaaten können diese Gelegenheit dazu nutzen, sichere Impfpraktiken zu fördern, Leistungserbringer und Eltern mit Informationen zu versorgen, in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen für Impfungen zu werben und die Impfrate in den anfälligen Gruppen zu erhöhen.

Bestehende Verpflichtungen

7. Die Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen wollen mit dem Millenniums-Entwicklungsziel 4 „Zwischen 1990 und 2015 die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren um zwei Drittel senken“. Der Anteil der gegen Masern geimpften einjährigen Kinder ist ein Indikator für das Ziel 4.

8. Resolution WHA56.21 der Weltgesundheitsversammlung zur Strategie für Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen forderte die Mitgliedstaaten mit Nachdruck dazu auf danach zu streben, dass ihre Mütter, Neugeborenen, Kinder und Jugendlichen durch wirksame Interventionen voll erfasst werden, und warb zugleich für die Verwendung eines Ansatzes der Bevölkerungsgesundheit, wie den der Immunisierung, um die Inzidenz verbreiteter Krankheiten zu verringern.

9. Resolution WHA56.20 der Weltgesundheitsversammlung zur Senkung der globalen Masernsterblichkeit richtete die dringende Aufforderung an die Mitgliedstaaten im Rahmen bestehender Impfprogramme in Ländern mit hoher Masernsterblichkeit den WHO/UNICEF-Strategieplan 2001–2005 zur Senkung der Masernsterblichkeit umzusetzen und sich damit um einen Rückgang der jährlich weltweit 800 000 masernbedingten Sterbefälle zu bemühen. Die Weltgesundheitsversammlung empfahl auch, dass die Nationen den strategischen Ansatz zur Senkung der globalen Masernsterblichkeit als Instrument zur Stärkung nationaler Impfprogramme verwendeten.

10. Resolution WHA58.15 der Weltgesundheitsversammlung zum Entwurf einer globalen Immunisierungsstrategie legte den Mitgliedstaaten eindringlich nahe, die in der Sondersitzung der Generalversammlung der Vereinten Nationen zum Thema Kinder ausgesprochenen Immunisierungsziele zu erfüllen und die Vision und Strategie für eine globale Immunisierung als Rahmen zur Verstärkung der nationalen Impfprogramme in der Zeit von 2006 bis 2015 anzunehmen, damit höhere Immunisierungsraten und größere Zugangsgerechtigkeit sowie bessere Zugänglichkeit aktueller sowie künftiger Impfstoffe erreicht und die Vorteile des Impfens mit anderen Gesundheitsinterventionen für Altersgruppen jenseits der Kindheit verknüpft werden, und dafür zu sorgen, dass Immunisierung auf der nationalen gesundheitspolitischen Agenda vorrangig bleibt und durch systematische Planung, Umsetzung, Überwachung und Auswertung sowie langfristige finanzielle Zusagen unterstützt wird.

11. In seiner Resolution EUR/RC48/R5 nahm das Regionalkomitee das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ der Europäischen Region im 21. Jahrhundert an, das Ziele für neun durch Impfung vermeidbare Krankheiten aufstellte, darunter die Eliminierung von Masern (Unterbrechung der einheimischen Übertragung) bis 2007 und eine Senkung der Inzidenz von kongenitalen Röteln auf unter 0,01 pro 1000 Lebendgeburten bis 2010.

12. Resolution EUR/RC52/R2 forderte die Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO dazu auf, ihre Anstrengungen um die Aufrechterhaltung des Status als „poliofrei“ bis zur globalen Zertifizierung insbesondere in Bezug auf die Beibehaltung eines hohen routinemäßigen Impferfassungsgrads fortzusetzen, soweit notwendig ergänzende Immunisierungsmaßnahmen durchzuführen, die akute schlaffe Lähmung und die Polioviren weiter zu überwachen und beim Prozess der Laborsicherheitslagerung von Polio-Wildviren voranzukommen.

Immunisierung gegen Masern und Röteln

Impfpolitik

13. Die Europäische Region, die Region Westpazifik, die Region Östlicher Mittelmeerraum und die Region Gesamtamerika der WHO haben sich alle die Eliminierung der Masern zum Ziel gesetzt. Die Panamerikanische Gesundheitsorganisation (PAHO) erklärte 2002, das Ziel sei in der Region Gesamtamerika erreicht. 2002 wurde in der Europäischen Region der WHO in einem regionalen Konsultationsprozess ein strategischer Plan zum Thema Masern und kongenitale Rötelninfektion erarbeitet und umgesetzt, dessen Vorgaben für Masern und kongenitale Röteln mit einem Zieldatum verknüpft wurden (3). Der Plan ist darauf angelegt, Routineimpfprogramme als Instrument zur Erreichung der Ziele zu stärken. Er skizziert sechs strategische Hauptlinien:

- durch Verabreichung zweier Dosen eines Masernimpfstoffs im Rahmen erstklassiger Impfdienste einen hohen Immunisierungsgrad erreichen und erhalten,
- in Übereinstimmung mit den nationalen Masernbekämpfungszielen anfälligen Gruppen durch Zusatzimpfungen eine zweite Chance zur Immunisierung anbieten,
- Zusatzimpfungen gegen Masern für gezielte Aktivitäten bei den für Röteln anfälligen Gruppen nutzen,
- Impfschutz für Frauen im gebärfähigen Alter durch hohe Rötelnimpfraten sichern,
- Überwachungssysteme durch energische Falluntersuchung und Laborbestätigung stärken und
- erstklassige, bewertete Informationen für Fachwelt und Öffentlichkeit über Nutzen und Risiken in Verbindung mit Masern- und Rötelnimpfungen verfügbar machen.

Fortschritte auf die Ziele zu

14. Finnland hat als das erste Land der Welt nachweislich Masern, Mumps und Röteln durch einen MMR-Routineimpfplan mit Verabreichung zweier Dosen eliminiert (4). Heute impfen alle Mitgliedstaaten der Europäischen Region regelmäßig mit zwei Dosen gegen Masern. 48 (92%) impfen gegen Röteln, 47 verwenden einen kombinierten Masern-Röteln-Impfstoff. 2001 verwendeten 76% aller Länder Rötelnimpfstoffe. Die Impfquote lag bei der ersten Dosis Masernimpfstoff 2003 im Durchschnitt bei 90%, wobei die Raten unter den Ländern zwischen 78 und 99% schwankten. Seit 1994 wurden in mindestens elf Mitgliedstaaten auf nationaler Ebene gezielte Zusatzimpfungen (SIA) für gegenüber Masern und/oder Röteln anfällige Personen durchgeführt (5). In anderen Ländern haben solche Impfungen auf teilnationaler Ebene stattgefunden.

15. Die Zahl der Mitgliedstaaten, die eine Maserninzidenz von unter 1 pro Millionen Einwohner (ein Kriterium für die Maserneliminierung) melden, sind von 13 im Jahr 2001 auf 27 im Jahr 2004 gestiegen (um 52%). Die Anzahl der gemeldeten Masernfälle ist im letzten Jahrzehnt zugleich um 92% gefallen, doch wurden 2004 noch immer 27 000 Fälle gemeldet. Masernausbrüche gab es in den letzten vier Jahren in wenigstens 13 Mitgliedstaaten im Westen, in der Mitte und im Osten der Region. Fast 50% der eingeschleppten Masernfälle innerhalb der Europäischen Union (EU) stammen aus anderen EU-Ländern. Aus der Region werden auch in bedeutsamen Umfang Masern in die Region Gesamtamerikas eingeschleppt. 37% aller zwischen 1993 und 2001 in die Vereinigten Staaten eingeschleppten Fälle (6) und 21% aller kanadischen Masernfälle zwischen 1999 und 2001 (7) wurden mit der Europäischen Region in Verbindung gebracht.

16. Die Überwachung der Röteln gestaltet sich in der Region unterschiedlich. Einige Mitgliedstaaten, die erst vor kurzer Zeit Rötelnimpfungen einführten, sind aufgrund der Kosten nicht in der Lage die Fälle durch Labortests bestätigen zu lassen, bevor deren Inzidenz schon zurückgeht. In sechs Mitgliedstaaten gibt es gegenwärtig keine Überwachung. Auch die Überwachung der Rötelnembryopathie (CRS) ist

schwach. Sieben Mitgliedstaaten mit 25% der Bevölkerung der Region überwachen die Rötelnembryopathie nicht. Vier offizielle WHO-Konsultationen gelangten in den Jahren 2004 und 2005 zu der Empfehlung einer verstärkten Überwachung von CRS und kongenitaler Rötelninfektion (CRI).

17. Der Aufbau eines Labornetzes für die Überwachung von Masern und Röteln war in der Region ein wichtiges Tätigkeitsfeld. Das bestehende Netz für die Polioüberwachung bildete den Rahmen für die Weiterentwicklung der 47 nationalen Masern- und Rötelnlabors und drei regionalen Referenzlabors. Eine fortgesetzte Unterstützung der Überwachungstätigkeit durch die Mitgliedstaaten ist entscheidend für eine schnelle Aufdeckung und Bestätigung von Masern- und Rötelnfällen.

18. Der strategische Plan für Masern und kongenitale Rötelninfektion in der Europäischen Region der WHO wurde während der Tagung der Programmleiter für durch Impfung vermeidbare Krankheiten und für Immunisierung im Oktober 2004 sowie durch den Europäischen Sachverständigenbeirat der WHO für Immunisierungsfragen im November 2004 geprüft. Beide Gruppen machten sich die bestehenden Zielsetzungen und Hauptstrategien zu eigen und empfahlen außerdem, den Plan um das Ziel der Eliminierung von Röteln zu erweitern. Angesichts der schnellen Umstellung der Mitgliedstaaten auf kombinierte Masern-Röteln-Impfstoffe und der Tatsache, dass Röteln nur ein Drittel bis ein Viertel so ansteckend sind wie Masern, ist die Eliminierung der Röteln im Rahmen der Maserneliminierungsstrategie möglich.

Wirtschaftliche Vorteile der Impfungen

19. Immunisierung gegen Masern- und Rötelnviren lässt sich entweder durch die Verwendung der jeweiligen Antigen-Impfstoffe (d. h. gegen Masern oder gegen Röteln) oder durch kombinierte Masern/Röteln-Impfstoffe erreichen. Wirtschaftlichkeitsstudien mit Schwerpunkt auf Nationen in der Europäischen Region bestätigen die Kostenwirksamkeit einer erhöhten Masernimpfrate sowohl bei vorher niedriger Impfrate (70% oder darunter) als auch bei einer Impfrate von 90% (8). Außerdem stellen Studien ein Kosten-Nutzen-Verhältnis von mehr als 2,5 für zwei Dosen bei 95%igen Impfraten fest. Eine Durchsicht von 17 Untersuchungen aus der ganzen Welt, darunter 7 aus der Region, zeigt, dass Rötelnimpfungen eine kostenwirksame und Kosten sparende Maßnahme sind (Kosten-Nutzen-Verhältnis > 3) (9). Auch wirtschaftliche Evaluierungen aus Kanada und den Vereinigten Staaten unterstützen die Routine-MMR-Impfung mit zwei Dosen, wie Studien aus Westeuropa sie befürworten.

20. In Italien kam es 2002 und 2003 zu einem Masernausbruch mit über 40 000 Masernfällen, 16 Fällen von Enzephalitis und 4 Sterbefällen. Eine jüngst veröffentlichte Analyse der mit dem Ausbruch 2002 verbundenen Kosten veranschlagte die unmittelbaren Kosten auf zwischen 9,9 und 12,4 Mio. € und die Gesamtkosten auf 14,8 Mio. €. Das hätte ausgereicht im ganzen Land 2,7 Geburtskohorten von Kindern mit zwei MMR-Dosen und einer Impfrate von 95% zu impfen (10).

Die nächsten Schritte

21. Das Regionalkomitee wird ersucht, den Zielen der Masern- und Rötelneliminierung und der Prävention kongenitaler Rötelninfektionen bis 2010 zuzustimmen und sich zu ihnen zu bekennen und damit im Sinne früherer internationaler Verpflichtungen zu handeln und Kinder und Jugendliche vor vermeidbaren Krankheiten durch eine starke, nachhaltige Regelimpfung zu schützen.

Literatur

1. Sedlak J. Tackling cultural barriers to health care service delivery in Croatia. In: Ziglio E et al., eds. *Health Systems Confront Poverty*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003:19–30 (Public Health Case Studies, no. 1).
2. Webseiten zur Impfstoffsicherheit. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (http://www.euro.who.int/vaccine/related/20040826_1?language=German, eingesehen am 14. Juni 2005).
3. Masern und konnatale Röteln [Website]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2005 (http://www.euro.who.int/vaccine/20030808_4?language=German, eingesehen am 14. Juni 2005).
4. Peltola H et al. The elimination of indigenous measles, mumps and rubella from Finland by a 12-year, two-dose vaccination program. *New England Journal of Medicine*, 1994, 331:1397–1402.
5. 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, 54:175–178.
6. Oster NV et al. International importation of measles virus – United States, 1993–2001. *Journal of Infectious Diseases*, 2004 (suppl. 1), 189:48–54.
7. King A et al. Measles elimination in Canada. *Journal of Infectious Diseases*, 2004 (suppl. 1), 189:236–242.
8. Iversen PB. *Economic and burden of disease evidence on measles, rubella and hepatitis B in the WHO European Region, Final report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.
9. Hinman AR et al. Economic analyses of rubella and rubella vaccines: a global review. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:264–270.
10. Filia A et al. I ricoveri per morbillo in Italia nel 2002: valutazione dell’impatto in termini di salute e di costi. *Bollettino epidemiologico nazionale*, 2004, 11 (<http://www.epicentro.iss.it/ben/2004/dicembre/1.htm>, eingesehen am 14. Juni 2005).