

E: 47-60
F: 542-17

EUR/ICP/EPI 012/B
07245

ORIGINAL: ENGLISCH

SIEBTE TAGUNG DES EUROPÄISCHEN BEIRATS FÜR DAS ERWEITERTE IMMUNISIERUNGSPROGRAMM

Bericht über eine WHO-Tagung

Kopenhagen
3. – 5. Februar 1993

ZUSAMMENFASSUNG

Auf seiner 7. Tagung befaßte sich der Europäische Beirat (EAG) für das Erweiterte Immunisierungsprogramm (EPI) der WHO mit den Fortschritten auf dem Weg zu den regionalen und globalen Zielen, mit Entwürfen für die operationellen Zielvorgaben bezüglich der im Rahmen des Erweiterten Immunisierungsprogramms erfaßten Krankheiten und mit Problemen der Impfstoffversorgung in der Europäischen Region. Der EAG nannte die Hindernisse für das Erreichen der EPI-Ziele auf globaler Ebene und identifizierte die Ziele, Probleme und Prioritäten für das Erweiterte Immunisierungsprogramm in der Europäischen Region. Der EAG billigte die neuen operationellen Ziele und war sich darin einig, diese Zielvorgaben auch auf andere durch Schutzimpfung verhütbare Krankheiten auszudehnen, die noch nicht im Erweiterten Immunisierungsprogramm erfaßt werden, nämlich Keuchhusten, Hepatitis A und B, Tuberkulose sowie Hib-Infektionen. In seinen Empfehlungen forderte der EAG das WHO-Regionalbüro für Europa dringlich auf, das Bewußtsein der Gesundheitsminister verstärkt auf Möglichkeiten der Verbesserung der Gesundheit durch Immunisierung zu lenken und ihre Unterstützung für die neuen operationellen Ziele zu gewinnen. In den Empfehlungen wird auch eine regionale Strategie zur Sicherstellung der Impfstoffversorgung und zusätzlicher finanzieller Unterstützung für das Erweiterte Immunisierungsprogramm gefordert.

Schlüsselwörter

IMMUNIZATION
COMMUNICABLE DISEASE CONTROL
WHOOPING COUGH – prevent/control
TUBERCULOSIS – prevent/control
HEPATITIS – prevent/control
POLIOMYELITIS – prevent/control
VACCINES
NIS
CCEE

INHALT

	<i>Seite</i>
Einleitung	1
Die sich wandelnde Rolle der WHO in Europa	1
Die Rolle des Europäischen EPI-Beirats	2
Fortschritte und Probleme beim Erweiterten Immunisierungsprogramm	3
Globaler Überblick	3
Europäische Region	4
Operationelle Ziele für die Europäische Region	6
Impfstoffversorgung	7
Ausrottung der Poliomyelitis	8
Globaler Überblick	8
Europäische Region	9
Länderberichte	10
Bulgarien	10
Finnland	11
Russische Föderation	11
Niederlande	12
Deutschland	13
Finanzierung des Erweiterten Immunisierungs- programms	14
Schlußfolgerungen und Empfehlungen	15
Anhang 1: Operationelle Ziele für EPI-Krankheiten	17
Anhang 2: Arbeitspapiere	28
Anhang 3: Teilnehmer	29

EINLEITUNG

Die 7. Tagung des Europäischen Beirats für das Erweiterte Immunisierungsprogramm (EAG/EPI) fand vom 3. bis 5. Februar 1993 im WHO-Regionalbüro für Europa statt. Die Tagung stand unter dem Vorsitz von Sir Joseph Smith, stellvertretender Vorsitzender war Professor P. Begué, als Berichterstatter fungierte Dr. D. Salisbury. Dr. M Tsechkowski, Direktor der Abteilung Krankheitsverhütung und Versorgungsqualität, eröffnete die Tagung, begrüßte die Teilnehmer und stellte den Regionaldirektor des WHO-Regionalbüros für Europa, Dr. J. Asvall, vor, der die sich wandelnde Rolle der WHO in Europa beschrieb und die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung des Kampfes gegen die übertragbaren Krankheiten lenkte. Dr. G. Oblapenko und Dr. C. Roure fungierten als Tagungssekretäre. Ein Verzeichnis der Arbeitspapiere und der Teilnehmer findet sich in Anhang 2 bzw. 3.

Folgendes waren die Hauptziele der Tagung:

- Erörterung der Rolle des Europäischen EPI-Beirats beim Management des regionalen Erweiterten Immunisierungsprogramms;
- Prüfung der Fortschritte in der Region und der Länderberichte im Lichte der regionalen und globalen Ziele;
- Prüfung der von einer Expertengruppe empfohlenen operationellen Ziele für EPI-Krankheiten;
- Erörterung von Problemen der Impfstoffversorgung für die Region;
- Erarbeitung vorläufiger Pläne für die nächste Tagung der europäischen EPI-Programmleiter.

DIE SICH WANDELNDE ROLLE DER WHO IN EUROPA

In der Europäischen WHO-Region vollzieht sich ein tiefgreifender Wandel. Bis Januar 1993 kamen 16 neue Länder hinzu, wodurch die Gesamtzahl der Mitgliedstaaten auf 47 gestiegen ist. Viele Länder stehen vor ernststen wirtschaftlichen Problemen bei einem dramatischen Anstieg der Arbeitslosigkeit; in acht Mitgliedstaaten herrscht Bürgerkrieg. Die Armutskrankheiten verursachen zunehmend Gesundheitsprobleme, und in letzter Zeit kam es zu Ausbrüchen von Krankheiten, die man vorher unter Kontrolle hatte, z. B. Cholera, Poliomyelitis, Diphtherie und Hepatitis. HIV und AIDS breiten sich weiter auf die östlichen und mittleren Länder der Region aus. Außerdem herrscht ein starker öffentlicher Druck zu dezentralisieren, zu privatisieren und Systeme der Krankenversicherung einzuführen. All diese Veränderungen bringen beträchtliche Probleme für den öffentlichen Gesundheitsschutz und die primäre Gesundheitsversorgung mit sich. Massenhafte Bevölkerungsbewegungen, darunter Flüchtlinge, erfordern besondere Anstrengungen, um Ausbrüche von übertragbaren Krankheiten zu verhüten.

DIE ROLLE DES EUROPÄISCHEN EPI-BEIRATS

Der EAG nahm die auf der 6. Tagung erarbeitete Aufgabenstellung an.⁴ Es ist die Aufgabe des EAG, als prüfende Gruppe beratend und orientierend für das WHO-Regionalbüro für Europa und die Länder zu wirken. Der EAG arbeitet in Abstimmung mit den nationalen EPI-Programmlleitern und ist bestrebt, nationale und internationale Stellen zur Unterstützung für Immunisierungsprogramme zu motivieren. Er berät über durch Impfung verhütbare Krankheiten, die noch nicht im Erweiterten Immunisierungsprogramm erfaßt werden,

⁴ *European Advisory Group on the Expanded Programme on Immunization. Report on the Sixth Meeting. Langen, Federal Republic of Germany, 18-20 February 1992. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1992 (Dokument EUR/ICP/EPI 012/A).*

z. B. Keuchhusten, Tuberkulose, Hepatitis A und B sowie Hib-Infektionen. Insbesondere ist zu vermerken, daß es bezüglich Keuchhusten keine Zielvorgaben für Europa gibt. Die Epidemiologie der Hepatitis B in West- und Nordeuropa erfordert spezielle Beachtung, da sie sich von der in vielen Ländern unterscheidet, für die globale Empfehlungen ausgesprochen wurden. Die gegen viele Arzneimittel resistente Tuberkulose ist ein zunehmendes Problem, und der BCG-Impfstoff wird sehr unterschiedlich angewendet.

Der EAG hielt diese Themen für so dringlich, daß sie nicht bis zur nächsten Jahrestagung vertagt werden sollten. Es wurde vorgeschlagen, daß das Regionalkomitee Positionspapiere für die EAG-Mitglieder erarbeitet oder in Auftrag gibt. Der EAG wurde daran erinnert, daß Dr. Bijkerk sich unlängst mit der Überwachung der Tuberkulose und der Hepatitis B in der Europäischen Gemeinschaft (EG) und in Norwegen, Österreich, Schweden und der Schweiz befaßt hat.

FORTSCHRITTE UND PROBLEME BEIM ERWEITERTEN IMMUNISIERUNGSPROGRAMM

Globaler Überblick

Auf globaler Ebene hat die Impfdichte zwischen 1988 und 1990 zugenommen, sich dann aber bis 1993 wieder rückläufig entwickelt, was Anlaß zu Sorge über die Nachhaltigkeit der Immunisierungsprogramme gab. Daher gehört es zu den Prioritäten des Erweiterten Immunisierungsprogramms, einen hohen Impferfassungsgrad zu erreichen und aufrechtzuerhalten, die Überwachung zu verbessern (Informationen für Handlungsansätze zu erheben) und neue Impfstoffe einzuführen. Folgende Hindernisse gibt es für die Umsetzung der EPI-Ziele:

- a) finanzielle Unzulänglichkeiten aufgrund der Umwidmung von Ressourcen von Organisationen wie UNICEF und Rotary International, mit Auswirkungen auf die

Wartung bzw. Erneuerung der Kühlkettenausrüstung und für die Impfstoffversorgung bei steigenden Preisen;

- b) ineffektive Krankheitsüberwachung;
- c) Schwachstellen bei der Durchführung der Schutzimpfungen;
- d) zunehmende Urbanisierung;
- e) zunehmende Privatisierung der Gesundheitsdienste;
- f) zunehmende Forderungen, daß in nationalen Programmen Managementressourcen und Finanzierungsmittel für Maßnahmen zur Krankheitsausrottung vorgesehen werden sollten;
- g) Einführung von Impfstoffen gegen Hepatitis B und Gelbfieber, ggf. Abzug von für routinemäßige Dienste bestimmten Ressourcen.

Europäische Region

Die Hauptziele des regionalen Erweiterten Immunisierungsprogramms sind weiterhin: zu länderspezifischen, am Regionalziel 5 orientierten Immunisierungsprogrammen anzuregen, die Empfehlungen des Globalen EPI-Beirats umzusetzen sowie die Überwachung, die Impfstoffversorgung und logistische EPI-Aktivitäten zu unterstützen. Es gibt drei Bereiche verstärkter Aktivität: Zusammenarbeit mit neuen Mitgliedstaaten, Ausbildung (insbesondere für die mittlere Leitungsebene) und Maßnahmen zur Ausrottung der Poliomyelitis.

In der gesamten Region hielten 1992 die Verbesserungen an, insbesondere bei der Überwachung. Die meisten Länder melden regelmäßiger. Dennoch sind die Masern noch immer in sechs Ländern nicht meldepflichtig, und für Neugeborenen-Tetanus besteht in vielen Ländern keine Meldepflicht. Angeborene Röteln werden nur in acht Ländern gemeldet. Ein verbreitetes Problem ist das Fehlen von Definitionen für eine Erkrankung; außerdem werden die einzelnen Poliomyelitisfälle nicht spontan gemeldet. In vielen Ländern wird der Impferfassungsgrad nur ungenau geschätzt. Besondere

Probleme traten in Ländern auf, in denen die Privatisierung der Gesundheitsdienste voranschreitet, da der private Sektor bei der Übermittlung von Angaben über den Impferfassungsgrad und die Überwachung am wenigsten zuverlässig ist.

Kurzfristig (binnen 2 – 3 Jahren) sind folgende Probleme lösbar:

- a) Ausbreitung der 1990 in der Russischen Föderation aufgetretenen Diphtherieepidemie auf andere Länder;
- b) mangelndes politisches Engagement für Immunisierungsprogramme auf nationaler und regionaler Ebene;
- c) geringe Anzahl der Länder mit nationalen am Ziel 5 orientierten Immunisierungsprogrammen;
- d) unzulängliche Kommunikation mit den Nachfolgestaaten der UdSSR;
- e) Impfstoffmangel in vielen Nachfolgestaaten der UdSSR;
- f) mangelnde Verlaufskontrolle der Morbidität durch Krankheiten, die unter das Ziel 5 fallen;
- g) mangelnde Rückmeldung vom EPI an die nationalen Programme;
- h) unzureichende Mittel für das regionale Erweiterte Immunisierungsprogramm.

Zu den langfristigen Problemen gehören: mangelnde politische und finanzielle Unterstützung für nationale Immunisierungsprogramme, unzureichende Überwachung, Impfstoffmangel, mangelnde Führungsqualitäten auf allen Ebenen der öffentlichen Gesundheitsdienste sowie mangelnde Kommunikation und unzureichende Motivation der Öffentlichkeit und der Mitarbeiter im Gesundheitsbereich. Die Prioritäten für 1993/94 sind:

- a) Sofortmaßnahmen, um internationale und nationale Bemühungen zur Bekämpfung der Diphtherieepidemie zu koordinieren;

- b) Mobilisierung politischer und finanzieller Unterstützung der Mitgliedstaaten für das Erreichen des Regionalziels 5;
- c) Gewährleistung der kontinuierlichen Impfstoffversorgung zur Weiterführung der nationalen Immunisierungsprogramme;
- d) Anpassung der nationalen Immunisierungsprogramme an die neuen operationellen Ziele des erweiterten Immunisierungsprogramms für die 90er Jahre;
- e) verstärkte beschleunigte Maßnahmen zur Ausrottung der Poliomyelitis (Krankheit und Erreger);
- f) bessere Überwachungssysteme;
- g) besseres Management der Immunisierungsprogramme.

Der EAG war sich einig, daß die Überwachung überaus wichtig ist, um Probleme zu erkennen und zu entsprechenden Maßnahmen anzuregen. Die Rückmeldung von Überwachungsdaten an alle Ebenen ist von entscheidender Bedeutung. Das WHO-Hauptbüro wird in Kürze Leitlinien für die Überwachung herausgeben, die zwar für Länder mit einem niedrigeren Entwicklungsstand bestimmt sind, aber durchaus auch für einen Großteil der Europäischen Region von Nutzen sein können. Trotz der Schwierigkeiten bei der Überwachung – besonders angesichts zunehmender Privatisierung der Dienste – sind neue Überwachungsansätze erforderlich, z. B. das Sentinel-System und die Analyse der Versicherungsunterlagen und der Leistungen der Krankenhäuser anhand der ICD-Codes. Der EAG verwies darauf, daß Ausbrüche von Krankheiten, die durch Impfungen vermeidbar sind, u. U. zu politischen Schwierigkeiten führen können, und sprach die Hoffnung aus, daß die Gesundheitsminister in den Ländern erkennen, daß gehandelt werden muß, ehe es zu Ausbrüchen kommt, und welchen Nutzen ein durch Immunisierung verbesserter Gesundheitszustand bringt.

OPERATIONELLE ZIELE FÜR DIE EUROPÄISCHE REGION

Der EAG überprüfte die operationellen Ziele für die EPI-Krankheiten für die Europäische Region, die 1992 in Mailand von einer Expertengruppe formuliert worden waren. Es wurde vereinbart, die Zielvorgaben – außer bei Masern – nicht zu verändern. Der EAG stimmte mit der Expertengruppe darin überein, daß kaum Aussicht auf Eliminierung der Masern in der Region bis zum Jahr 2000 besteht. Dieses Ziel sollte daher folgendermaßen lauten:

Ab dem Jahr 2000 sollten in der Region keine durch einheimische Masern verursachten Todesfälle mehr auftreten, und die jährliche Inzidenz bestätigter Fälle von Masern sollte in jedem Land der Region bei unter einem Fall pro 100 000 Einwohner liegen.

Der EAG billigte die operationellen Ziele mit geringfügigen Veränderungen, u. a. durch Herabsetzung des für Masern, Mumps und Röteln empfohlenen Impferfassungsgrads von 99% auf „über 95%“. Zwar sollte auch nach Auffassung des EAG kein in Frage kommendes Kind ungeimpft bleiben, doch wurde das vorgeschlagene Ziel eines Impferfassungsgrads von 99% als vielfach unerreichbar angesehen, so daß eine solche Vorgabe den gesamten Prozeß der Zielorientierung zweifelhaft erscheinen lassen könnte. Schließlich beschloß der EAG, die Zielvorgabe, serologische Studien zur Einschätzung des Tetanus-Immunistatus der erwachsenen Bevölkerung vorzusehen, zu streichen.

Die überarbeiteten operationellen Ziele und die Erörterungen der Expertengruppe finden sich im Anhang 1. Die Gruppe erbittet die dahingehende Mitwirkung des Regionaldirektors, die neuen operationellen Ziele den Gesundheitsministern aller Mitgliedstaaten zu empfehlen.

IMPfstoffversorgung

Besonders in den Nachfolgestaaten der UdSSR gibt es weiterhin erhebliche Probleme in Hinsicht auf eine ausreichende Versorgung mit Impfstoffen, die den WHO-Spezifikationen entsprechen. Dank nationaler und internationaler Initiativen sind jedoch Fortschritte zu verzeichnen. UNICEF wird sich an Immunisierungsprogrammen in Entwicklungsländern in der Region beteiligen, und auch Rotary International wird eine Gruppe europäischer Länder unterstützen.

Zwar hat die US-Behörde für Internationale Entwicklung (USAID) Impfstoffe für einige Nachfolgestaaten der UdSSR bereitgestellt, doch gibt es weiterhin Probleme bezüglich der Auswahl der Impfstoffe und ihres routinemäßigen Einsatzes in Nachfolgestaaten der UdSSR, in denen sie nicht zugelassen sind. Die Verfahrensweisen für die Einfuhr von Impfstoffen müssen noch geklärt werden, und die Behörden in impfstoffherstellenden Ländern benötigen weiterhin Hilfe bei der Qualitätskontrolle, während die Hersteller die Qualitätssicherung verbessern müssen. Zwar konnte der unmittelbare Impfstoffbedarf einstweilen gedeckt werden, doch ist das Problem der künftigen Erfordernisse noch nicht gelöst.

Eine wichtige Tagung ist für März 1993 geplant, unter Beteiligung des UNICEF, der EG, der EPI, WHO-Programme Biologische Substanzen (BLG) und Kinderimpfinitiative (CVI), ferner der USAID und der Weltbank sowie von Vertretern aller Nachfolgestaaten der UdSSR. Die Länder und Organisationen haben Strategien erarbeitet, um die Versorgung mit hochwertigen Impfstoffen zu sichern. Da der EAG das Regionalbüro für Europa über Strategien für die Immunisierung beraten soll, ist die Frage der Versorgung für solche Erörterungen hochrelevant. Der EAG möchte sich daher baldigst mit dem Bericht dieser Tagung befassen, deren Ergebnisse erhebliche Auswirkungen auf viele Immunisierungsprogramme in der Region haben könnten.

Gemeinsam mit der CVI-Arbeitsgruppe für die Globale Impfstoffversorgung wird im Rahmen des Erweiterten Immunisierungsprogramms derzeit eine Strategie für die Impfstoffversorgung entsprechend den Kriterien der WHO entwickelt. Es kommt darauf an,

die im Regionalbüro geleistete Arbeit in den CVI/EPI-Bezugsrahmen einzuordnen. Vor der geplanten Tagung im März sollte eine Regionalstrategie erarbeitet und den Mitgliedern des EAG baldigst zugeleitet werden.

AUSROTTUNG DER POLIOMYELITIS

Globaler Überblick

Auf globaler Ebene sind die gemeldeten Erkrankungen an paralytischer Poliomyelitis auf ca. 12 000 Fälle zurückgegangen, obwohl der Impferfassungsgrad, der 1990 mit 85% seinen Spitzenwert erreichte, 1991 mit 81% wieder rückläufig war. Die Meldeeffizienz wird auf ca. 10% geschätzt.

Aus der Südostasiatischen Region der WHO werden die höchsten Fallzahlen gemeldet (46% der Meldungen weltweit), davon entfallen 60% auf den indischen Subkontinent. Wegen der Gefahr, daß die Krankheit infolge der Mobilität von Familien mit Kleinkindern in poliofreie Länder eingeschleppt wird, wächst die Besorgnis.

1981 wurden aus der WHO-Region Gesamtamerika 1600 Poliomyelitisfälle gemeldet; seit September 1991 wurde bei sehr genauer Überwachung kein einziger Fall von Wildvirus-Poliomyelitis festgestellt. Eine Überprüfung hat gezeigt, daß in polio-endemischen Ländern die Einschränkung der Überwachung auf akute schlaffe Lähmung bei Kindern unter 5 Jahren noch immer die Erkennung von 96% der Poliomyelitisfälle ermöglicht. Derzeit wird in Studien in China untersucht, wie sich die Ausrottung der Kampagnen auf eine Zielgruppe „Kinder der Altersgruppe unter 3 oder 4 Jahren“ statt der bisher empfohlenen Zielgruppe „Kinder unter 5 Jahren“ auswirkt. Bewährt sich eine solche Strategie, kann der Impfstoffbedarf gesenkt werden.

Europäische Region

Die Zahl der gemeldeten Poliomyelitisfälle in der Europäischen Region ist weiter rückläufig, wobei die Infektionen mit Wildvirus

bzw. die Erkrankungen unbekannter Ätiologie von 379 Fällen (1990) auf 306 Fälle (1991) zurückgingen. Die vorläufigen Angaben für 1992 beziffern sich auf 151 Erkrankungen; allerdings liegen noch keine Meldungen aus Tadschikistan und Aserbaidschan vor. Die impfstoffbedingten Fälle sind konstant geblieben, die eingeschleppten Fälle haben abgenommen. Eingeschleppte Fälle wurden 1992 aus Schweden, Deutschland und Norwegen gemeldet und führten wahrscheinlich zu dem Ausbruch in den Niederlanden. Rumänien hat zwar von inländischem OPV auf importierten Impfstoff umgestellt, doch gab es 1992 noch immer eine überraschend hohe Zahl impfstoffbedingter Fälle (14) sowie 2 endemische Fälle. Die meisten Poliomyelitisfälle der Region konzentrieren sich derzeit trotz der Ausbrüche in den Niederlanden und der Ukraine auf drei Gebiete: den Balkan, den Kaukasus und Zentralasien. Der Prozentsatz der polio-infizierten Distrikte ist weiter rückläufig.

Es gibt jetzt mehr Länder, die eine Überwachung der akuten schlaffen Lähmung durchführen und monatlich an das Regionalbüro melden.

Die Ausrottung der Poliomyelitis (Krankheit und Erreger) in der Region setzt folgendes voraus: politisches Engagement, finanzielle Unterstützung, spezielle Strategien, Verfügbarkeit von Impfstoff, zuverlässige Überwachung und labortechnische Unterstützung. All dies hat nachweislich zu den Erfolgen in der WHO-Region Gesamtamerika beigetragen. Lediglich die labortechnische Unterstützung ist in der Europäischen Region nahezu befriedigend – die anderen Voraussetzungen sind noch nicht erfüllt. Zu den erforderlichen Maßnahmen gehören die Mobilisierung von Unterstützung, flankierende Maßnahmen, eine intensivere Überwachung, ein weiterer Ausbau des Labornetzes und die Beherzigung der Lehren aus den kürzlichen Erfahrungen in den Niederlanden.

LÄNDERBERICHTE

Bulgarien

Trotz wirtschaftlicher und politischer Hemmnisse blieb der Impferfassungsgrad konstant; es wurden verstärkt Maßnahmen ergriffen und neue Impfstoffe (gegen Hepatitis B sowie gegen Masern, Mumps und Röteln – MMR) eingeführt. Man hat sich bemüht, ungerechtfertigte Gegenindikationen zu verringern; die eingeführte Meldung der akuten schlaffen Lähmung hat sich sehr bewährt, da sie zu besserer Meldung seitens der Kliniker führt.

Nach einem Jahrzehnt erfolgreicher Masernbekämpfung gab es 1992 eine Epidemie mit über 20 000 Erkrankungen; das entsprach 224 Fällen pro 100 000 Einwohner. Im Vergleich zu früheren Epidemien lag das Infektionsalter erheblich höher, wobei die Morbidität in der Altersgruppe 15 – 18 Jahre am höchsten war. Die Epidemie begann bei Zigeunern, die seit einiger Zeit Impfungen verweigern, doch bestehen auch andere Immunitätslücken. Bei Säuglingen unter 4 Monaten gab es drei Todesfälle.

Finnland

In Finnland bestehen gute Aussichten, die neuen operationellen Ziele zu erreichen. Seit Ende der 80er Jahre hat es nur sehr wenige Fälle von Masern, Mumps und Röteln gegeben; die virologische Bestätigung aller gemeldeten Fälle wird empfohlen. Die serologische Überwachung der Diphtherie-Immunität zeigt beträchtliche Lücken, besonders bei Frauen der Altersgruppe 40 – 50 Jahre. Kürzlich wurde empfohlen, die erwachsene Bevölkerung alle zehn Jahre mit Tetanus-Diphtherie-(Td)-Impfstoff sowie mit inaktivierter Poliovirus-Vakzine (IPV) zu impfen.

Russische Föderation

Landesweit war der Impferfassungsgrad 1991 leicht rückläufig: Bei der BCG-Impfung ging die Rate von 92% auf 88% und bei der Masernimpfung von 81% auf 79% zurück, während die Durchimpfungsrate in bezug auf Diphtherie-Pertussis-Tetanus-Impfstoff

(DPT) und orale Poliovirus-Vakzine (OPV) konstant bei ca. 70% liegt. In einigen Großstädten ist die Impfdichte jedoch sehr gering; z. B. in St. Petersburg liegt der Erfassungsgrad für DPT bei 47% und für Masernimpfstoff bei 50%. Obwohl dies Anlaß zur Besorgnis gibt, waren die Erkrankungen an Masern und Keuchhusten leicht rückläufig. Die Poliomyelitisfälle gingen von 16 (1991) auf 10 (1992) zurück. Demgegenüber gab es ernste Probleme mit der Diphtherie, deren Inzidenz von 1,3 pro 100 000 Einwohner (1991) auf 2,6 (1992) anstieg; bei Kindern stieg die Inzidenz von 1,7 auf 3 pro 100 000.

Zu den festgestellten Problemen gehören: niedrige Impfdichte, nicht gerechtfertigte und zu zahlreiche Kontraindikationen, schlechte Gesundheitserziehung, mangelhafte Kühlkettenausrüstung und unzureichende Kenntnisse, mangelnde EPI-Ausbildung, Mangel an einigen Impfstoffen, ineffektive Überwachung, mangelnde Operationsforschung und Managementenerfahrung. Zu den ermutigenden Tendenzen gehören das eindeutigere politische Engagement, dem Erweiterten Immunisierungsprogramm auf Regierungsebene eine höhere Priorität zu geben, und die größere Bereitschaft zu raschem Handeln.

Niederlande

Zwischen 1978 und 1992 waren in den Niederlanden lediglich drei Fälle von Poliomyelitis gemeldet worden. Alle drei Patienten hatten sich im Ausland infiziert. Am 17. September 1992 wurde bei einem 14jährigen Jungen Poliomyelitis klinisch diagnostiziert. Drei Tage später wurden typspezifische IgM-Antikörper nachgewiesen, einen weiteren Tag später wurde Poliovirus Typ3 (Wildvirus) nachgewiesen. Der Junge gehört einer religiösen Gruppe an, die Schutzimpfungen ablehnt; während des Ausbruchs von 1978 hatte er eine Schluckimpfung (monovalente Typ1-OPV) erhalten. Zehn Tage nach dem ersten Fall wurde ein zweiter gemeldet. Bei dem gegenwärtigen Ausbruch wurden bisher 67 Fälle gemeldet. Alle Erkrankten waren nicht geimpft; mit einer Ausnahme gehören alle Erkrankten bestimmten sozial und geographisch abgegrenzten Personengruppen an, die Schutzimpfungen ablehnen (orthodoxe Protestanten). Zwei Patienten (ein Neugeborenes und ein 61jähriger Mann)

sind gestorben; 90% der Fälle wurden virologisch als Polio-Wildvirus Typ3 nachgewiesen. Zwei Drittel der Patienten sind männlich, ein Drittel weiblich, wobei die Morbidität in der Altersgruppe 15 – 19 Jahre am höchsten lag. Die Genom-Sequenzierung des Poliovirus zeigt, daß ein in Indien isoliertes Virus am engsten verwandt ist, jedoch gibt es keine Verbindung, zur Ermittlung der Infektionsquelle.

Zu den Maßnahmen zur Eindämmung der Epidemie gehörten das Angebot von Schluckimpfungen (OPV) für ungeimpfte direkte Kontaktpersonen von Erkrankten, von Schluckimpfungen (OPV) oder Impfungen mit inaktiviertem Polioimpfstoff (IPV) für unzureichend geimpfte Kinder bis 13 Jahre und von Schluckimpfungen (OPV) für alle ungeimpften Personen im Alter von 13 – 40 Jahren.

Deutschland

Nach der Vereinigung Deutschlands wurden die vorher sehr unterschiedlichen Immunisierungsprogramme vereinheitlicht. Alle Schutzimpfungen für Kinder sind kostenlos und freiwillig. Der öffentliche Gesundheitsdienst stellt 20% des DPT/DT-Impfstoffs und des Poliomyelitis-Impfstoffs bereit, der private Sektor 80%. Die Versorgung mit allen anderen Impfstoffen erfolgt durch den privaten Sektor. Weil ein so großer Teil der Schutzimpfungen über den privaten Sektor bestritten wird, läßt sich die Impfdichte eigentlich nur anhand der eingesetzten Dosen berechnen. Definitive Angaben zur Impfdichte wurden anhand von Schuleintrittsuntersuchungen erhoben, sind aber nicht auf dem aktuellen Stand.

Die Aufrechterhaltung der sehr hohen Impfdichte und der Einsatz von Impfstoffen, die früher nicht zur Verfügung standen, waren die Prioritäten für den östlichen Teil des Landes beim Übergang von staatlichen Impfprogrammen zu Impfpraktiken des privaten Sektors.

Seit 1991 wird die Keuchhustenimpfung empfohlen und zunehmend durchgeführt.

Mindestens in den letzten drei Jahren waren alle Poliomyelitisfälle impfstoffbedingt oder eingeschleppt. Zwar hat es in letzter

Zeit nur vereinzelte Diphtheriefälle gegeben (1990: 6, 1991: 2, 1992: 0), doch zeigen Seroprävalenzstudien, daß nur 40 – 50% der über 30jährigen ausreichend Antikörper haben. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, Auffrischimpfungen gegen Diphtherie zu empfehlen. Auch in bezug auf Tetanus sind in Westdeutschland in den Altersgruppen 30 – 40 und 60 – 70 Jahre erhebliche Immunitätslücken festzustellen. Am stärksten gefährdet sind Frauen über 60. In Ostdeutschland gingen die Masern auf ca. 1 Fall pro 100 000 Einwohner zurück; im westlichen Teil des Landes war die Krankheit indessen nicht meldepflichtig, und die Impfdichte lag wesentlich niedriger. Der Impferfassungsgrad ist jetzt auf ca. 80% gestiegen. Hib-Impfstoff wird seit 1991 eingesetzt; der Impferfassungsgrad beträgt schätzungsweise ca. 75%. Eine Studie in 50 Kinderkrankenhäusern hat gezeigt, daß die Zahl der invasiven Hib-Infektionen zwischen 1989 und 1991 von ca. 300 auf 150 gesunken ist. 90% entfielen auf ungeimpfte Kinder, 10% auf Kinder, die ein oder zwei Dosen erhalten hatten. Bei vollständig immunisierten Kindern wurden keine Erkrankungen gemeldet.

Von allen durch Impfstoffe verhütbaren Krankheiten verursacht die Hepatitis B die meisten Todesfälle (ca. 200 jährlich). Die Inzidenz ist in ländlichen Gemeinden nach wie vor niedrig; die höchste Inzidenz ist in Berlin und Hamburg zu verzeichnen; aus der Altersverteilung (87% der Fälle betreffen Personen über 15 Jahre) läßt sich schließen, daß eine kurz- oder mittelfristige perinatale Übertragung kaum erfolgt und daß die Reihenimpfung von Säuglingen nur von geringem Nutzen wäre. Zu den aktuellen Strategien gehören Empfehlungen zur Immunisierung von Risikogruppen; da hiermit aber kaum Wirkung erzielt wurde, sucht man nach neuen Strategien. Auch Hepatitis A tritt meist bei Jugendlichen und Erwachsenen auf; etwa die Hälfte der gemeldeten Fälle wurde eingeschleppt. Die Hepatitis-A-Impfung wird seit Dezember 1992 für Risikogruppen empfohlen.

FINANZIERUNG DES ERWEITERTEN IMMUNISIERUNGSPROGRAMMS

Die derzeitigen globalen Kosten des EPI werden auf 1,572 Milliarden US-Dollar geschätzt, was eine 80%ige Impferfassung bei Kosten von 15 US-Dollar pro vollständig immunisiertes Kind ermöglicht. Von diesen Kosten entfallen 50% auf Gehälter, 25% auf Betriebskosten, 10% auf Impfstoffe, 10% auf den Transport, 3% auf die Ausbildung und 2% auf die Ausrüstung. Wenn die Immunisierung voll in die gesundheitliche Primärversorgung integriert ist, können die kostspieligsten Komponenten des Programms – Personal- und Betriebskosten – am rationellsten genutzt werden, da sie gleichzeitig auch für die Erbringung anderer Primärversorgungsleistungen eingesetzt werden können.

Zur Zeit reichen die vorhandenen Mittel trotz der Großzügigkeit staatlicher und nichtstaatlicher Organisationen sowie anderer Geldgeber nicht aus, um die Ziele des regionalen Erweiterten Immunisierungsprogramms termingerecht zu erreichen. Der Bedarf an Ressourcen ist nur dadurch zu decken, daß die Mobilisierung der Mittel langfristig strukturiert erfolgt und daß man sofort die Initiative ergreift, wenn an einem Problem ein starkes öffentliches Interesse besteht. Außerdem ist die Durchführung einiger Immunisierungsprogramme in der Region wegen unzureichender Finanzierung eindeutig gefährdet.

SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

1. In Zukunft wird der EAG die Themen, zu denen er beratend wirkt, um Keuchhusten, Hepatitis A und B, Tuberkulose und Hib-Infektionen erweitern. Das Regionalbüro sollte Arbeitspapiere zu diesen Themen als Grundlage für die Empfehlungen des EAG in Auftrag geben bzw. erarbeiten.
2. Unabhängig von der Diphtherie-Epidemie in mehreren Mitgliedstaaten zeigen alle bisherigen Studien, daß auch in anderen

Ländern die Erwachsenen nicht gut vor dieser Krankheit geschützt sind. Das Regionalbüro sollte die Gesundheitsminister auf diese gefährliche Sachlage aufmerksam machen, damit gehandelt werden kann, ehe diese Epidemie sich ausbreitet oder andere Epidemien in der Region ausbrechen. Die Gesundheitsminister sollten den Nutzen erkennen, der mit einem durch Immunisierung verbesserten Gesundheitsniveau verbunden ist, und sich der möglichen politischen Schwierigkeiten im Fall des Ausbruchs einer durch Impfstoff verhütbaren Krankheit bewußt werden.

3. Der EAG billigte die neuen operationellen Ziele, die die Verwirklichung des Regionalziels 5 erleichtern. Diese neuen Ziele müssen in die Gesundheitsstrategien der Mitgliedstaaten einfließen; das Regionalbüro sollte sie den Gesundheitsministern zur Kenntnis bringen, um die notwendige politische und finanzielle Unterstützung zu sichern.
4. Die Impfstoffversorgung ist in Teilen der Region nach wie vor kritisch. Eine klare Regionalstrategie ist nötig; sie sollte in die Strategie integriert werden, die derzeit von EPI gemeinsam mit der CVI-Arbeitsgruppe für Globale Impfstoffversorgung erarbeitet wird.
5. Da die vorhandenen Geldmittel nicht ausreichen, um die Ziele des regionalen Erweiterten Immunisierungsprogramms termingerecht zu erreichen, sollte das Regionalbüro innerhalb und gegebenenfalls auch außerhalb der Region zusätzliche Geldmittel für EPI beschaffen. Unter anderem sollte auf Tagungen mit den Gebern der Finanzbedarf für das Management der Immunisierungsprogramme wie auch für die Impfstoffversorgung überprüft werden.

*Anhang 1***OPERATIONELLE ZIELE FÜR
EPI-KRANKHEITEN****Beratungen einer Expertengruppe**

Unter Ziel 5 der Regionalstrategie zur „Gesundheit für alle“ wurde die Eliminierung von einheimischen Masern, angeborenen Röteln, Diphtherie, Poliomyelitis, Neugeborenen-Tetanus, Syphilis und Malaria in der Europäischen Region bis zum Jahr 2000 postuliert. Die Teilnehmer der Zweiten Konferenz über Handlungsgrundsätze für die Immunisierung in Europa (Karlovy Vary, 1984) billigten die Zielvorgaben und formulierten operationelle Ziele für den Zeitraum bis 1990. Das WHO-Regionalkomitee für Europa modifizierte 1991 das Ziel 5, indem es Mumps auf die Liste der zu eliminierenden Krankheiten setzte und Syphilis und Malaria strich. Nachdem der Termin von 1990 verstrichen war, berief das Regionalkomitee eine Expertengruppe ein, um das Ziel 5 im Licht der neuen Erkenntnisse und Erfahrungen zu überprüfen und neue operationelle Ziele zu formulieren.

Im Juni 1992 wurde deshalb mit Unterstützung der SmithKline-Stiftung eine Expertengruppe zum Thema Operationelle Ziele für die EPI-Krankheiten veranstaltet. Die Tagung wurde von Dr. D. Salisbury geleitet, Dr. N. Begg fungierte als Berichterstatter und Dr. G. Oblapenko als Sekretär.

Die meisten Länder haben die Ziele von Karlovy Vary nicht erreicht. Auch in den erfolgreichen Ländern war die Eliminierung der Krankheiten schwieriger als angenommen. So hat z. B. kein Land die Eliminierung der Masern erreicht.

Die jüngsten politischen Umwälzungen in Mittel- und Osteuropa brachten besondere Probleme für die Umsetzung der Immunisierungsprogramme mit sich. Einige Länder, besonders die Nachfolgestaaten der UdSSR, leiden unter akutem Impfstoffmangel. Außerdem hat die Zahl der Mitgliedstaaten in der Region erheblich zugenommen, ohne daß die Ressourcen des WHO-Regionalbüros für Europa entsprechend mitgewachsen wären.

Alle neuen Ziele müssen realistisch und erreichbar sein. Die Erfahrung lehrt, daß die früheren Ziele zu optimistisch formuliert waren. Unrealistische Zielvorgaben untergraben die Glaubwürdigkeit der WHO und setzen das Vertrauen und die Unterstützung der nationalen Programmleiter

aufs Spiel. Die Expertengruppe gründete ihre Zielvorschläge vor allem auf dem derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand über die Krankheiten und die Verfügbarkeit entsprechender Impfstoffe. Die Vorschläge umfassen Ziele zur Senkung der Morbidität sowie operationelle Ziele für Impfdichte, Krankheitsüberwachung und gegebenenfalls das Reagieren auf Ausbrüche.

Masern

Die meisten in Karlovy Vary formulierten Ziele hinsichtlich der Masern wurden nicht erreicht. Die durchschnittliche Impfdichte liegt in der Region bei nur 80% und ist damit niedriger als in drei anderen WHO-Regionen. Lediglich acht Länder in der Europäischen Region haben 95% erreicht, in einigen Ländern ist die Impfdichte geringer als 80%.

Auch in Ländern mit seit Jahren sehr hoher Impferfassung konnten die Masern nicht eliminiert werden. Ausbrüche wurden noch bei Populationen mit einem Impferfassungsgrad von 99% gemeldet. Auch mit der Strategie der zweimaligen Impfung konnte die Krankheit nicht eliminiert werden.

Der einzige in der Region bisher nicht angewandte Ansatz ist die Massenimpfung zwecks Unterbrechung der Übertragung. Um wirkungsvoll zu sein, müßten solche in allen Ländern gleichzeitig mit einem hohen Erfassungsgrad durchgeführt werden. Außerdem müßten sie regelmäßig wiederholt werden, um eine erneute Anhäufung von Empfänglichen zu verhindern, die sonst selbst durch einen sehr hohen Erfassungsgrad nicht zu vermeiden wäre. Solche Impfkampagnen könnten außerordentlich aufwendig und kostspielig sein.

Die Maserneliminierung erweist sich eindeutig als weit schwieriger als angenommen. Selbst wenn die Finanzmittel vorhanden wären, ist zu bezweifeln, ob genügend hochwertiger Impfstoff zur Verfügung stehen würde, um in dieser kurzen Zeitspanne (bis zum Jahr 2000) die Masern zu eliminieren. Daher sollte die Maserneliminierung zwar langfristig angestrebt werden, doch wäre es realistischer, als Ziel für das Jahr 2000 eine erhebliche Senkung der Morbidität vorzugeben.

Angeborene Röteln

In ähnlicher Weise ist es den meisten Ländern der Region auch nicht gelungen, die Ziele hinsichtlich der Eliminierung der angeborenen Röteln zu erreichen. Die Überwachung ist in mehreren Ländern inexistent oder unzureichend, und die Rötelnimpfung gehört in 12 Mitgliedstaaten noch nicht zu den in den nationalen Programmen vorgesehenen Standardimpfungen. Wo

Rötelnimpfungen durchgeführt werden, beträgt die gemeldete Impfdichte zwischen 25 und 100%.

Die Grundsätze für die Eliminierung der angeborenen Röteln sind klar.³ Am wichtigsten ist der Schutz der Frauen im gebärfähigen Alter, gefolgt von der Unterbrechung der Rötelnübertragung bei Kleinkindern. Die neuen Ziele zur Eliminierung der angeborenen Röteln sind auf die Zielvorgaben für die Masern abgestimmt, da Kleinkinder mit MMR-Impfstoff gegen beide Krankheiten immunisiert werden sollen.

Mumps

Mumps ist nicht so infektiös wie Masern, so daß die Unterbrechung der Übertragung bei relativ niedrigerem Imperfassungsgrad möglich ist. Trotzdem wurden in bezug auf Mumps die gleichen Impfziele formuliert wie bei Masern und Röteln, da der MMR-Impfstoff gegen alle drei Krankheiten angewendet wird. Die Kosteneffektivität der Immunisierung gegen Mumps rechtfertigt die Einbeziehung der Krankheit in das Ziel 5.

Diphtherie

Die weitgehende Immunisierung von Säuglingen und Vorschulkindern mit Diphtherietoxoid seit den 40er Jahren hat zu einem drastischen Rückgang sowohl der klinischen Erkrankungen als auch der Häufigkeit der Krankheitsträger geführt. Es sollte möglich sein, diese Krankheit zu eliminieren. Der Mensch ist der einzige bekannte Wirt; die Krankheit tritt jahreszeitlich auf, so daß sich Ausbrüche leichter unter Kontrolle bringen lassen, und Diphtherietoxoid ist sicher, effektiv und nicht teuer.

Allerdings gibt es auch Hindernisse für die Eliminierung. Die durch Schutzimpfung erworbene Immunität hält nicht lebenslang an, sondern läßt ohne Auffrischimpfung nach. Serologische Untersuchungen haben besonders bei Erwachsenen Immunitätslücken gegenüber Diphtherie nachgewiesen. Selbst in immunisierten Populationen existiert ein asymptomatischer Trägerzustand. In Ländern mit geringer Inzidenz kommt es häufig zu Fehldiagnosen. Die Expertengruppe trug diesen Schwierigkeiten Rechnung, als sie die Ziele formulierte.

Die Diphtherie-Inzidenz erreichte 1980 ein Rekordtief: lediglich 623 Erkrankungen wurden in der Region gemeldet. Damals schien die Eli-

³ Hinman, A. R. et.al. Rational strategy for rubella vaccination. *Lancet*. 1:39 - 41 (1983).

minierung der Krankheit kurz bevorzustehen. Dann kam es jedoch zweimal zu einem starken Anstieg der Diphtherie-Inzidenz, und zwar zwischen 1981 und 1985 sowie seit 1990. Diese Zunahme ist fast ausschließlich auf die Situation in den Nachfolgestaaten der UdSSR zurückzuführen, aus denen derzeit 97% der Fälle in der Region gemeldet werden.

Poliomyelitis

Nach der erfolgreichen Poliomyelitisbekämpfung in der Region Gesamtamerika setzte sich die WHO das Ziel der weltweiten Ausrottung bis zum Jahr 2000. Viele Länder der Europäischen Region haben die Krankheit bereits eliminiert und eine hohe Impfdichte erreicht. Dreizehn Länder haben jedoch in letzter Zeit Erkrankungen gemeldet; persistente Übertragungs-herde des endemischen Polio-Wildvirus bestehen in Bulgarien, Rumänien, der Türkei, den Nachfolgestaaten Jugoslawiens sowie den zentralasiatischen und transkaukasischen Nachfolgestaaten der UdSSR. Die Unterbrechung der Übertragung in diesen Gebieten ist die wichtigste Aufgabe. Dies erfordert starkes politisches und finanzielles Engagement, an dem es bisher noch mangelte. Im Gegensatz zur Europäischen Region wurde in der Region Gesamtamerika seit fast einem Jahr keine bestätigte Infektion durch Polio-Wildvirus gemeldet.

Die Meldung der Poliomyelitisfälle ist in der gesamten Region gut organisiert. Die – bisher noch nicht gut entwickelte – aktive Überwachung der akuten schlaffen Lähmung wird wesentlich für den Nachweis sein, daß die Krankheit ausgerottet ist. Die Fähigkeit, die akute schlaffe Lähmung bei nicht weniger als 1 pro 100 000 Kinder zu erkennen, ist ein Indikator für die Sensitivität der Überwachung. In den meisten Ländern existieren jetzt Laboratorien, die Polioviren isolieren und differenzieren können; diese Differenzierung in natürliche Poliovirus-Stämme (Wildvirus) oder vakzineähnliche Stämme ist jedoch nur in einigen Ländern möglich. Es wurde eine europäische Bank für Polioviren geschaffen.

Neugeborenen-Tetanus

Zur Eliminierung des Neugeborenen-Tetanus ist es erforderlich, bei Frauen im gebärfähigen Alter eine Tetanus-Immunität zu erreichen; außerdem muß die Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe verbessert werden, u. a. durch Anwesenheit einer qualifizierten Kraft bei jeder Entbindung.

Es wurde das Ziel formuliert, Neugeborenen-Tetanus weltweit bis 1995 zu eliminieren. In den meisten Ländern ist die Krankheit bereits eliminiert, obwohl in einigen Ländern Immunitätslücken bei Frauen im gebärfähigen Alter festgestellt wurden. Der hohe Anteil von Klinikentbindungen

ist der wichtigste Grund, weshalb in den meisten Ländern der Region kein Neugeborenen-Tetanus auftritt. Im Jahr 1990 wurden lediglich 69 Fälle gemeldet, davon 67 aus der Türkei. In der Türkei, in Portugal und in den Nachfolgestaaten Jugoslawiens ist bei Entbindungen vielfach kein ausgebildeter Geburtshelfer anwesend.

Masern

1. Das neue Ziel sollte wie folgt lauten:

Ab dem Jahr 2000 sollten in der Region keine durch einheimische Masern verursachten Todesfälle mehr auftreten, und die jährliche Inzidenz bestätigter Fälle von Masern sollte in jedem Land der Region bei unter einem Fall pro 100 000 Einwohner liegen.

Operationelle Ziele

2. Länder, die bereits eine Impfdichte von 90% erreicht haben, sollten bis 1995 bei Kindern der Altersgruppe unter 2 Jahre einen Impferfassungsgrad von mehr als 95% erreichen, alle übrigen Länder bis 1997.

Kein Kind dieser Altersgruppe sollte ungeimpft bleiben; da Gegenanzeigen gegen Masernimpfstoff^a bei weniger als 1% der Kinder vorliegen,^b ist eine Erfassungsrate von über 95% ein erreichbares operationelles Ziel. Ein hoher Impferfassungsgrad bei Kleinkindern muß die oberste Priorität sein; allerdings könnten Länder mit einem hohen Impferfassungsgrad eine zweite Impfung im Alter 6 – 12 Jahren in Erwägung ziehen, um Ausbrüche bei älteren Kindern oder Erwachsenen zu verhüten.

3. Ab 1997 sollte der Impferfassungsgrad bei 2jährigen Kindern in keinem Distrikt eines Landes unter 95% liegen.

4. Die Masern sollten in allen Ländern der Region zu den meldepflichtigen Krankheiten gehören. Länder, in denen dies nicht der Fall ist, sollten die Überwachung der Masern bis Ende 1993 einführen.

Hautausschlag und Fieber, die 5 bis 14 Tage nach der Impfung auftreten, brauchen nicht gemeldet zu werden, da sie meist auf den Impfstoff

^a **Expanded Programme on Immunization.** Contraindications for vaccines used in EPI. *Weekly epidemiological record*, 37:279 – 281 (1988).

^b **Hewitt, M.** Incidence of contraindications to immunisation. *Archives of diseases in childhood*, 64:1052 – 1053 (1989).

zurückzuführen sind und keine Bedeutung für den öffentlichen Gesundheitsschutz haben.

5. Ab 1997 sollten alle Länder der Region über ein effizientes Überwachungssystem zur Erkennung aller Masernerkrankungen verfügen. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen zusätzlich zur routinemäßigen Meldung aktive Maßnahmen zur Erkennung von Masernfällen anhand von Totenscheinen und Krankenhaus- und Laborunterlagen ergriffen werden.

6. Für alle sporadischen Masernerkrankungen sollte die Bestätigung durch Laboruntersuchungen in Ländern, die weniger als einen Fall pro 100 000 Einwohner melden, bis 1995 und in allen anderen Ländern bis 1997 angestrebt werden.

7. Ab 1997 sollte die Gefährdung durch Masern in allen Altersgruppen unter 10% liegen.

Um dieses Ziel zu erreichen, ist die serologische Überwachung erforderlich, die auch Säuglinge im Alter von 6 – 11 Monaten erfaßt. Die Empfänglichkeit könnte sich in dieser Altersgruppe erhöhen, als Konsequenz daraus, daß die Mütter nur noch über eine durch Impfung verursachte Immunität verfügen.

Angeborene Röteln

9. Das neue Ziel sollte wie folgt lauten:

Ab dem Jahr 2000 sollten in der Region keine einheimischen Fälle von angeborenen Röteln und keine durch Laboruntersuchungen bestätigten Rötelninfektionen bei schwangeren Frauen mehr auftreten.

Operationelle Ziele

10. Länder, die bereits eine Impfdichte von 90% bei Kindern bis zum 2. Lebensjahr erreicht haben, sollten mehr als 95% bei beiden Geschlechtern bis 1995 erreichen, alle anderen Länder bis 1997.

11. Ab 1997 sollte der Impferfassungsgrad bei 2jährigen Kindern in keinem Distrikt eines Landes unter 95% liegen.

12. Bis 1995 sollte jedes Land der Region, in dem Schülerinnen gegen Röteln geimpft werden, eine Impfdichte von 95% erreichen.

Ein hoher Erfassungsgrad bei Kleinkindern ist wesentlich, da niedrige Impfraten zu mehr Erkrankungen bei größeren Kindern und bei Erwachsenen führen, eventuell mit einem Anstieg der Fälle von angeborenen Röteln. Länder, die die Rötelnimmunisierung bei Kleinkindern einführen, sollten sicherstellen, daß auch Mädchen vor der Pubertät und Frauen im gebärfähigen Alter geimpft werden.

13. Bis 1995 sollte jedes Land der Region über ein Überwachungssystem verfügen, das in der Lage ist, alle Fälle des konnatalen Röteln syndroms zu erkennen.

In Ländern mit selektiver Impfstrategie werden Röteln-Reinfektionen bei Schwangeren wahrscheinlich mit zunehmender Sensitivität der Überwachung erkannt.

14. Bis 1995 sollten alle Schwangeren mit Hautausschlag und alle schwangeren Kontaktpersonen von Rötelnpatienten serologisch untersucht werden.

In Ländern mit legalem Schwangerschaftsabbruch sind die Schwangerschaftsabbrüche wegen Röteln ein sensibler Indikator für die Auswirkung mütterlicher Rötelninfektionen und sollten routinemäßig untersucht werden.

Mumps

15. Das neue Ziel sollte wie folgt lauten:

Ab dem Jahr 2000 sollten in der Region keine einheimischen Fälle von Mumps mehr vorkommen.

Operationelle Ziele

16. Länder, die bereits eine Impfdichte von 90% bei 2jährigen Kindern erreicht haben, sollten bis 1995 einen Imperfassungsgrad von mehr als 95% erreichen, alle übrigen Länder bis 1997.

17. Ab 1997 sollte der Imperfassungsgrad bei 2jährigen Kindern in jedem Distrikt eines Landes mindestens 95% betragen.

Wie bei den Röteln ist auch bei Mumps ein hoher Imperfassungsgrad wesentlich, da bei niedrigen Impfraten das Infektionsrisiko in einem höheren Lebensalter und demzufolge auch die Gefahr von Komplikationen größer ist.

18. Mumps sollte in allen Ländern der Region meldepflichtig sein. Länder, in denen dies nicht der Fall ist, sollten die Überwachung des Mumps bis Ende 1993 einführen.

Parotitis in der dritten Woche nach der Impfung braucht nicht gemeldet zu werden, da sie auf den Impfstoff zurückzuführen ist und keine Bedeutung für den öffentlichen Gesundheitsschutz hat.

19. Bis 1997 sollten alle Länder der Region über ein effizientes Überwachungssystem verfügen, um alle Mumpserkrankungen zu erkennen.

Diphtherie

20. Das neue Ziel sollte wie folgt lauten:

Ab dem Jahr 2000 sollten in der Region keine einheimischen Fälle von Diphtherie mehr vorkommen.

Operationelle Ziele

21. Bis 1995 sollte jedes Land in der Region einen Erfassungsgrad von 95% bei der Grundimmunisierung bis zum 2. Lebensjahr erreichen.

22. Ab 1997 sollte der Impferfassungsgrad bei 2jährigen Kindern in jedem Distrikt eines Landes bei der Grundimmunisierung mindestens 90% betragen.

23. Ab 1995 sollte in jedem Land bei Kindern im Schulalter (5 – 14 Jahre) eine Auffrischimpfung gegen Diphtherie durchgeführt werden und entweder ein Erfassungsgrad von 95% oder eine durch entsprechende serologische Untersuchungen nachgewiesene Immunitätsrate von 90% erreicht werden.

Länder, die derzeit keine solche Wiederholungsimpfung durchführen, könnten die Anwendung von Diphtherie-Impfstoff mit niedrigem Antigengehalt in Kombination mit Tetanusimpfstoff zum Zeitpunkt der Schulentlassung erwägen. Die resultierende Immunität müßte dann bei jungen Erwachsenen (20 – 30 Jahre) ermittelt werden.

24. Alle Länder sollten über ein effektives Überwachungssystem zur Erkennung sämtlicher Diphtheriefälle sowie über Labors verfügen, die toxische und nichttoxische Stämme routinemäßig differenzieren können.

25. Ab 1995 sollten alle gemeldeten Diphtherie-Erkrankungen als einheimisch oder eingeschleppt differenziert werden.

26. Ab 1995 sollte durch entsprechende serologische Untersuchungen in allen Ländern der Immunitätsstatus der Erwachsenen in bezug auf Diphtherie festgestellt werden.

Falls die Immunitätsrate in einer zehn Jahre umfassenden Altersgruppe oder in einer sozialen oder ethnischen Gruppe nachweislich unter 75% liegt, sollte eine Auffrischdosis – ggf. mehrere Auffrischdosen – verabreicht werden.

27. Das Auftreten einer einzigen Diphtherie-Erkrankung macht unverzügliche Gegenmaßnahmen erforderlich, z. B. die Isolierung des Patienten sowie die Impfung und Chemoprophylaxe für Kontaktpersonen. Während eines Ausbruchs sind Sondermaßnahmen, einschließlich Masseneimpfungen, zu ergreifen.

Poliomyelitis

28. Das neue Ziel sollte wie folgt lauten:

Spätestens ab dem Jahr 2000 sollte es in der Region keine durch von Polio-Wildvirus verursachten einheimischen Fälle von Poliomyelitis mehr geben.

Operationelle Ziele

29. Ab 1993 sollte jedes Land Zugang zu Laboreinrichtungen für die Isolierung, Typisierung und Differenzierung von Polioviren in natürliche (Wildvirus) oder vakzineähnliche Stämme haben. Ein regionales Netzwerk von Laboratorien ist zur Unterstützung dieser virologischen Arbeit unbedingt erforderlich.

30. Ab 1993 sollte jedes Land, in dem es noch Gebiete mit Erkrankungen durch Wildvirus gibt, zusätzlich zur routinemäßigen Immunisierung gezielte Bekämpfungsstrategien umsetzen.

31. In Ländern, die weniger als 10 Fälle pro Jahr melden, sollte für alle Poliomyelitis-Verdachtsfälle und deren Kontaktpersonen spätestens ab 1993 eine umfassende virologische Stuhluntersuchung durchgeführt werden; dies muß bis 1995 für alle Länder erreicht werden.

32. Ab 1995 sollten alle Länder der Region entweder über eine Überwachung der akuten schlaffen Lähmung oder über andere Möglichkeiten verfügen, jeden Poliomyelitis-Fall in jeder Altersgruppe zu erkennen.

33. Ab 1995 sollte jedes Land in der Region einen Erfassungsgrad von 95% bei der Grundimmunisierung bis zum 2. Lebensjahr erreichen.

34. Ab 1997 sollte in jedem Distrikt eines Landes der Impferfassungsgrad bei der Grundimmunisierung bis zum 2. Lebensjahr mindestens 90% betragen.

Neugeborenen-Tetanus

35. Das neue Ziel sollte wie folgt lauten:

Ab dem Jahr 2000 sollte es in der Region keinen Neugeborenen-Tetanus mehr geben.

Operationelle Ziele

36. Allen Frauen sollten bei der Entbindung ausgebildete Geburtshelfer zur Seite stehen. In Gebieten, in denen dies noch nicht erreichbar ist, sollten die Frauen im gebärfähigen Alter, einschließlich der Schwangeren, gezielt mit Tetanustoxoid immunisiert werden.

37. Ab 1995 sollte jedes Land in der Region eine Impfdichte von 95% bei der Grundimmunisierung bis zum 2. Lebensjahr erreichen.

38. Ab 1997 sollte in jedem Distrikt eines Landes die Impfdichte bei der Grundimmunisierung bis zum 2. Lebensjahr mindestens 90% betragen.

39. Ab 1995 sollte in jedem Land eine Auffrischimpfung mit kombiniertem Diphtherie-Tetanus-Impfstoff für Kinder im Schulalter (5 – 14 Jahre) vorgesehen und ein Erfassungsgrad von 95% erreicht werden.

40. Alle Länder sollten die Erkrankungen an Neugeborenen-Tetanus getrennt von den Erkrankungen an Tetanus melden.

41. Ab 1995 sollten alle Länder sämtliche Tetanusfälle nach Alter und Geschlecht der Erkrankten analysieren. Dies wird es ermöglichen, die Risikofaktoren für Neugeborenen-Tetanus, d. h. das Auftreten von Tetanusfällen bei Frauen im gebärfähigen Alter, festzustellen.

*Anhang 2***ARBEITSPAPIERE^a**

- | | |
|------------------|---|
| ICP/EPI 012B/6 | New role of WHO/EURO,
von J. E. Asvall |
| ICP/EPI 012B/7 | Latest developments on global EPI
von H. Zoffmann |
| ICP/EPI 012B/8 | EPI in Europe in 1991 – 1992
von G. Oblapenko |
| ICP/EPI 012B/9 | New operational targets for 1990s
von D. Salisbury |
| ICP/EPI 012B/10a | Global polio eradication in 1991 – 1992
von H. Hull |
| ICP/EPI 012B/10b | Polio eradication in Europe in 1991 – 1992
von G. Oblapenko |
| ICP/EPI 012B/11 | EUROHEALTH project 2. Vaccine supply and
modernization programme in Central and
Eastern Europe and the former USSR. Status as
of January 1993, von A. Kendal |
| ICP/EPI 012B/12 | Attainment of HFA target 5 in Bulgaria,
von S. Popova |
| ICP/EPI 012B/14 | Attainment of HFA target 5. Vision of problems
and possible solutions: Finland, von T. Hovi |
| ICP/EPI 012B/15 | Immunization activities in the Russian
Federation, von S. K. Litvinov |
| ICP/EPI 012B/16 | Attainment of HFA target 5: the Netherlands,
von H. P. Verbrugge |
| ICP/EPI 012B/17 | Attainment of HFA target 5 in Germany,
von J. Hallauer |
| ICP/EPI 012B/18 | Funding of the regional EPI and fund raising,
von J. Cheyne |

^a Kopien sind beim Referat Übertragbare Krankheiten, WHO-Regionalbüro für Europa, Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark, erhältlich.

*Anhang 3***TEILNEHMER****Berater auf Zeit**

Professor P. Bégué

Pädiatrische Beratung, Hôpital Trousseau, Paris, Frankreich
(*Stellvertretender Vorsitzender*)

Professor S.R. Dittmann

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Bundesgesundheits-
amt, Berlin, Deutschland

Dr. Nicole Guérin

Internationales Kinderzentrum, Paris, Frankreich

Dr. J. Hallauer

Referatsleiter, „Hygiene und Seuchenhygiene“, Bundesministerium
für Gesundheit, Bonn, Deutschland

Professor Tapani Hovi

Abteilung Viruskrankheiten, Nationalinstitut für Öffentliche
Gesundheit, Helsinki, Finnland

Dr. Sergej K. Litvinov

Abteilungsleiter, Zentralinstitut für Epidemiologie,
c/o Gesundheitsministerium, Moskau, Russische Föderation

Dr. Stanislava Popova

Leiterin, Abteilung Übertragbare Krankheiten, Ministerium für
Gesundheit und Soziales, Sofia, Bulgarien

Dr. David M. Salisbury

Leitender Medizinalbeamter, Gesundheitsministerium, London,
Vereinigtes Königreich (*Berichterstatter*)

Sir Joseph Smith

Direktor, Labordienst für Öffentliche Gesundheit, Gesundheits-
ministerium, London, Vereinigtes Königreich (*Vorsitzender*)

Dr. Hans P. Verbrugge

Medizinischer Referent, Gesundheit von Mutter und Kind, Abteilung
des Leitenden Medizinaldirektors, Rijswijk, Niederlande

Weltgesundheitsorganisation

Regionalbüro für Europa

Dr. J.E. Asvall

Regionaldirektor für Europa

Loreta Colatosti

Programmassistentin, Übertragbare Krankheiten

Johanna Kehler

Sekretärin, Poliomyelitis-Ausrottung

Dr. Alan P. Kendal

Berater, Impfprogramm für die mittel- und
osteuropäischen Länder

Dr. George Oblapenko

Medizinischer Referent, Poliomyelitis-Ausrottung

Dr. Colette Roure

Regionalberaterin, Übertragbare Krankheiten

Dr. Mark Tsechkovski

Direktor, Krankheitsprävention und Qualitätssicherung

Hauptbüro

J. Cheyne

Verwaltungsreferent, Erweitertes Immunisierungsprogramm

Dr. H. Hull

Medizinischer Referent, Erweitertes Immunisierungsprogramm

Dr. H. Zoffmann

Stellvertretender Direktor, Erweitertes Immunisierungsprogramm