Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Konzept zur Verbesserung der Impfraten in Bayern

Herausgeber:
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Eggenreuther Weg 43
91058 Erlangen

Telefon: 09131/764-0
Telefax: 09131/764-102

E-Mail: poststelle@lgl.bayern.de
Internet: www.lgl.bayern.de

Autorinnen und Autoren des Berichts:

Dr. Maria-Sabine Ludwig[1], Dr. Richela Fischer[1], Dr. Wolfgang Hautmann[1],
Prof. Dr. Christiane Höller[1], Dr. Ludmila Naumann[1], PD Dr. Heinz Rinder[1], PD Dr. Andreas Sing[1],
Dr. Ursula Stocker[1], PD Dr. Manfred Wildner[1], Dr. Andreas Zapf[1]

Prof. Dr. Bernhard Liebl[2], Dr. Erwin Lutz[2], Dr. Lorenz Weigl[2]

[1]Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
[2]Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz

Bei fachlichen Fragen wenden Sie sich bitte an:
Dr. Maria-Sabine Ludwig
Tel. 089/31560-251
E-Mail: sabine.ludwig@lgl.bayern.de

Stand:
August 2006 (2. Auflage, Nachdruck im Oktober 2006)

ISBN 3-939652-15-6 (Print Ausgabe bis 31.12.2006)
ISBN 978-3-939652-15-1 (Print Ausgabe ab 01.01.2007)
ISBN 3-939652-16-4 (Online Ausgabe bis 31.12.2006)
ISBN 978-3-939652-16-8 (Online Ausgabe ab 01.01.2007)

Diese Druckschrift wird kostenlos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von den Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden. Bei publizistischer Verwertung – auch von Teilen – werden Angabe der Quelle und Übersendung eines Belegexemplars erbeten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Publikation wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt. Diese Druckschrift wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann dennoch nicht übernommen werden.

Inhaltsverzeichnis

1. ZUSAMMENFASSUNG 2

2. HINTERGRUND 5

3. SCHWERPUNKTE 7

3.1 VERBESSERUNG DER DATENLAGE 7

3.1.1 Inzidenz von impfpräventablen Erkrankungen einschließlich der Angabe von Komplikationen und des Anteils von zuvor vollständig geimpften Erkrankten (=Impfdurchbrüchen) 7

3.1.2 Durchimpfungsraten 8

3.1.3 Erfassung von Impfschäden 9

3.1.4 Prüfung von geeigneten Konzepten zur Verbesserung der Datenlage bzgl. der Durchimpfungsraten auch in älteren Altersgruppen (z.B. zentrale Impfdatenstelle) 10

3.2 PRIORISIERUNG UND FORMULIERUNG VON IMPFZIELEN 10

3.3 NUTZUNG DER SCHULEINGANGSUNTERSUCHUNGEN ALS INSTRUMENT ZUR VERBESSERUNG DER DURCHIMPFUNGSRATEN BEI SCHULKINDERN 12

3.4 IMPFAKTIONEN DER GESUNDHEITSÄMTER IN BAYERISCHEN SCHULEN 13

3.5 MAßNAHMEN ZUR ERHÖHUNG DER IMPFRATEN BEI AUSGEWÄHLTEN PERSONENGRUPPEN UNTER KOOPERATION MIT PARTNERN DES ÖGD 16

3.6 ÖFFENTLICHKEITS- UND MEDIENARBEIT 19

3.7 UNTERSTÜTZUNG DER NIEDERGELASSENEN ÄRZTE 20

3.8 BEWERTUNG UND GEGEBENENFALLS ÜBERNAHME ERFOLGREICHER MODELLE ANDERER LÄNDER 23

4. AKTUELLER STAND DER UMSETZUNG 24

5. ANLAGEN 27

5.1 MUSTERBRIEF INFORMATION FÜR ÄRZTE 27

5.2 GESUNDHEITSMONITOR BAYERN AUSGABE 4/2005 30

5.3 MATERIALIEN ZU EINEM RECALL-SYSTEM 34

5.4 MODULE ZU IMPFAKTIONEN AN SCHULEN 40

5.5 KONZEPTPAPIER „BAYERISCHE LANDESARBEITSGEMEINSCHAFT IMPFEN (LAGI) (STAND 09.08.2006)“ 48

1. Zusammenfassung

Das Bayerische Impfkonzept hat zum Ziel, eine effektive Umsetzung der nationalen Impfempfehlungen unter Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten in Bayern und von Gruppen mit erschwertem Zugang zu Impfungen zu gewährleisten und eine Aufgabenverteilung und Koordination der verschiedenen Akteure im Bereich der Impfprävention zu erreichen.

Folgende *Schwerpunkte* wurden in diesem Zusammenhang formuliert:

1. *Datenlage* hinsichtlich Inzidenz impfpräventabler Erkrankungen, Durchimpfungsraten und Impfschäden verbessern
2. *Priorisierung*, z.B. Priorität Lebenswelt Kindergarten und Schule sowie Arbeitswelt und ggf. Formulierung von Impfzielen
3. Erweiterte Nutzung der *Schuleingangsuntersuchungen* auch *als Instrument zur Verbesserung der Durchimpfungsraten bei Schulkindern* über Einführung eines Impflücken-Recallsystems durch die Gesundheitsämter sowie über zeitnahe Information der niedergelassenen Kinder- und Hausärzte über landkreisspezifische Impfraten
4. Koordination der *Impfaktionen der Gesundheitsämter in bayerischen Schulen* zur Verbesserung des subsidiären Impfangebots durch Fokussierung auf die 6. Klasse und dadurch gleichzeitige Erschließung einer neuen Datenquelle für Durchimpfungsraten
5. Initiierung bzw. Abstimmung von *weiteren Maßnahmen zur Erhöhung der Impfraten* durch
    a) Gründung einer „*Landesarbeitsgemeinschaft Impfen*“
    b) Prüfung einer Impfpassvorlagepflicht bzw. Beratungspflicht bei Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung (Kindergarten, Schule, Altenheim etc.)
    c) Stärkung der betrieblichen Gesundheitsvorsorge im Bereich Impfen
    d) Angebot der Vorsorge durch Impfbuchkontrolle, Impfberatung und ggf. Impfangebot bei Lehrern im Rahmen der Einstellungsuntersuchungen von Beamtenanwärtern

6. *Öffentlichkeits- und Medienarbeit*
7. *Unterstützung der niedergelassenen Ärzte* durch Beseitigung von infrastrukturellen, administrativen und materiellen Barrieren sowie durch eine für den Bereich der kassenärztlichen Versorgung verbindliche qualitätsgesicherte Aus-, Weiter- bzw. Fortbildung hinsichtlich Impfen
8. *Bewertung und ggf. Übernahme erfolgreicher Modelle anderer Länder*

Bei der Umsetzung dieser Schwerpunkte sind viele der Akteure im Impfwesen gefordert: der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) in Bayern, d.h. bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (StMUGV), bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Regierungen und Gesundheitsämter, niedergelassene Ärzte und Berufsverbände, Krankenkassen, Vertreter aus dem Wissenschaftsbereich sowie weitere Organisationen, die in der Impfprävention erfolgreiche Arbeit leisten (z.B. Grünes Kreuz). Die Gründung einer „Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft Impfen“ soll bei der Vernetzung der verschiedenen Akteure und bei der abgestimmten Umsetzung dieses Konzepts helfen.

Zeitnah sollen noch im Jahr 2006 folgende erste Maßnahmen umgesetzt werden:

1. Information der niedergelassen Ärzte über die aktuellen Durchimpfungsraten bei der Schuleingangsuntersuchung durch das zuständige Gesundheitsamt (Musterbrief für Ärzte siehe Anlage 5.1 und Gesundheitsmonitor Bayern 4/2005, www.lgl.bayern.de siehe Anlage 5.2)
2. Einführung eines Recall-Systems (Modellprojekt) bei im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung festgestellten Impflücken (Materialien zu einem Recall-System siehe Anlage 5.3)
3. Neues Konzept für die jährlichen Impfaktionen der Gesundheitsämter in den Schulen: Zielgruppe statt der 4. die 6. Jahrgangsstufe (unter Wahrung der Subsidiarität), vollständige Impfbuchkontrolle mit Impfangebot (hier ggf. nur Fokussierung auf bestimmte Impfungen oder Gruppen), Möglichkeit zur Erhebung von Durchimpfungsraten in dieser Altersgruppe (Module zu Impfaktionen an Schulen siehe Anlage 5.4)

4. Gründung einer „Landesarbeitsgemeinschaft Impfen (LAGI)“ (Konzeptpapier siehe Anlage 5.5)
5. Auswertung der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) hinsichtlich Impfleistungen zunächst bei Kindern
6. Vorschlag einer erweiterten Meldepflicht für impfpräventable Erkrankungen bei der bevorstehenden Novellierung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) durch den Freistaat Bayern
7. Pilotprojekt in Kindergärten eines Landkreises zur Impfpassvorlage bei Anmeldung des Kindes.

2. Hintergrund

Schutzimpfungen zählen zu den wichtigsten Maßnahmen der primären Prävention von Infektionskrankheiten. Wichtige Meilensteile einer erfolgreichen Impfstrategie und damit einer Verbesserung des Infektionsschutzes der Bevölkerung waren beispielsweise die erfolgreiche Eradikation der Pocken im Jahr 1980 und die Elimination der Poliomyelitis in Europa im Jahr 2002. Angesichts der weltweit hohen Morbidität und Mortalität durch Masern wäre es nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dringend erforderlich, über hohe Impfraten die entsprechende Viruszirkulation zu stoppen: mittelfristiges Ziel ist daher die Masernelimination in Europa zum Jahr 2010. Für das Erzielen solcher Impferfolge ist ein koordiniertes Zusammenspiel vieler Akteure und Gesellschaftsgruppen notwendig:

Impfschutz ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Institutionen, denen eine besondere „organisatorische oder strukturelle Verantwortung für die Impfprävention in Deutschland“ (Schmitt 2003) zukommt, sind das als Zulassungsbehörde für Impfstoffe fungierende Paul-Ehrlich-Institut, die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO), deren Impfempfehlungen Grundlage für die öffentlichen Impfempfehlungen der Länder sind, das Robert Koch-Institut (RKI) selbst, die Länder und der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) der Länder, die Krankenkassen, die niedergelassenen Ärzte und deren Berufsverbände. Zusätzlich existiert noch eine Vielzahl von Organisationen, die in der Impfprävention erfolgreiche Arbeit leisten.

Bei der Umsetzung der nationalen Impfempfehlungen sind niedergelassene Ärzte das wichtigste Rückgrat für den Erfolg des Impfkonzepts. Nach §20 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) hat der ÖGD im Bereich Impfen folgende Aufgaben:

„(1) Die zuständige obere Bundesbehörde, die obersten Landesgesundheitsbehörden und die von ihnen beauftragten Stellen sowie die Gesundheitsämter informieren die Bevölkerung über die Bedeutung von Schutzimpfungen und anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten.(…)(5) Die obersten Landesgesundheitsbehörden können bestimmen, dass die Gesundheitsämter unentgeltlich Schutzimpfungen und andere Maßnahmen

der spezifischen Prophylaxe gegen bestimmte übertragbare Erkrankungen durchführen“.

Traditionell ist die subsidiäre Vervollständigung des empfohlenen Impfschutzes bei der Bevölkerung, insbesondere bei Kindern, eine bedeutende Aufgabe des ÖGD. Um auch für Bayern eine effektive Umsetzung der Impfempfehlungen unter Berücksichtigung von Gruppen mit erschwertem Zugang zu Impfungen zu gewährleisten und eine Aufgabenverteilung und Koordination der vielen Akteure im Bereich der Impfprävention zu erreichen, wurde die Entwicklung eines bayerischen Impfkonzepts vom StMUGV angeregt.

Das Bayerische Impfkonzept schlägt hierfür eine grundsätzlich mit anderen Aktivitäten des StMUGV konsistente Herangehensweise vor.

Dies bedeutet, dass

- Priorisierungen vorgenommen werden
- evidenzbasierte Maßnahmen ausgewählt werden bzw. vor einer flächendeckenden Umsetzung Modellprojekte durchgeführt und evaluiert werden
- best practice-Modelle identifiziert und standardisiert Bayernweit umgesetzt werden.

Nachfolgend sind dazu Schwerpunkte festgelegt, welche durch konkrete, ausformulierte Vorschläge für den Bereich des ÖGD in den Anlagen ergänzt werden.

3. Schwerpunkte

3.1 *Verbesserung der Datenlage*

Impfempfehlungen und Impfstrategien sollten sich auf eine valide Datenbasis stützen, die eine Prioritätensetzung, z.B. Identifikation von Risikogruppen, erlaubt und auch eine Evaluation von ergriffenen Maßnahmen ermöglicht. Folgende Datenquellen sollten möglichst zur Verfügung stehen:

3.1.1 Inzidenz von impfpräventablen Erkrankungen einschließlich der Angabe von Komplikationen und des Anteils von zuvor vollständig geimpften Erkrankten (=Impfdurchbrüchen)

Hier sollten insbesondere diejenigen Erkrankungen berücksichtigt werden, die nach den aktuellen STIKO-Impfempfehlungen zu den Standardimpfungen gehören. Gemäß dem IfSG liegen hier Daten zu Masern, Diphtherie, Hepatitis B, Influenza, Poliomyelitis, invasiven Hämophilusinfluenzae- und Meningokokken-Erkrankungen vor. Bei Röteln besteht nur eine anonyme Meldepflicht für konnatale Erkrankungen. Die Meldepflicht für Tetanus und Pocken besteht seit Einführung des IfSG nicht mehr, Mumps, Pertussis und invasive Pneumokokken-Erkrankungen waren auch vorher nicht meldepflichtig.

Verbesserungsmöglichkeiten: Im Rahmen der bevorstehenden Novellierung des IfSG wird von Bayern angeregt, eine erweiterte Meldepflicht auf Bundesebene für Tetanus, Pocken, Mumps, Röteln, invasive Pneumkokkenerkrankungen, Varizellenerkrankungen mit schweren Komplikation bzw. tödlichem Verlauf und Pertussis - wie bereits in den neuen Bundesländern vorhanden - zu thematisieren, zumal sie zu den impfpräventablen Infektionskrankheiten zählen, für die eine EU-weite Überwachung vorgesehen ist (EU-Entscheidungen 2119/98/EG, 2000/96/EG und 2002/253/EC) (siehe auch Ammon A., Bundesgesundheitsbl 48, 2005). Eine generelle Meldepflicht für Varizellenerkrankungen wird angesichts der noch unzureichenden Durchimpfungsraten und der hohen Morbidität derzeit als nicht praktikabel eingestuft.
Die so gewonnenen Daten zu impfpräventablen Erkrankungen ermöglichen die Ableitung gesundheitspolitischer Handlungsempfehlungen und erleichtern

sachgerechte Entscheidungen, z.B. bei den Impfempfehlungen. So belegten beispielsweise die Surveillance-Daten aus den neuen Bundesländern eine zunehmende Pertussisinzidenz bei geimpften Schulkindern, der höchstwahrscheinlich eine verkürzte Schutzwirkung der Grundimmunisierung zugrunde liegt (Oppermann H. et al, Bundesgesundheitsbl 48, 2005). Die STIKO hat daher im Januar 2006 (Epi Bull 3/2006) die bestehende Empfehlung zur Auffrischimpfung gegen Tetanus und Diphtherie (Td) im Alter von 5-6 Jahren durch eine Empfehlung zur gleichzeitigen Auffrischimpfung gegen Pertussis (TdaP) ergänzt.

Für den Fall, dass auf Bundesebene die Meldepflicht nicht erweitert wird, sollte für Bayern die Möglichkeit einer entsprechenden Regelung auf Landesebene geprüft werden.

3.1.2 Durchimpfungsraten

Valide Daten zu Durchimpfungsraten erlauben, rasch Defizite und ggf. Risikogruppen zu erkennen. Ihre Kenntnis ist unerlässlich für gezielte Aktivitäten zur Impfprävention.
Derzeitiger Stand: In Bayern existieren keine flächendeckenden Daten zum Impfstatus von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen nach der Einschulung, d.h. es existieren keine Daten über die Akzeptanz von empfohlenen Auffrischimpfungen oder die Nachholung versäumter Grundimmunisierungen. Hauptdatenquellen sind zurzeit:

a) *Impfstatus von Schulanfängern*
Durchimpfungsraten bei 5-6 Jährigen sind flächendeckend in Bayern durch die vom ÖGD erhobenen Impfstatusdaten im Rahmen der Einschulungsuntersuchung vorhanden. Durch weitere Angaben, die bei dieser Untersuchung erhoben werden (wie Teilnahme an Vorsorgeuntersuchung, Kindergartenbesuch etc) können bestimmte Risikogruppen und regionale Unterschiede analysiert werden. Die aktuellen Daten der Schuleingangsuntersuchung 2004/2005 zeigen bei vielen Impfungen ausgeprägte regionale Unterschiede, bei einzelnen Indikationen (z.B. Masern, Hepatitis B) ist der Impfschutz auch insgesamt noch nicht befriedigend (siehe Anlage 5.2).

b) *Mikrozensusdaten zur Annahme der Influenzaimpfung*

Diese repräsentative Bevölkerungsbefragung mit freiwilligem Gesundheitsteil umfasst ca. 0,5% der Haushalte. In mehrjährigem Abstand erfasst eine Frage die Grippeimpfung im letzten Jahr vor der Befragung (www.destatis.de).

Verbesserungsmöglichkeiten: Die von nahezu allen Gesundheitsämtern in Bayern durchgeführten Impfaktionen in den 4., 5. oder späteren Schulklassen könnten koordiniert und vereinheitlicht werden, so dass über flächendeckende Impfbuchkontrollen in einer Jahrgangsstufe (z.B. 6. Jahrgangsstufe) Durchimpfungsraten berechnet werden können (bereits in manchen Bundesländern etabliert, siehe Schwerpunkt 4). Gezielte Studien zur Erfassung des Impfstatus (bzw. von Antikörperprävalenzen) bei älteren Kindern und Erwachsenen evtl. unter Berücksichtigung des jeweiligen Umfeldes (z.B. Tätigkeiten mit Publikumsverkehr: Influenza; Tätigkeiten im Krankenhaus: Influenza, Hepatitis B; Kontakt mit Kindern: MMR; Tätigkeiten in Alten- und Pflegeheimen: Influenza, Pneumokokken) sollten erwogen werden. Dabei kann auch eine sekundäre Analyse von Abrechnungsdaten der ambulanten kassenärztlichen Versorgung wichtige Informationen beitragen.

3.1.3 Erfassung von Impfschäden

Die Veröffentlichung von möglichen Impfkomplikationen ist ein wesentlicher Schritt für eine fundierte Impfberatung sowie für die nicht nur von Impfskeptikern geforderte Transparenz. Nach §6 Abs1 Nr.3 des IfSG sind Verdachtsfälle von Impfkomplikationen meldepflichtig. In Bayern werden diese Meldungen vom Gesundheitsamt über die Regierungen (als zuständige Landesbehörde) ans Paul-Ehrlich-Institut übermittelt. Seit Einführung dieser Meldepflicht wurden diese Daten vom Paul-Ehrlich-Institut erstmals im Jahr 2002 veröffentlicht (Keller-Stanislawski et al., Bundesgesundheitsblatt 45 Nr.2002).

Verbesserungsvorschläge: Um einen Überblick über bayerische Verdachtsmeldungen von Impfschäden zu erhalten, soll von den Regierungen eine jährliche Statistik der dort gemeldeten Fälle ans LGL übermittelt werden. Diese

kann dann mit den Zahlen der anerkannten Impfschäden aus der Versorgungsverwaltung abgeglichen werden.

3.1.4 Prüfung von geeigneten Konzepten zur Verbesserung der Datenlage bzgl. der Durchimpfungsraten auch in älteren Altersgruppen (z.B. zentrale Impfdatenstelle)

In Sachsen Anhalt wurde aufbauend auf historische Strukturen ein zentrales Impfregister eingeführt, wobei die ersten Erfahrungen hinsichtlich Akzeptanz und Datenqualität noch Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigten (Oppermann H. et al. (2004), Erfahrungen und Schwierigkeiten bei der Implementierung von Impfregistern in Sachsen-Anhalt. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 47:1189-1195). Derzeit werden in Bayern geeignete Konzepte geprüft, die eine Abschätzung von Durchimpfungsraten, auch in älteren Altersgruppen, erlauben. So wird beispielsweise von der KVB die prinzipielle Möglichkeit einer eigenen bayerischen Impfdatenstelle innerhalb der KV angedacht.

3.2 *Priorisierung und Formulierung von Impfzielen*

In Anlehnung an die Schwerpunkte der Gesundheitsinitiative „Gesund.Leben. Bayern.“ sollen für das bayerische Impfkonzept ebenfalls die Schwerpunkte Kinder und Jugendliche in ihren jeweiligen Settings (Lebenswelten und natürliche soziale Zusammenhänge) sowie Erwachsene im Setting Arbeitswelt gewählt werden.

Die Formulierung von Impfzielen kann sich hinsichtlich der Individualprophylaxe an Idealzielen orientieren, hinsichtlich des bevölkerungsbezogenen Gesundheitsschutzes empfehlen sich Realziele, welche sich z.B. an der für eine Herdenimmunität notwendigen Durchimpfungsrate orientieren (siehe dazu auch Anlage 5.1 und 5.2).

In den Lebenswelten Kindergarten und Schule wird der Schwerpunkt auf die Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln, Pertussis und Hepatitis B gelegt, ohne jedoch diese Indikationen von den anderen Impfindikationen vollständig abzutrennen (Mehrfachimpfstoffe). Hier nimmt im Rahmen der Subsidiarität der

ÖGD bereits jetzt wichtige Funktionen wahr, z.B. durch die Erfassung des Impfstatus bei Schuleingangsuntersuchungen und durch Impfaktionen an Schulen (siehe Schwerpunkt 3.3 und 3.4).

Für den Bereich der Arbeitswelt gibt es Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) und Impfungen, die der Arbeitgeber den Beschäftigten laut Biostoffverordnung (BiostoffV) anzubieten hat.

So empfiehlt die STIKO **Influenza-Schutzimpfungen** für Personen mit erhöhter beruflicher Gefährdung, z.B. medizinisches Personal und Personen in Einrichtungen mit umfangreichem Publikumsverkehr sowie für Personen, die als mögliche Infektionsquelle für von ihnen betreute Risikopersonen fungieren können.

Ein Sonderfall sind Grippeimpfungen zum Schutz der Beschäftigten vor Infektionen durch Erreger der Geflügelpest beim Auftreten der Vogelgrippe (Aviäre Influenza). Gemäß Beschluss 608 des Ausschusses für Biologische Arbeitsstoffe beim Bundesminister für Arbeit und Soziales ist es aus Arbeitsschutzgründen nicht erforderlich, den Beschäftigten nach §15a Abs.3 Biostoffverordnung (BiostoffV) eine Influenza-Schutzimpfung mit dem aktuellen humanen Influenza-Impfstoff anzubieten, da diese Impfung nicht dem Schutz vor Infektionen durch den Erreger der klassischen Geflügelpest dient. Vielmehr empfehlen das Robert Koch-Institut und der Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe aus Gründen des allgemeinen Bevölkerungsschutzes Impfungen mit dem aktuellen humanen Influenza-Impfstoff, um Doppelinfektionen mit humanen Influenza- und Geflügelpestviren und damit die Entstehung neuer Virusrekombinanten zu vermeiden.

§15a BiostoffV regelt das Angebot und die Veranlassung arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen sowie das Impfangebot für Tätigkeiten mit impfpräventablen biologischen Arbeitsstoffen. Beispielhaft seien genannt:

- Das Impfangebot für Hepatitis B für Personal im Gesundheitswesen
- Das Impfangebot für Masern, Mumps und Röteln für Personal in Einrichtungen zur medizinischen Untersuchung, Behandlung und Pflege von Kindern sowie zur vorschulischen Kinderbetreuung

Verfügt der Beschäftigte über einen ausreichenden Immunschutz gegenüber Tätigkeiten mit impfpräventablen biologischen Arbeitsstoffen, müssen die entsprechenden arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen nicht durchgeführt werden (§15a Abs.3 BiostoffV). Diese positive Zielsetzung soll Arbeitgeber und Beschäftigte zur Impfakzeptanz motivieren. Im Anhang IV BiostoffV sind die Untersuchungsanlässe für verpflichtende arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen aufgeführt und die impfpräventablen biologischen Arbeitsstoffe besonders gekennzeichnet.

3.3 Nutzung der Schuleingangsuntersuchungen als Instrument zur Verbesserung der Durchimpfungsraten bei Schulkindern

Impfbuchkontrollen werden derzeit in Bayern jährlich im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen durchgeführt (§34 Absatz11 IfSG). Die Durchimpfungsraten werden bezogen auf die Zahl der vorgelegten Impfbücher errechnet (im Schuljahr 2004/2005 wurden beispielsweise von 93,8% aller untersuchten Kinder Impfbücher vorgelegt). Die aktuellen Daten der Schuleingangsuntersuchung 2004/2005 zeigen, dass die Einzuschulenden in Bayern bezogen auf Poliomyelitis, Diphtherie und Tetanus einen guten Impfschutz haben. Jedoch zeigen sich bei anderen Impfungen ausgeprägte regionale Unterschiede, bei wenigen (z.B. Masern, Hepatitis B) ist der Impfschutz auch insgesamt noch nicht befriedigend (siehe Anlage 5.2).
Diese Impfbuchkontrollen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung können dazu beitragen, eine Priorisierung der im Folgenden diskutierten Maßnahmen zur Erhöhung der Durchimpfungsraten sowohl hinsichtlich der Identifizierung von Regionen als auch hinsichtlich der Identifizierung von Impflücken bei den einzelnen Impfungen vorzunehmen.

Verbesserungsmöglichkeiten: Eine Nutzung der Durchimpfungsraten als Instrument zur Verbesserung der Durchimpfungsraten bei Schulkindern soll in zweifacher Hinsicht erfolgen:

1. Detaillierte zeitnahe Information der niedergelassenen Kinder- und Hausärzte über die aktuelle Impfsituation im Landkreis durch das zuständige Gesundheitsamt (siehe Anlage 5.1 und 5.2).

2. Erfassung von Kindern mit Impflücken bei der Schuleingangsuntersuchung in einem Recall-System des zuständigen Gesundheitsamtes: Bei festgestellten Impflücken werden die Eltern an die ausstehenden Impfungen durch das Gesundheitsamt erinnert. Der impfende Arzt wird gebeten, seine Impfung auf einem Formblatt zu dokumentieren, welches dann an das Gesundheitsamt zurückgesandt wird (siehe Anlage 5.3). Eine entsprechende Dokumentation zur Vorlage beim Gesundheitsamt über die bereits verabreichten Impfungen anhand des Impfausweises kann auch durch den Apotheker vor Ort erfolgen. Die Bayerische Apothekerkammer hat bereits ihre Bereitschaft und Interesse an der Teilnahme beim Recall-System signalisiert.

3.4 Impfaktionen der Gesundheitsämter in bayerischen Schulen

Bayerische Gesundheitsämter sind seit vielen Jahren mit der Durchführung von regelmäßigen öffentlichen Impfterminen in Schulen betraut. Ziel der Impfaktionen ist es, Impflücken zu erkennen und bei Einverständnis der Eltern möglichst rasch die fehlenden Impfungen durchzuführen.
Das LGL führte zweimal eine Evaluation dieser Impfaktionen (Schuljahr 2002/2003 und Schuljahr 2003/2004) durch. Es zeigte sich, dass Impfaktionen im weiteren Sinne (Impfbuchkontrolle mit oder ohne Angebot einer Impfung) von ca. 90% der bayerischen Gesundheitsämter durchgeführt wurden, davon boten 85% selbst Impfungen an. Über 11.000 Kinder wurden jährlich im Rahmen dieser Aktionen durch die Ärzte der Gesundheitsämter geimpft.
Konzeptionell zeigten sich große regionale Unterschiede: Einige legten den Schwerpunkt auf eine möglichst vollständige, oft mehrere Jahrgänge umfassende Impfbuchkontrolle und anschließende Information der Eltern/Hausärzte bei Impflücken. Andere bemühten sich um ein umfassendes Konzept des Impfangebots vor Ort, kontrollierten aber nicht alle Impfbücher, sondern vorwiegend die von Impfwilligen.

Verbesserungsmöglichkeiten: Als Ergebnis der Evaluationen einschließlich der Auswertung der Kommentare wurden insbesondere folgende Verbesserungsvorschläge herausgearbeitet:

- Je nach abschließend noch festzulegendem Impfangebot Änderungen der Zielgruppe (6. Jahrgangsstufe versus der bisher empfohlenen 4. Jahrgangsstufe), um unter Wahrung der Subsidiarität erste Auffrischimpfungen miterfassen zu können
- Vervollständigung des Impfangebots durch die Varizellenkomponente
- Übersichtlichere Gestaltung der Aufklärungsmerkblätter und Einverständniserklärungen
- verbesserte Kooperationen mit den Schulen.

Als weiteres Ergebnis dieser Evaluationen ist im Rahmen des bayerischen Impfkonzepts ein stärker koordiniertes Vorgehen bei der Durchführung der Impfaktionen vorgesehen.
Festzuhalten bleibt die besondere Bedeutung des ÖGD in diesem Zusammenhang, der durch Unabhängigkeit, Neutralität, Interessensfreiheit und flächendeckende Versorgung eine fachlich kompetente Impfberatung in den Schulen durchführen kann. In Zusammenarbeit mit dem Kultusministerium wird eine gemeinsame Unterrichtsmaterialzusammenstellung zur Förderung des Impfgedankens an Schulen angestrebt. Folgendes Vorgehen wird zukünftig vom StMUGV bei der Durchführung der jährlichen Impfaktionen der bayerischen Gesundheitsämter in Schulen empfohlen:
Modulares System mit folgender Mindestanforderung: Impfbuchkontrolle mindestens des kompletten Jahrgangs der 6. Klasse und zusätzlich abhängig von Ressourcen und Bedarf gestaffeltes aktives supplementäres Impfangebot vor Ort.
Die Änderung der empfohlenen Klassenstufe von der 4. auf die 6. Klasse erscheint aus Gründen der Subsidiarität, der Erreichbarkeit der Jugendlichen zur Stärkung des eigenverantwortlichen Impfgedankens sowie hinsichtlich der Beratung für in naher Zukunft empfohlene weitere Jugendimpfungen wie z.B. die HPV-Impfung sinnvoll. Eine höhere Klasse würde bei bestehenden Impflücken eine zusätzliche Zeitverzögerung und hinsichtlich des Ausschlusses einer mög-

lichen Schwangerschaft bei Impfaktionen eine logistische Hürde bedeuten. Die Wahl einer einheitlichen Jahrgangsstufe bei der Impfbuchkontrolle bietet zudem den Vorteil, erstmals eine Dokumentation von Durchimpfungsraten in dieser Altersgruppe in Bayern zu erhalten. Nach einer Übergangszeit von 2 Jahren soll daher eine weitere Evaluation der Impfaktionen einschließlich einer Erfassung der Durchimpfungsraten in der 6. Jahrgangsstufe in Bayern erfolgen.

Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Gegebenheiten an den Gesundheitsämtern (Personalsituation etc.) sind sowohl die Beschränkung des Impfangebots auf ausgewählte Impfungen als auch die Umsetzung besonderer Impfziele z.B. im Rahmen eines erneuten Recall-Systems möglich (siehe Anlage 5.3 und 5.4).

Prinzipiell wird folgendes Impfstoffangebot empfohlen:

- MMR: Hier sollte bei Ungeimpften die erste Impfung durch das Gesundheitsamt verabreicht werden; hinsichtlich der weiteren erforderlichen Impfung kann auf den Kinderarzt verwiesen werden.
- Hepatitis B: Auch hier sollte das Gesundheitsamt Ungeimpften die erste Impfung verabreichen; hinsichtlich der weiteren erforderlichen Impfungen kann wieder auf den Kinderarzt verwiesen werden.
- Td-aP-IPV: Diese Impfung wird insbesondere für Kinder empfohlen, bei denen bei bestehender Grundimmunisierung der Preschool Booster Td (bzw. TdaP) versäumt wurde. Da diese Impfung gemäß der STIKO zwischen dem 9. und 17. Lebensjahr empfohlen wird, sollte das Gesundheitsamt aus Gründen der Subsidiarität bei allen weiteren Kindern mit Impfindikation auch explizit auf die Möglichkeit der Durchführung beim Kinderarzt hinweisen. Auf die Problematik des Off-Label-Uses bei leerer Impfanamnese wird hingewiesen. In diesen Fällen ist eine eingehende ärztliche Beratung notwendig.
- Varizellen-Impfstoff: Diese Impfung sollte ungeimpften Kindern im Alter von 9 bis 17 Jahren ohne Varizellenanamnese angeboten werden.

3.5 Maßnahmen zur Erhöhung der Impfraten bei ausgewählten Personengruppen unter Kooperation mit Partnern des ÖGD

Aufbauend auf dem Grundsatz der Priorisierung soll eine Fokussierung auf auszuwählende Personengruppen erfolgen. Durch eine Fokussierung lassen sich einige Schwierigkeiten grundsätzlicher Art minimieren. Dazu gehören insbesondere

1. *Die Vielfalt der betroffenen Impfungen*

   Die Impfempfehlungen der STIKO umfassen einen weiten Bereich, welcher unterschiedliche Infektionskrankheiten und auch unterschiedliche Ziele bezüglich der einzelnen Infektionskrankheiten umfasst. Diese reichen von der Immunisierung möglichst der gesamten Bevölkerung, z. B. bei Masern mit dem Ziel der Elimination in Europa bis zum Jahr 2010, bis zu Indikationsimpfungen in bestimmten Lebenslagen oder lediglich individuellen Impfungen im Zusammenhang mit geplanten Fernreisen. Maßnahmen zur Erhöhung der Impfbereitschaft müssen diesen allgemein bekannten Kontext berücksichtigen.

2. *Die Vielfalt der grundsätzlichen präventiven Strategien*

   Zu berücksichtigen ist, dass in Fortführung des oben Gesagten einerseits allgemeine Impfempfehlungen für die ganze Bevölkerung ausgesprochen werden, andererseits spezifische Impfempfehlungen für bestimmte Bevölkerungsgruppen bzw. individuelle Impfindikationen zu berücksichtigen sind. Aus dieser Sachlage leiten sich unterschiedliche Herangehensweisen ab. In diesem Zusammenhang soll auch auf Impfkontraindikationen hingewiesen werden.

3. *Die Vielfalt der Zielgruppen*

   Auch wenn allgemeine Impfempfehlungen ausgesprochen werden, kann doch die Erreichung eines Impfzieles in der Umsetzung auf verschiedene Impfprogramme angewiesen sein, welche zielgruppenspezifisch ausgerichtet sind. So sind z. B. die Mehrsprachigkeit und die kulturelle und ethnische Vielfalt zu berücksichtigen, das gegliederte Schulsystem mit spezifischen Endpunkten und Übertrittsphasen oder auch bestimmte sozioökonomisch defi-

nierte Personenkreise mit ihren Besonderheiten, wie z. B. allein erziehende Eltern, kinderreiche Familien oder institutionalisierte Personen (Pflegeheime, Altenheime, Haftanstalten).

4. *Unterschiede in der Verfügbarkeit und Qualität von Daten zur Ausgangslage*
   Die epidemiologischen Daten zu Durchimpfungsraten sind abhängig von gesetzlichen Vorgaben und durchgeführten Untersuchungen. So liegen derzeit für Bayern flächendeckend im Wesentlichen nur die Daten zu den Durchimpfungsraten zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung vor und hier auch nur soweit die Impfdokumente vorgelegt wurden und eine Erfassung vorgesehen ist. Angaben zu Durchimpfungsraten in anderen Lebensabschnitten und insbesondere in bestimmten Ziel- bzw. Risikogruppen liegen nur unvollständig bzw. aus regional begrenzten Studien vor. Grundsätzlich sollten Maßnahmen zur Förderung der Impfbereitschaft von einer Evaluation vorbereitet bzw. begleitet werden.
5. *Die Vielfalt der Zuständigkeiten*
   Wie schon ausgeführt, ist bei der Durchführung von Impfmaßnahmen durch den ÖGD das Prinzip der Subsidiarität zu berücksichtigen. Gegenüber anderen Ländern mit staatlichen Gesundheitssystemen oder rigiden staatlichen gesetzlichen Regelungen sind in Deutschland aufgrund des gegliederten Systems der gesundheitlichen Versorgung komplexe Situationen und teilweise auch Gemengelagen von verschiedenen Interessen zu erwarten. Darüber hinaus sind die Zuständigkeiten im Rahmen des bevölkerungsbezogenen vorbeugenden Gesundheitsschutzes und im Rahmen der individuellen gesundheitlichen Versorgung abzugrenzen. Damit fallen dem ÖGD nur bestimmte und teilweise noch zu definierende Aufgaben zu.

<u>Verbesserungsmöglichkeiten</u>:

a) Das bayerische Impfkonzept sieht vor, dass gemeinsam mit weiteren Partnern auf der Grundlage des hier definierten Schwerpunktes im Rahmen von Fachgesprächen, z.B. einer *„Landesarbeitsgemeinschaft Impfen (LAGI)“*, Personengruppen identifiziert werden, bei denen eine Verbesserung der Durchimpfungsraten besonders dringlich erscheint. Beispiele hierfür sind ärztliches und pflegerisches Personal in der Krankenversorgung und in Al-

ten- und Pflegeheimen, Berufstätige oder auch Fernreisende. Für jede dieser Personengruppen wären im Rahmen dieser Fachgespräche

- spezifische Maßnahmen zur Erhebung der Durchimpfungsraten,
- personengruppenbezogene Maßnahmen zu Erhöhung der Impfraten innerhalb dieser Gruppe (z.B. Stärkung der betrieblichen Gesundheitsvorsorge im Bereich Impfen (siehe unten) und
- geeignete Methoden zur Evaluierung der durchgeführten Maßnahmen zu identifizieren.

b) Zur Erhöhung der Durchimpfungsraten wird die Vorlage des Impfausweises bei Besuch einer öffentlichen Gemeinschaftseinrichtung erprobt. Eine generelle Impfpflicht bei Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung wie z.B. in den U.S.A. erscheint derzeit aus juristischen und ethischen Gründen nicht realisierbar (keine Impfpflicht in Deutschland, Wahrung der Entscheidungsfreiheit). Derzeit wird ein entsprechendes Pilotprojekt in Kindertagesstätten durchgeführt.

c) Stärkung der betrieblichen Gesundheitsvorsorge im Bereich Impfen:
Bei Impfungen, die der Arbeitgeber nach Biostoffverordnung anzubieten hat, ist in Bayern durch die Beratungs- und Vollzugstätigkeit der Bayerischen Gewerbeaufsicht bereits eine Erhöhung der Durchimpfungsraten in den Betrieben erreicht worden. Anders bei der Influenza-Impfung: Trotz kostenloser Impfangebote werden in den Betrieben nur selten Impfraten über 15% erreicht. Hier soll mittels öffentlichen Aufrufen und Informationen über die Möglichkeiten des betrieblichen Gesundheitsmanagements und in Zusammenarbeit mit dem Verband deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW e.V.) noch intensiver als bisher versucht werden, Betriebe, Betriebsärzte und Beschäftigte von den Vorteilen zu überzeugen. Eine generelle Impfbuchkontrolle bei der Einstellung von Personal in Gemeinschaftseinrichtungen und Kliniken wäre in diesem Zusammenhang ebenfalls sinnvoll.

d) Angebot der Vorsorge durch Impfbuchkontrolle, -beratung und ggf. -angebot bei Lehrern im Rahmen der Einstellungsuntersuchungen von Beamtenanwärtern:
Da Lehrer als Akteure z.B. im Rahmen der Impfaktionen in Schulen wichtige Multiplikatoren des Impfgedankens darstellen und sie zudem auch selbst

vor impfpräventablen Kinderkrankheiten geschützt sein sollten, sollte in Zukunft im Rahmen der Einstellungsuntersuchungen von Beamtenanwärtern eine regelhafte Impfbuchkontrolle mit Impfberatung über vorhandene Impflücken durchgeführt werden. Falls Impflücken bei impfpräventablen Kinderkrankheiten wie Masern, Mumps, Röteln sowie Varizellen bei leerer Erkrankungsanamnese bestehen, könnte im Rahmen der Einstellungsuntersuchung ein entsprechendes Impfangebot unterbreitet werden.

3.6 Öffentlichkeits- und Medienarbeit

Die Durchführung öffentlichkeitsrelevanter Veranstaltungen ist in mehrfacher Hinsicht differenziert zu behandeln. Ein wichtiger Gesichtspunkt ist hier eine objektivierbare Evaluierung der durchgeführten Maßnahmen. Die Erreichung vieler interessierender Zielgruppen, wie sozial benachteiligte Bevölkerungsschichten und allein erziehende Elternteile, ist durch auf die Mittelschicht ausgerichtete Programme nicht zu gewährleisten. Aus internationalen Erfahrungen wird berichtet, dass eine begleitende Medienarbeit hohe Relevanz für die Erreichung verschiedener Zielgruppen und den Erfolg von Impfkampagnen hat. Allerdings wurde hierbei der Schwerpunkt auf Maßnahmen des sozialen Marketings gelegt, d.h. es wurde mit hohem finanziellem Aufwand gezielt Werbung in den Massenmedien (Fernsehen, Plakatwände) eingesetzt, vergleichbar der bekannten bundesdeutschen Kampagne „Schluckimpfung ist süß – Kinderlähmung ist grausam“.

Verbesserungsmöglichkeiten: Es empfiehlt sich, dass für das wichtige, aber sehr komplexe Feld der Öffentlichkeits- bzw. Medienarbeit in den vorgesehenen Fachgesprächen die erforderliche Kompetenz aus dem Bereich Kommunikationswissenschaften bzw. Presse und Öffentlichkeitsarbeit eingebunden wird. Abhängig von der im Konsens zu erarbeitenden Priorisierung der vorrangigen Impfziele und Zielgruppen können weitergehende Maßnahmen von dieser Expertengruppe vorgeschlagen werden. Gesondert davon muss die öffentlichkeitswirksame Arbeit politischer Mandatsträger im Bezug auf bestimmte Berufsgruppen im Gesundheitswesen betrachtet werden, welche Schlüsselpositionen hinsichtlich der Ausbildung der Impfbereitschaft in der Bevölkerung haben (Ärzte, Hebammen, Apotheker). Der erhebliche Einfluss von Kinder- und

Jugendärzten auf die Impfbereitschaft von Eltern konnte innerhalb Bayerns durch Studien, welche von der Ludwig-Maximilians-Universität München durchgeführt wurden, nachgewiesen werden. Unbestritten ist auch die Schlüsselfunktion der Hausärzte bei der Beratung hinsichtlich empfohlener Impfungen im Erwachsenenalter. Hier wäre z.B. eine öffentlich wirksame Kampagne wie z.B. ein von der KVB vorgeschlagener „Impf-Monat September“ sinnvoll, bei der die Versicherten an die Grippeimpfung, aber auch an andere Impfungen erinnert werden sollten. Hinsichtlich der hohen Kundenfrequenz von ca. 500.000 Kunden pro Tag in Bayern stellen auch Apotheken einen wichtigen Multiplikator zur Weitergabe von Impfinformation an die bayerische Bevölkerung dar.

3.7 Unterstützung der niedergelassenen Ärzte

Nach Schätzungen des RKI werden 85-90% der Schutzimpfungen durch niedergelassene Ärzte durchgeführt (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 1, „Schutzimpfungen“, 2004). Dem niedergelassenen Arzt kommt bei der Impfberatung und der Durchführung von Impfungen die zentrale Rolle zu. Seine Motivation und Qualifikation sind daher Kernstücke eines erfolgreichen Impfinterventionsprogrammes. Deshalb sind Vertreter der niedergelassenen Ärzte wichtige Mitglieder einer zu gründenden Landesarbeitsgemeinschaft Impfen. Zur Verbesserung der Impfakzeptanz und des Impfengagements der niedergelassenen Ärzte können die vom RKI formulierten Ansatzpunkte dienen (Bundesgesundheitsbl. 42, 1999 und prävention 27, 2004). Dies erfordert eine enge Zusammenarbeit bzw. Abstimmung mit der Bayerischen Ärztekammer, den KVen und ggf. den Krankenkassen und soll deshalb auch ein Aufgabenschwerpunkt der Landesarbeitsgemeinschaft Impfen sein. Es soll auf die Umsetzung folgender Punkte hingewirkt werden:

1. Unterstützen und Befähigen der Ärzteschaft in Bezug auf praktische sowie theoretische Aspekte des Impfens (z.B. Fortbildungen unter besonderer Berücksichtigung des Wissensbedarfs unter den verschiedenen Ärztegruppen, Zertifizierung) und insbesondere in Bezug auf angebrachten Umgang mit Impfskeptikern und deren Fragen und Argumenten (z.B. Bereitstellung von Informationsmaterialien im Frage- und Antwortformat, die auf häufige Argumentationen

eingehen und neutrale Quellen zur weiteren Information anbieten). In diesem Zusammenhang beinhaltet der fünfte Punkt des "10 Punkte-Programms zur Erhöhung der Impfbereitschaft und zur Steigerung der Durchimpfungsraten in Deutschland" (Bundesgesundheitsbl. 42, 1999) folgende Vorschläge:

- Ein obligater Impfkurs im Medizinstudium sollte wiedereingeführt werden, um alle künftigen Ärzte in diesem Bereich zu qualifizieren. Die diesbezüglichen Forderungen der deutschen Ärztetage der letzten Jahre sollten umgesetzt werden.
- Umsetzung des Beschlusses der Bundesärztekammer vom 22.08.1997: Jeder Arzt soll qualitätsgesichert Impfungen durchführen können.
- Allgemeinmediziner und Internisten sollten verstärkt durch die Kassenärztliche Vereinigungen, die Berufsverbände und die Krankenkassen zur Durchführung von Impfungen aufgefordert werden, um die gravierenden Impflücken im Erwachsenenalter zu schließen.
- Qualitätssicherung kann durch eine Zertifizierung über Impffortbildungen erreicht werden.
- In der teilweise unzureichenden reisemedizinischen Beratung und Betreuung muss eine Qualifizierung und Standardisierung erreicht werden.
- Verstärkte Thematisierung des Masern-Eliminations-Programmes der WHO auf ärztlichen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen.
- Veranstaltung von Impfkongressen/-weiterbildung durch Fachgesellschaften, Berufsverbände und berufsständische Organisationen.

2. Erhöhung der Motivation und Schaffung von Anreizen, zum Beispiel durch zeitnahe Erfassung und Feedback von Impfraten oder durch finanzielle Anreize, zum Beispiel durch Information über die Budgetneutralität von Impfungen. Der vierte Punkt des 10 Punkte-Programms des RKI gibt folgende Empfehlungen:
   - Einheitliche Kostenübernahmeregelungen durch die Krankenkassen.
   - Die Kostenübernahme der auf den aktuellen STIKO-Empfehlungen basierenden, von den Ländern öffentlich empfohlenen Inlandsimpfungen sollte nicht im Ermessen der Krankenkasse liegen, sondern eine Pflichtleistung sein.

- Senkung der Impfstoffkosten durch wirtschaftliche Verordnung von Großpackungen und einheitlichen Bezug über alle Kassenarten hinweg über Sprechstundenbedarf.
- Entlastung der Impfstoffkosten durch Änderung des Mehrwertsteuersatzes (siehe europäisches Ausland).
- Bessere Honorierung der Impfleistung und –beratung zur Erhöhung der Impfmotivation.
- Einfache und einheitliche Abrechnungsorganisation.
- Separate Abrechnungsziffer für jede Impfung.
- Herausnahme von Impfleistungen aus jeglicher Budgetierung.
- Bonussysteme für Ärzte und Patienten.
- Übernahme der Kosten für ÖGD-Impfungen in sozialen Problemgebieten und bei einzelnen Zielgruppen durch die Krankenkassen.

3. Beseitigung von infrastrukturellen, administrativen und materiellen Barrieren. Infrastrukturelle Hindernisse führen zur Verunsicherung in der Allgemeinbevölkerung und in der Ärzteschaft und behindern eine effektive Impfbeteiligung. Der dritte Punkt des 10 Punkte-Programms des RKI gibt folgende Empfehlungen:
    - Die STIKO-Empfehlungen sollten einheitlich durch die Länder übernommen werden (Hinweis: in Bayern in der Regel gegeben).
    - Die Information zur Haftungsproblematik für Impfärzte muss weiter intensiviert werden, um Handlungssicherheit zu schaffen.
    - Der ÖGD muss gestärkt werden, da nur er auf kommunaler Ebene die Impfsituation überblicken kann und Zugang zu den Bevölkerungsgruppen hat, die die ambulante Versorgung nicht in Anspruch nehmen.
    - Die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und ÖGD muss verbessert werden.
    - Erstellung des Impfstatus für den Patienten mittels EDV bzw. Chipkarte, Zusammenführung der Daten.

3.8 Bewertung und gegebenenfalls Übernahme erfolgreicher Modelle anderer Länder

Erfolgreiche Modelle anderer Länder sollen auf ihre Eignung zum Einsatz in Bayern überprüft und geeignete Modelle ggf. mit Modifikationen übernommen werden. Es wird davon ausgegangen, dass weiterführende Fachgespräche, z.B. in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftssektor bzw. der LAGI gerade zu diesem Punkt weitere Vorschläge liefern werden.

4. Aktueller Stand der Umsetzung

Zur besseren Übersicht werden die ersten Schritte aus diesem Konzept zur Verbesserung der Durchimpfungsraten in Bayern entsprechend dem derzeitigen Stand zusammengefasst:

1. **Information der niedergelassenen Ärzte über die aktuellen Durchimpfungsraten bei der Schuleingangsuntersuchung durch das zuständige Gesundheitsamt.** Das LGL hat einen Musterbrief für die Gesundheitsämter entworfen, welcher mit eigenen Informationen ergänzt werden kann. Die erforderlichen Daten können dem jährlich publizierten LGL-Monitor über die aktuellen Durchimpfungsraten entnommen werden (siehe Anlage 5.1 und 5.2).

2. **Einführung eines Recall-Systems bei im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung festgestellten Impflücken**: Für die Schuleingangsuntersuchung hat das LGL bereits den Gesundheitsämtern eine eigens entwickelte Software kostenfrei zur Verfügung gestellt. Im Rahmen eines Pilotprojekts soll diese Software für ein Recallsystem erweitert werden und den teilnehmenden Gesundheitsämtern der Modellregionen zur Verfügung gestellt werden.
   Bei festgestellten Impflücken werden die Eltern an die ausstehenden Impfungen durch das Gesundheitsamt erinnert. Der impfende Arzt wird gebeten, seine Impfung auf einem Formblatt zu dokumentieren, welches dann an das Gesundheitsamt zurückgesandt wird (siehe Anlage 5.3).

3. **Neu entwickeltes Konzept bei den jährlichen Impfaktionen der Gesundheitsämter in den Schulen:** Die Impfaktionen sollen bayernweit besser koordiniert und vereinheitlicht werden. Es ist ein modulares System mit vollständiger Impfbuchkontrolle bei einem festgelegten Jahrgang und zusätzlichem Impfangebot (hier ggf. nur Fokussierung auf bestimmte Impfungen oder Gruppen) vorgesehen. Statt der bisher empfohlenen 4. Klasse wird nun als Zielgruppe die 6. Klasse empfohlen. Auf

diese Weise kann zusätzlich die Akzeptanz erster Auffrischimpfungen erfasst, bewertet und unter Wahrung der Subsidiarität verbessert werden. Dieses Vorgehen bietet zudem die Möglichkeit der Erhebung von Durchimpfungsraten in dieser Altersgruppe (siehe Anlage 5.4).
Angesichts der aktuellen STIKO Empfehlungen ist neben dem derzeit schon vorhandenen Impfangebot gegen Masern, Mumps, Röteln, Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Hepatitis B und Poliomyelitis eine Erweiterung um die Varizellenimpfung aus fachlichen Gründen erforderlich.

4. **Gründung einer Landesarbeitgemeinschaft Impfen** (siehe Anlage 5.5): Erste Treffen zur Vorbereitung einer entsprechenden Landesarbeitsgemeinschaft haben stattgefunden. Die Geschäftsführung soll nach den bisherigen Überlegungen am LGL wahrgenommen werden. Sie könnte unter Mitarbeit von Vertretern der Gesundheitsämter, der Bayerischen Gesellschaft für Immun- und Tropenmedizin und Impfwesen, der Ärzte, die mit Impfungen besonders betraut sind, der KVB, der Bayerischen Landesärztekammer, der Krankenkassen und evtl. der organisierten Bürgerschaft folgende umsetzungsorientierte Aufgaben übernehmen:
    a. Optimierung der Datenlage hinsichtlich Durchimpfungsraten und Erkrankungsinzidenzen durch Zusammenführung der Datenzugänge der einzelnen Mitglieder sowie Erschließung von neuen Datenquellen (z.B. KV-Daten, Sentinelpraxen etc.)
    b. Transport von aktuellen STIKO-Empfehlungen an Ärzte und Bevölkerung in geeigneter Weise, Abstimmung der Kommunikation (z.B. gemeinsamer Flyer)
    c. Experten-Gremium in Bayern, welches auf der Grundlage der aktuellen STIKO-Empfehlungen bei konkreten Sachverhalten Vorschläge und Interpretationen erstellen kann.

5. **Auswertung der Abrechnungsdaten der KV hinsichtlich Impfleistungen bei Kindern:** Ein Pilotprojekt bei Kindern wurde in Zusammenarbeit zwischen dem Institut für soziale Pädiatrie, Epidemiologie und Jugendmedizin im Kinderzentrum München und der KVB geprüft und er-

folgreich durchgeführt. Eine langfristige Fortführung des Projektes ist geplant.

6. **Vorschlag einer erweiterten Meldepflicht für impfpräventable Erkrankungen bei der bevorstehenden Novellierung des IfSG durch Bayern:** Eine erweiterte Meldepflicht auf Bundesebene für Tetanus, Pocken, Mumps, Röteln, invasive Pneumkokken-erkrankungen, Varizellenerkrankungen mit schweren Komplikation bzw. tödlichem Verlauf und Pertussis wird angeregt.

7. **Pilotprojekt in Kindergärten eines Landkreises zur Impfpassvorlage bei Anmeldung des Kindes**. Eine epidemiologische Studie zu Durchimpfungsraten in bayerischen Kindergärten wurde vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie der LMU München (Studienleitung Dr. Ursula Schlipköter) im April 2006 begonnen. In der Pilotphase wurde ein bayerischer Landkreis mit niedrigen Durchimpfungsraten bei der Einschulungsuntersuchung ausgewählt. Ziel der Studie ist es, die Impfraten bei Aufnahme in den Kindergarten zu erfassen und ggfs. einen durch die Studie bedingten Interventionseffekt (verpasste Impfungen können nachgeholt werden) zu dokumentieren. Weiterhin wird die Akzeptanz dieser Maßnahme bei Eltern, Kindergärten und Ärzten evaluiert. Bei guter Prozess- und Ergebnisqualität soll die Studie auf weitere Landkreise ausgeweitet werden.

5. Anlagen

5.1 Musterbrief Information für Ärzte

Logo des jeweiligen Gesundheitsamtes

Niedergelassener
Kinderarzt oder
Allgemeinarzt

Impfsituation in unserem Landkreis

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

Sie als Experten wissen, dass Kinderkrankheiten nicht harmlose Krankheiten sind. Das Risiko schwerer Komplikationen und bleibender Schäden durch die jeweilige impfpräventable Erkrankung übersteigt bei allen öffentlich empfohlenen Impfungen die ausgesprochen seltenen Impfrisiken bei weitem. Zudem ist die Teilnahme an den öffentlich empfohlenen Impfungen ein Beitrag zur Solidarität mit denjenigen Personen, die ihrer speziellen gesundheitlichen Situation entsprechend über keinen Impfschutz verfügen können (z.B. Patienten mit Krebs, schwerem Immundefekt oder Kinder, bei denen ein Impfschutz erst aufgebaut werden muss).

Dank Ihres Engagements haben die meisten Personen in unserem Landkreis dieses Impfangebot aufgegriffen und in vielen Bereichen ist ein hoher Schutz der Bevölkerung erreicht worden. Als Leiter des für Sie zuständigen Gesundheitsamtes möchte ich Sie aktuell über die diesjährige Durchimpfungsrate bei Schulanfängern in unserem Landkreis informieren.

Die allgemein zur Grundimmunisierung empfohlenen Impfungen sollten alle Kinder erreichen, soweit keine medizinischen Kontraindikationen vorliegen. Die Tabelle auf der folgenden Seite zeigt Ihnen die Situation bei den Schulanfängern in unserem Kreis.

Ab bestimmten Durchimpfungsraten in der Bevölkerung kann eine Herdenimmunität erreicht werden, die zumindest vor Ausbrüchen schützt. Hiefür ist die Immunität der Gesamtbevölkerung entscheidend, die Durchimpfungsraten bei Schulanfängern können hier nur eine Orientierung geben.

Impfung	Durchimpfungsrate bei Schulanfängern*			Bewertung der Durchimpfungsraten [1]		
	unser Kreis (%)	Durchschnitt Bayern (%)	bester Kreis in Bayern (%)	Ziel erreicht [2]	Mit Lücken [3]	Unzureichend
IPV		94,7	98,6	>95%	95% - 82,5%	<82,5%
Diphtherie		97,2	99,5	>95%	95% - 82,5%	<82,5%
Tetanus		97,8	99,5	>95%	95% - 93%	<93%
Pertussis		88,3	95,3	>95%	95% - 93,5%	<93,5%
Hib		91,7	97,4	>95%	95% - 82,5%	<82,5%
Hepatitis B		76,1	94,3	>95%	95% - 85 %	<85%
Masern mind. 1. Impfung		90,6	97,2	>95%	95% - 93,5%	<93,5%
Masern 2. Impfung		58,6	79,1	>95%	95% - 80%	<80%
Mumps mind. 1. Impfung		90,3	97,2	>95%	95% - 91%	<91%
Röteln mind. 1. Impfung		89,4	96,9	>95%	95% - 86%	<86%
Varizellen	Noch keine Angaben	Noch keine Angaben	Noch keine Angaben	>95%	95% - 87,5%	<87,5%

Durchimpfungsraten bei Einschulung (siehe auch Gesundheitsmonitor Bayern, http://www.lgl.bayern.de)

[1] bezogen auf Kinder mit vorgelegtem Impfausweis (93,8% für Bayern gesamt)
[2] abgeleitet aus der individualmedizinischen Zielsetzung
[3] die untere Grenze orientiert sich, sofern zutreffend, an der für eine spezifische Herdenimmunität der Gesamtbevölkerung notwendigen Durchimpfungsrate (nicht zutreffend für Tetanus)

Wie Sie sehen, sind gute Werte in unserem Kreis für die folgenden Impfungen erreicht worden:

-
-
-
-
-
-
-
-

Wie der Tabelle aber auch entnommen werden kann, stellt sich eine besondere Herausforderung für die folgenden Impfungen:

-
-
-
-
-
-

Bitte helfen Sie weiterhin mit, die Impflücken in unserem Kreis zu schließen. Jeder Arztkontakt ist eine gute Gelegenheit für eine Überprüfung des aktuellen Impfstatus. Erinnern Sie bitte auch Jugendliche und Erwachsene an die notwendigen Auffrischimpfungen und bedenken Sie bitte, dass bei Menschen, welche in Institutionen untergebracht sind (z.B. Altenheime), möglicherweise weitere Impfungen indiziert sein können. Ich möchte mich schon jetzt sehr herzlich dafür bedanken!

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

(Unterschrift des zuständigen Amtsarztes)

5.2 Gesundheitsmonitor Bayern Ausgabe 4/2005

Gesundheitsmonitor Bayern

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Der Impfstatus der Kinder in Bayern

Die weitaus meisten Kinder in Bayern haben einen guten Impfschutz. Eine positive Rolle spielt dabei auch, dass die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder (U 1 bis U 9) in Bayern sehr gut angenommen werden – an der U 9 (für 5-Jährige) hatten den Schuleingangsuntersuchungen 2004/2005 zufolge fast 92 % der Kinder teilgenommen. Bei einigen Impfungen gibt es jedoch lokal deutliche Defizite und bei einigen Impfungen ist der Impfschutz auch insgesamt noch nicht befriedigend, beispielsweise bei Masern.

Im **Vergleich mit dem Vorjahr** ist festzustellen, dass die Impfraten allgemein etwas besser geworden sind. Bei Pertussis wurde der im letzten Jahr zu verzeichnende Rückgang der Impfrate nahezu kompensiert und das Niveau des vorletzten Jahres fast wieder erreicht. Erfreulich ist, dass die Impfrate bei Hepatitis B weiter gestiegen ist. Ein Erfolg ist auch der erneute Zuwachs bei der 2. Masernimpfung (siehe Tabelle im Anhang): Inzwischen haben 59 % der Kinder die 2. Masernimpfung, im Vorjahr waren es 44 %.

Bei den übrigen Impfungen gab es nur kleinere Änderungen. Zum regionalen Zeitvergleich siehe die Gesundheitsmonitore 2/2003 und 3/2004 (www.lgl.bayern.de, unter Gesundheitsberichterstattung).

Im Vergleich mit dem **Bundesdurchschnitt** liegen die Impfraten in Bayern meist etwas niedriger. Am größten ist die Differenz bei Hepatitis B - bedingt durch den noch schnelleren Anstieg der Hepatitis B-Impfrate im Bundesdurchschnitt. Aber auch bei Masern, Mumps und Röteln liegen die Impfraten im Bundesdurchschnitt etwa 3 Prozentpunkte über den bayerischen Werten.

Ausgabe 4/2005

Der Gesundheitsmonitor stellt schlaglichtartig aktuelle Daten zur gesundheitlichen Situation der Menschen vor. Er informiert außerdem über Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung. Wenn Sie möchten, dass der Gesundheitsmonitor eines Ihrer Projekte vorstellt, schicken Sie uns Ihre Projektbeschreibung. Kritik und Anregungen sind willkommen.

Ihre Ansprechpartner:

Gabriele Morlock
Tel.: 089/31560-258
gabriele.morlock@lgl.bayern.de
(Schuleingangsuntersuchungen)

Joseph Kuhn
Tel.: 089/31560-302
joseph.kuhn@lgl.bayern.de
(Gesundheitsberichterstattung)

Angelika Zirngibl
Tel.: 089/31560-432
angelika.zirngibl@lgl.bayern.de
(Gesundheitsberichterstattung)

PD Dr. Manfred Wildner
Tel.: 089/31560-104
manfred.wildner@lgl.bayern.de
(Querschnittsfragen)

Die bayerische Gesundheitsberichterstattung online:
www.lgl.bayern.de/de/left/fachinformationen/gesundheit/gbe.htm

Der Impfstatus

In Bayern wird im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen von den Gesundheitsämtern auch der Impfstatus der Kinder erhoben. Die **gesetzliche Grundlage** dafür ist § 34 (11) Infektionsschutzgesetz.

Für die **Berechnung** der Impfraten wird die Zahl der Impfungen auf die Zahl der vorgelegten Impfdokumente bezogen. Von den insgesamt 129.847 Kindern, die zum Schuljahr 2004/2005 untersucht wurden, lagen bei 93,8 % Impfdokumente vor. Dargestellt werden hier die Impfraten für die abgeschlossene Grundimmunisierung bzw. bei Masern, Mumps und Röteln für mindestens die erste Impfung.

Gesundheitsmonitor Bayern

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Nach **Geschlecht** unterscheiden sich die Impfraten im dargestellten Untersuchungsjahr praktisch nicht.

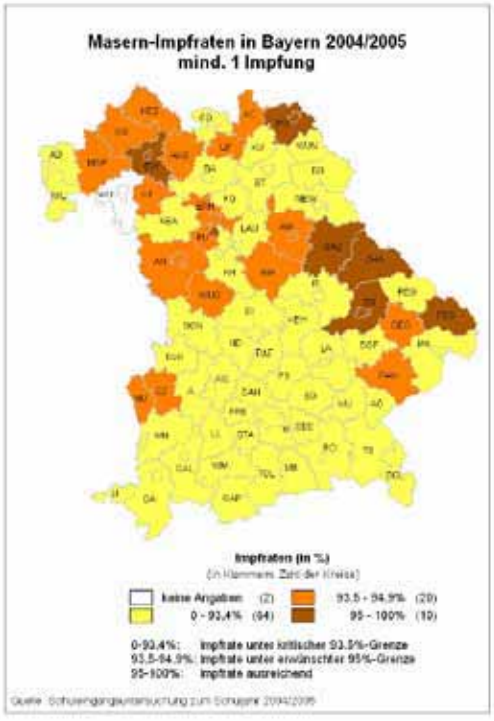
Nach **ethnischer Herkunft** betrachtet, ergibt sich kein einheitliches Bild. Kinder mit Eltern nichtdeutscher Herkunft scheinen gegen einige Krankheiten, z.B. Hepatitis B, aber auch Polio, Masern, Mumps und Röteln, besser geimpft zu sein, als Kinder mit Eltern deutscher Herkunft. Allerdings ist der Anteil der Kinder ohne Impfdokument bei nichtdeutschen Familien größer als bei deutschen Familien (9,3 %, wenn die Muttersprache beider Elternteile nicht Deutsch ist, 6,9 % bei einem Elternteil deutscher Muttersprache, 4,3 % bei zwei Elternteilen deutscher Muttersprache).

Impfstatus und Muttersprache

	Muttersprache beider Elternteile Deutsch	Muttersprache eines Elternteils Deutsch	Muttersprache beider Elternteile nicht Deutsch
Polio	94,7%	94,9%	95,7%
Diphtherie	97,2%	97,1%	97,5%
Tetanus	97,9%	97,4%	97,6%
Pertussis	88,4%	88,3%	89,6%
Hib	92,3%	90,3%	89,0%
Hepatitis-B	75,0%	78,3%	83,9%
Masern	89,7%	92,3%	96,1%
Mumps	89,5%	91,9%	95,7%
Röteln	88,6%	90,7%	94,7%

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchung 2004/2005; Masern, Mumps, Röteln: mind. 1 Impfung, Pertussis: mind. 4 Impfungen, Polio: je nach Impfstoff 2 bzw. 3 Impfungen, alle anderen: mind. 3 Impfungen

Ausgeprägt sind die **regionalen Unterschiede** bei einigen Impfungen (vgl. Tabellenanhang). Bei leicht übertragbaren Krankheiten wie den **Masern** bestehen somit regional erhöhte Ausbruchsrisiken.



Etwas schwierig zu beurteilen ist die Frage, welche Impfrate als **Norm für einen ausreichenden Impfschutz** gelten kann. Diese Frage lässt sich zum einen mit Blick auf das individualmedizinisch Erwünschte, zum anderen mit Blick auf die bevölkerungsmedizinisch angestrebte „Herdenimmunität" beantworten.

Individualmedizinisch ideal wäre, wenn **alle Kinder** ohne medizinische Kontraindikation geimpft wären. Man geht davon aus, dass dies mindestens 95 % der Kinder sein könnten – das entspricht auch der bekannten, allerdings bevölkerungsmedizinisch begründeten Zielmarke der WHO z.B. für die Masernimpfung.

Eine **zweite Schwelle** könnte man bei den zur Herdenimmunität erforderlichen Impfraten annehmen:

Notwendige Impfraten in der Gesamtbevölkerung für die Herdenimmunität/Elimination des Erregers[1,2]

Impfung	Impfrate
Polio	80-85 %
Diphterie	80-85 %
Tetanus	--
Pertussis	92-95 %
Hib	80-85 %[3]
Hepatitis B	unbekannt[4]
Masern mind. 1. Impfung	92-95 %
Masern 2. Impfung	80%[5]
Mumps mind. 1. Impfung	90-92 %
Röteln mind. 1. Impfung	85-87 %
Varizellen	85-90%

[1] Schmitt H.-J. (2000): Grundlagen des Impfens. In: Schmitt H.-J., Hülße C., Rave W. (Hrsg.): Schutzimpfungen 2000. Berlin: Informed Med. Verlagsgesellschaft, S. 8.

[2] Anderson R.M., May R.M. (1982, 2003): Infectious Diseases of Humans, Dynamics and Control. Oxford: Oxford University Press, S. 96.

[3] Vorläufige Angabe: Adegbola R. A., Secka O., Lahai G. et al.: Elimination of Haemophilus influenzae type b (Hib) disease from The Gambia after the introduction of routine immunisation with a Hib conjugate vaccine: a prospective study. In: Lancet 2005; 366:144-150.

[4] Herdenimmunität möglich, notwendige Durchimpfungsraten derzeit nicht bekannt.

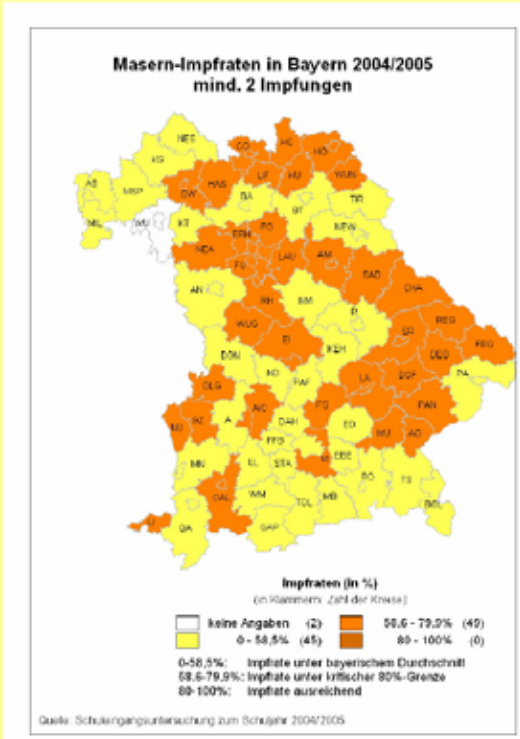
[5] WHO: Monitoring the interruption of indigenous measles transmission, Cape town meeting, 14. Oct. 2003. In: Weekly Epidemiol Record, 2004 (79):70-72.

Ausgehend von der Überlegung, dass sich die dafür notwendigen Impfraten nur dann erreichen lassen, wenn nicht ständig Kinder und Jugendliche mit niedrigeren Impfraten nachrücken, sollten die Impfraten der Kinder ebenfalls nicht unter eine kritische Schwelle sinken.

Die genannten Schwellen liegen auch den Masern-Grafiken dieses Monitors zugrunde (wobei in der Grafik über die 1. Masernimpfung zur Vereinfachung die Mitte des o.g. Intervalls, also 93,5 %, gewählt wurde).

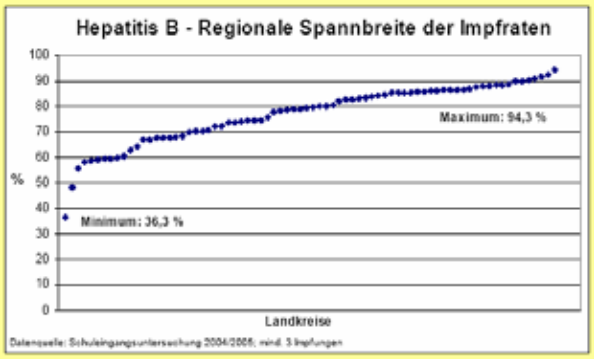
Gesundheitsmonitor Bayern

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit



In ähnlichen Größenordnungen wie bei den Masern bewegen sich auch die regionalen Spannbreiten bei Mumps und Röteln (gegen Masern, Mumps und Röteln wurde meist zusammen in einer Kombinationsimpfung geimpft).

Noch ausgeprägter ist die regionale Spannbreite bei **Hepatitis B**. Der Impfschutz der Kinder in einigen Regionen ist offensichtlich mangelhaft – eine u.a. mit Blick auf den oft chronischen Verlauf der Krankheit bedenkliche Situation. In Bayern wurden im Jahr 2004 insgesamt 158 neue Hepatitis B-Fälle gemeldet, darunter waren 14 Fälle unter 20 Jahre alt.



Eine Übersicht über die regionalen Impfraten der verschiedenen Indikationsimpfungen gibt die Tabelle im Anhang.

Informationen zum Thema Impfen

Die **Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut** (STIKO) erarbeitet die Grundlagen für die allgemeinen Impfempfehlungen der Länder. Informationen dazu, z.B. den jeweils gültigen Impfkalender für Kinder, gibt es im Internet unter www.rki.de.

Hinweise zu den einzelnen Impfungen bietet auch die Internetseite des **Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz** unter www.stmugv.bayern.de/de/gesundheit/impfen_patient.htm.

Gesundheitsmonitor Bayern

Der Gesundheitsmonitor ist Teil der bayerischen Gesundheitsberichterstattung nach Art. 10 des Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes. Nachdruck mit Quellenangabe erwünscht, Belegexemplar erbeten.

Gesundheitsberichterstattung für Bayern

Impressum

Herausgeber:

Bayerisches Landesamt
für Gesundheit und
Lebensmittelsicherheit

Eggenreuther Weg 43
91058 Erlangen
Tel.: 09131/764-0

www.lgl.bayern.de
pressestelle@lgl.bayern.de

Erlangen, Oktober 2005

Die bayerische Gesundheitsberichterstattung online:
www.lgl.bayern.de/de/left/fachinformationen/gesundheit/gbe.htm

Gesundheitsmonitor Bayern

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Gesundheitsamt	Diphtherie	Tetanus	Polio	Pertussis	Hib	Hepatitis B	Masern mind. 1 Impfung	Masern mind. 2 Impfungen	Mumps	Röteln
LK Aichach-Friedberg	96,2	97,2	94,7	87,3	90,4	74,6	88,8	59,9	88,8	88,2
LK Altötting	97,6	97,9	83,4	88,1	84,9	83,5	91,6	72,7	91,5	90,9
LK Amberg-Sulzbach	97,2	97,5	95,9	90,1	92,4	77,9	93,6	59,8	93,5	93,4
LK Ansbach	98,0	98,2	95,7	89,5	92,9	79,8	94,6	53,4	94,4	93,8
LK Aschaffenburg	97,8	98,3	95,4	90,1	90,2	79,9	92,2	50,0	92,0	91,0
LK Augsburg	97,6	98,1	95,8	90,1	94,4	78,8	92,7	57,0	92,5	92,1
LK Bad Kissingen	97,9	98,0	95,8	91,5	92,0	84,3	94,2	53,7	94,1	93,5
LK Bad Tölz-Wolfratshausen	87,6	94,9	85,1	76,3	82,3	58,3	72,5	26,2	72,4	68,6
LK Bamberg	97,8	98,0	93,7	87,9	92,7	84,0	91,2	54,5	90,7	90,2
LK Bayreuth	98,0	98,5	97,0	91,2	94,8	88,1	93,2	56,8	92,8	92,3
LK Berchtesgadener Land	96,3	97,0	90,5	85,4	87,9	60,4	88,8	56,7	88,8	88,6
LK Cham	98,5	98,9	97,8	94,2	95,5	88,9	95,1	69,5	94,9	94,8
LK Coburg	97,5	97,9	96,3	83,5	88,7	55,6	84,1	59,9	83,9	81,7
LK Dachau	96,9	97,5	93,6	85,8	89,7	70,4	85,0	52,2	84,2	83,4
LK Deggendorf	98,0	98,1	96,1	90,5	93,0	85,3	94,7	77,0	94,7	94,6
LK Dillingen a.d.Donau	97,5	98,4	95,5	91,9	95,5	90,3	93,3	66,5	93,3	91,9
LK Dingolfing-Landau	97,0	97,4	93,1	88,3	94,4	80,1	92,3	62,9	92,0	91,4
LK Donau-Ries	96,9	97,4	95,5	87,6	90,4	73,8	91,7	50,7	91,7	91,1
LK Ebersberg	96,7	97,9	89,6	85,2	88,7	58,5	86,7	45,4	85,6	82,7
LK Eichstätt	97,9	97,9	96,2	89,9	93,3	78,7	93,4	59,2	93,4	92,7
LK Erding	97,2	97,5	97,2	83,2	93,6	58,1	85,1	51,1	84,7	84,0
LK Erlangen-Höchstadt	98,6	98,8	97,1	94,6	96,6	87,9	94,9	66,7	94,8	94,1
LK Forchheim	98,0	98,3	96,5	87,6	92,6	66,0	92,3	71,3	92,1	91,7
LK Freising	96,6	97,5	95,3	85,7	91,7	72,1	89,0	59,1	88,6	87,9
LK Freyung-Grafenau	99,5	99,5	98,8	95,3	97,4	90,8	95,5	70,8	95,5	95,5
LK Fürstenfeldbruck	95,4	96,4	93,2	86,6	89,5	67,8	87,6	54,2	87,0	85,2
LK Fürth	98,2	98,3	96,9	91,2	95,5	88,4	94,3	68,3	93,9	93,4
LK Garmisch-Partenkirchen	92,9	94,1	91,1	82,6	87,1	62,8	79,6	39,0	78,8	78,5
LK Günzburg	98,7	98,9	96,3	92,4	94,7	84,7	93,5	71,4	93,5	93,3
LK Haßberge	98,8	99,3	97,9	92,3	94,6	86,3	94,2	63,1	94,1	93,6
LK Hof	98,1	98,5	97,5	93,5	96,2	89,7	97,2	76,5	97,2	96,9
LK Kelheim	97,7	98,3	96,0	91,9	93,5	86,4	93,0	58,4	92,9	92,4
LK Kitzingen	98,1	99,0	97,0	91,2	93,7	87,7	94,7	50,6	94,7	94,1
LK Kronach	99,3	99,3	98,1	93,8	97,2	94,3	94,9	60,4	94,7	94,7
LK Kulmbach	98,4	98,9	96,7	92,5	94,6	82,7	92,8	62,3	92,5	92,0
LK Landsberg a.Lech	94,8	96,0	93,0	85,0	90,5	67,6	85,1	58,3	84,8	84,0
LK Landshut	97,7	98,0	93,9	89,4	92,7	78,3	91,0	59,2	90,8	90,7
LK Lichtenfels	98,5	98,8	96,2	91,9	93,8	86,6	94,4	68,4	94,2	93,6
LK Lindau	97,3	98,2	93,2	87,6	91,3	70,1	85,6	61,0	85,8	85,2
LK Main-Spessart	98,0	98,9	97,6	94,2	96,1	92,3	94,1	53,0	94,1	93,7
LK Miesbach	97,4	98,9	93,6	83,7	89,6	67,0	85,2	52,5	85,1	83,4
LK Miltenberg	96,1	96,3	94,8	85,8	92,5	67,6	92,7	35,9	90,8	92,1
LK Mühldorf a.Inn	97,2	97,8	89,1	83,8	88,9	70,6	83,3	60,2	83,8	83,0
LK München	97,9	98,5	95,6	88,7	92,2	67,9	90,8	65,2	90,2	88,7
LK Neuburg-Schrobenhausen	98,4	98,4	96,9	90,2	92,3	79,5	91,3	55,5	91,3	91,2
LK Neumarkt i.d.OPf.	97,0	97,1	96,3	87,7	94,6	82,7	94,4	52,6	94,3	94,1
LK Neustadt a.d.Waldnaab	97,9	98,1	94,9	86,0	84,5	67,1	90,8	56,0	90,6	90,6
LK Neustadt/Aisch-Bad Windsheim	98,1	98,4	96,8	90,8	93,1	85,8	93,3	71,9	92,8	92,5
LK Neu-Ulm	98,5	98,6	96,8	90,5	93,9	85,8	94,1	59,0	92,3	93,7
LK Nürnberger Land	97,2	97,9	94,9	88,0	94,4	68,6	88,1	59,6	87,7	86,9
LK Oberallgäu	97,0	97,2	91,2	85,1	89,3	70,3	87,4	57,8	87,1	83,7
LK Ostallgäu	96,7	97,3	94,4	83,0	92,6	74,6	89,2	65,3	89,0	88,3
LK Passau	97,7	98,0	95,0	92,4	94,3	80,5	91,9	58,3	91,6	91,2
LK Pfaffenhofen a.d.Ilm	96,2	96,9	94,5	87,0	88,8	64,4	87,3	51,3	87,3	86,7
LK Regen	98,2	98,6	96,2	91,7	92,6	86,5	92,7	62,7	92,6	92,3
LK Regensburg	97,9	98,5	95,1	88,9	92,0	85,5	93,1	56,9	93,0	92,6
LK Rhön-Grabfeld	98,9	99,1	96,3	91,1	90,8	85,3	94,4	36,1	94,1	93,1
LK Rosenheim	94,7	95,6	89,8	83,8	85,4	43,0	80,5	47,6	80,2	76,0
LK Roth	96,7	97,2	94,0	90,7	93,2	83,2	92,9	68,9	92,7	92,1
LK Rottal-Inn	97,8	97,8	96,8	91,3	92,8	73,6	93,9	65,1	93,9	93,7
LK Schwandorf	97,8	98,3	96,5	90,9	94,4	86,0	95,4	64,9	95,3	95,2
LK Schweinfurt	97,7	97,9	96,7	91,0	92,8	88,3	95,2	67,5	95,1	94,8
LK Starnberg	94,4	96,1	92,4	83,4	89,1	59,9	83,8	51,8	82,9	81,4
LK Straubing-Bogen	98,7	98,7	96,2	93,0	96,2	91,6	96,4	79,1	96,4	96,5
LK Tirschenreuth	97,2	98,4	94,0	87,4	89,7	75,7	90,1	55,6	90,0	90,0
LK Traunstein	95,9	96,6	92,1	82,9	87,6	59,4	86,8	57,3	86,7	86,2
LK Unterallgäu	95,5	96,6	90,7	85,2	88,9	58,9	78,9	42,3	79,1	77,5
LK Weilheim-Schongau	95,4	96,9	94,7	85,3	91,6	72,0	84,2	54,8	84,3	83,6
LK Weißenburg-Gunzenhausen	98,0	98,4	96,2	89,1	92,9	79,0	93,9	68,3	93,3	93,1
LK Wunsiedel i.Fichtelgebirge	97,8	98,1	97,0	90,2	93,9	86,7	92,7	63,1	92,7	91,1
SK Augsburg	97,0	97,4	95,0	86,7	89,7	74,6	93,2	65,0	92,8	91,9
SK Fürth	98,3	98,8	96,8	92,6	96,2	89,8	95,2	67,8	94,7	94,0
SK Ingolstadt	97,1	97,6	96,9	91,2	89,6	85,4	93,1	66,2	92,9	92,8
SK Memmingen	94,8	95,5	93,0	86,8	87,8	59,4	79,8	51,2	79,8	78,7
SK München	96,9	97,5	94,9	87,3	90,2	74,0	90,1	56,5	89,6	88,0
SK Nürnberg	97,6	97,8	95,1	85,5	90,2	82,1	93,1	67,3	92,9	89,7
Gesamt Bayern	97,2	97,8	94,7	88,3	91,7	76,1	90,6	58,6	90,3	89,4

5.3 Materialien zu einem Recall-System

Recall-System Impfen bei Schuleingangsuntersuchung der Gesundheitsämter (Stand 09.08.2006)

Zugrunde liegende Hypothesen:
Bei den Nicht-Geimpften handelt es sich nicht notwendigerweise ausschließlich um Impfgegner. Mögliche Gründe für nicht erfolgte Impfungen können unter anderem auch Bequemlichkeit, Angst vor Kosten, Angst vor Nebenwirkungen und Verständnisprobleme bei Ausländern sein.

Konsequenz:
Die Aktivitäten zur Erhöhung der Durchimpfungsraten sollten sich auf die Zielgruppe der Nicht-Geimpften konzentrieren und nicht auf diejenigen, die sich ohnehin impfen lassen wollen.

Abgeleitete Strategie:
Anwendung so genannter "Recall"-Instrumente. Dazu sollen die Nicht-Geimpften so lange erinnert werden, bis klar ist, ob diese die Impfung tatsächlich ablehnen oder aber aus anderen Gründen (siehe oben) nicht geimpft wurden. Für die letztere Gruppe sollen dann Impfangebote geschaffen werden, um so die Durchimpfungsrate zu steigern.

Eckpunkte eines Recall-Pilot-Projekts:

- 2-4 teilnehmende Gesundheitsämter (sollten beide Interesse an Steigerung der Impfraten haben und zur Teilnahme gerne bereit sein)
- Bevorzugung von Gesundheitsämtern, die bereits die vom LGL angebotene Einschulungssoftware benutzen (müsste für das Recall-System geringfügig erweitert und programmiert werden)

Ablaufschema:
Vorbereitung:
Das folgende Ablaufschema stellt ein Beispiel in einem einfachen Excel-Format dar (die Schuleingangssoftware müsste noch um die dort noch nicht vorhandenen Datenfelder ergänzt werden):

			Impfungen										Ablehnung
Name	Vorname	Adresse	Di	Tet	Pt	IPV	HB	Mas	Mu	Röt			
Becker	Klaus	Ringstr. 12											
Maier	Petra	Hauptstr. 45											
Müller	Anton	Birkenweg 8											
Mustermann	Max	Musterweg 3											
Schuster	Elke	Schillerstr. 32											
...													

Schuleingangsuntersuchung:

Vollständige und dokumentierte Impfungen werden mit einem "X" in die Tabelle eingetragen (direkt am PC/Laptop oder in einen Ausdruck):

			Impfungen										Ablehnung
Name	Vorname	Adresse	Di	Tet	Pt	IPV	HB	Mas	Mu	Röt			
Becker	Klaus	Ringstr. 12		X	X	X	X	X		X			
Maier	Petra	Hauptstr. 45	X	X	X				X	X			
Müller	Anton	Birkenweg 8	X	X	X	X	X	X	X	X			
Mustermann	Max	Musterweg 3											
Schuster	Elke	Schillerstr. 32	X	X	X	X	X	X					
...													

Recall-Stufe 1:

Eltern von Schulanfängern mit Feldern ohne "X" erhalten (z.B. mittels einer in der Serienbrieffunktion von WORD enthaltenen automatischen Auswahlmöglichkeit) einen Serienbrief (Anlage 1), in dem sie auf die Impflücken ihres Kindes aufmerksam gemacht werden und weitere Informationen zum Thema Impfen (Nutzen und Risiken, Kostenlosigkeit, keine Praxisgebühr) enthält. Außerdem ist ein Vordruck (Anlage 2) beigefügt, der ebenfalls als Serienbrief generiert werden kann und der zur Vorlage beim Impfarzt dient sowie zur Eintragung der durchgeführten Impfungen und dann an das Gesundheitsamt zurückgeschickt werden soll (Vorschlag für Portokosten: "Gebühr zahlt Empfänger" oder "Bitte freimachen, falls Marke zur Hand"). Als drittes Blatt wird ein Vordruck (Anlage 3) beigefügt, der ebenfalls als Serienbrief generiert werden kann und der von den Eltern zurückgeschickt werden soll, falls diese weitere Impfungen ablehnen oder zunächst noch Informationen zum Thema "Impfen" erbitten. Im letzteren Fall wird den Eltern ein schriftliches "Info-Paket" (Broschüre des StMGUV „Geimpft-Geschützt“; aktualisiertes Merkblatt „Schutzimpfungen für Kinder“ des StMGUV) zugesandt.

Recall-Stufe 2:

Ca. 2 Monate nach Stufe 1 werden die Rücksendungen der Impfärzte sowie die Ablehnungen der Eltern in die Excel-Tabelle übernommen. Durchgeführte und vom Arzt als "dokumentiert" bestätigte Impfungen werden mit der Ziffer "1" eingetragen. Haben die Eltern weitere Impfungen abgelehnt, wird in die letzte Spalte ebenfalls eine "1" eingetragen:

			Impfungen										
Name	Vorname	Adresse	Di	Tet	Pt	IPV	HB	Mas	Mu	Röt			Ablehnung
Becker	Klaus	Ringstr. 12		X	X	X	X	X		X			
Maier	Petra	Hauptstr. 45	X	X	X	1	1	1	X	X			
Müller	Anton	Birkenweg 8	X	X	X	X	X	X	X	X			
Mustermann	Max	Musterweg 3											1
Schuster	Elke	Schillerstr. 32	X	X	X	X	X	X					
...													

Eltern von Schulanfängern mit "leeren" Impf-Feldern (ohne "X" oder "1") und *ohne* eine Eintragung in der Spalte "Ablehnung" erhalten einen weiteren Serienbrief analog zur Anlage 1, ebenfalls mit den Vordrucken der Anlagen 2 und 3.

Recall-Stufe 3:

Ca. 2 Monate nach Stufe 2 werden Rücksendungen der Impfärzte sowie Ablehnungen der Eltern in die Excel-Tabelle übernommen. Durchgeführte und vom Arzt als "dokumentiert" bestätigte Impfungen werden mit der Ziffer "2" eingetragen. Haben die Eltern weitere Impfungen abgelehnt, wird in die letzte Spalte ebenfalls eine "2" eingetragen:

			Impfungen										
Name	Vorname	Adresse	Di	Tet	Pt	IPV	HB	Mas	Mu	Röt			Ablehnung
Becker	Klaus	Ringstr. 12	2	X	X	X	X	X	2	X			
Maier	Petra	Hauptstr. 45	X	X	X	1	1	1	X	X			
Müller	Anton	Birkenweg 8	X	X	X	X	X	X	X	X			
Mustermann	Max	Musterweg 3											1
Schuster	Elke	Schillerstr. 32	X	X	X	X	X	X					
...													

Eltern von Schulanfängern mit "leeren" Impf-Feldern und *ohne* eine Eintragung in der Spalte "Ablehnung" werden persönlich (telefonisch, 3 Versuche) angesprochen, um die Gründe für die fehlenden Impfungen zu erfragen. Gegebenenfalls wird ein Impftermin im Gesundheitsamt angeboten und/oder ein Arzt in der Nähe der Familie genannt und/oder ein Hausbesuch vereinbart und/oder ein Impftermin in der Schule angeboten.

Recall-System Anlage 1

(Briefkopf des Gesundheitsamtes)

An die Erziehungsberechtigten von
Vorname Nachname
Straße

PLZ Ort

Liebe Eltern,

die Gesundheit Ihres Kindes liegt uns am Herzen. Deshalb haben wir bei der Schuleingangsuntersuchung den Impfschutz überprüft. Leider konnte für folgende Impfungen kein ausreichender Impfschutz festgestellt werden:

O Diphtherie	O Hepatitis B
O Tetanus (Wundstarrkrampf)	O Masern
O Pertussis (Keuchhusten)	O Mumps
O Polio (Kinderlähmung)	O Röteln

Wir bitten Sie, die fehlenden Impfungen nachholen zu lassen. Impfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten präventiven Maßnahmen, die in der Medizin zur Verfügung stehen. Moderne Impfstoffe sind gut verträglich und unerwünschte Nebenwirkungen werden nur in seltenen Fällen beobachtet. Das Risiko von Schäden durch die Erkrankung ist bei allen genannten Impfungen deutlich höher. Die Impfungen sind kostenlos. Für diese Impfungen wird keine "Praxisgebühr" verlangt.

Bitte nehmen Sie den beiliegenden Schein für den Impfarzt sowie vorhandene Impfbücher zur Impfung mit. Für den Fall, dass Sie weitere Informationen zum Thema Impfen wünschen oder aber weitere Impfungen für ihr Kind ablehnen, schicken Sie uns bitte den ebenfalls beiliegenden Anforderungsschein zurück. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

Recall-System Anlage 2

(Briefkopf des Gesundheitsamtes)

Adressfenster für Rückantwort

An das
Gesundheitsamt Musterstadt
Musterweg 44

12345 Musterstadt

Diesen Schein bitte dem

Impfarzt

übergeben!

Praxisstempel:

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

bei Vorname Nachname fehlte bei der Schuleingangsuntersuchung der Nachweis folgender Impfungen:

- O Diphtherie
- O Tetanus (Wundstarrkrampf)
- O Pertussis (Keuchhusten)
- O Polio (Kinderlähmung)
- O Hepatitis B
- O Masern
- O Mumps
- O Röteln

Wir bitten Sie zu überprüfen, ob diese Impfungen vollständig dokumentiert sind und falls nicht, die fehlenden Impfungen nachzuholen. Da wir jede fehlende Impfung im Rahmen einer mit dem Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz abgestimmten Pilotstudie des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) durch ein "Recall"-System erfassen, bitten wir Sie höflich, diese Bemühung folgendermaßen zu unterstützen:

1.) Bitte tragen Sie in der obigen Liste

- **hinter bereits vollständig dokumentierte Impfungen das Kürzel "dok." ein,**
- **hinter den von Ihnen durchgeführten Impfungen das Datum der Impfung und**
- **streichen Sie bitte alle Impfungen in der Liste durch, die weder dokumentiert noch durchgeführt wurden**

2.) Bitte schicken Sie uns diesen Schein zurück. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

Recall-System Anlage 3

Die Eltern von Vorname Name

An das
Gesundheitsamt Musterstadt
Musterweg 44

12345 Musterstadt

(bitte ankreuzen und an uns zurücksenden:)

( ) Ich bin mir noch nicht sicher, ob ich mein Kind impfen lassen soll. Bitte schicken Sie mir kostenlos und unverbindlich weiteres Informationsmaterial zum Thema "Impfen" zu.

( ) Ich möchte keine weiteren Erinnerungen.[1]

[1] In diesem Fall werden Sie von uns nicht weiter kontaktiert.

5.4 Module zu Impfaktionen an Schulen

Konzept zu den Impfaktionen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes an Schulen in Bayern (Stand: 09.08.2006)

Hintergrund

Bayerische Gesundheitsämter sind seit vielen Jahren mit der Durchführung von öffentlichen Impfterminen in Schulen durch das zuständige Ministerium betraut. Evaluationen dieser Impfaktionen in den Jahren 2002/03 und 2003/04 zeigten, dass jeweils über 11.000 Kinder in Bayern durch das Gesundheitsamt im Rahmen dieser Aktionen geimpft wurden. Erfahrungen aus einzelnen Gesundheitsämtern wiesen zudem darauf hin, dass dort bis zu 30% der festgestellten Impflücken in der Folge vom Hausarzt geschlossen wurden.

75% der bayerischen Gesundheitsämter führten Impfaktionen mit Impfangebot durch, weitere 13% boten in den entsprechenden Klassenstufen umfassende Impfbuchkontrolle jedoch ohne direktes Impfangebot an. Bei knapp über der Hälfte der dokumentierten Impfaktionen (52%) wurde die 4. Klasse als alleinige Zielgruppe gewählt, ansonsten wurden höhere Klassenstufen (5.-8.) entweder zusätzlich oder nach unterschiedlichen Konzepten ausgewählt (z.B. abgestuftes Impfangebot in Passau: 5. Klasse MMR, 7. Klasse Td, IPV, 8. Klasse 1. und 2. Hepatitis B, 9. Klasse 3. Hepatitis B).

Der Modus der Impfaktion, der Anteil an festgestellten Impflücken und an durchgeführten Impfungen variierte sehr ausgeprägt von Landkreis zu Landkreis. Aufgrund des heterogenen Vorgehens der bayerischen Gesundheitsämter, welches sich an Ressourcen, Bedarf, Erfahrung, Umfeld und Impfbereitschaft der Bevölkerung orientiert, ist derzeit eine Erhebung flächendeckender Durchimpfungsraten bei dieser Altersgruppe wegen mangelnder Vollständigkeit nicht aussagekräftig.

Ziel

Ziel des vorliegenden Konzeptes ist die Darlegung der Optionen für die Durchführung von Impfaktionen an Schulen mit Darstellung der Vor- und Nachteile der verschiedenen Handlungsmöglichkeiten sowie ergänzende Verbesserungsvorschläge. Weiterhin sollen aus der Übersicht über die Handlungsoptionen Empfehlungen für ein bayernweit abgestimmtes Vorgehen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes unter Berücksichtigung der derzeit laufenden Impfaktivitäten bei den Schuleingangsuntersuchungen abgeleitet werden.

Themenfelder der Impfaktionen

Den Anlass für Impfaktionen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes an Schulen bildet folgende Ausgangssituation:

- Impflücken bei den bereits im Säuglingsalter empfohlenen Grundimmunisierungen
- Impflücken bei notwendigen Auffrischimpfungen

1. Impflücken bei der Grundimmunisierung

Die aktuellen STIKO-Impfempfehlungen sehen als Standardimpfung für Säuglinge und Kinder folgende Impfstoffe/Antigenkombinationen vor:

- MMR
- D/d, T,aP/ap
- IPV
- Hib*
- HB
- Varizellen
- Pneumokokken (Stand 28.7.2006)
- Meningokokken Serogruppe C (Stand 28.7.2006)

* Ein generelles Nachholen der Hib-Impfung nach dem 5. Lebensjahr wird nicht empfohlen.

Bei diesem Themenfeld ist die bereits zum Zeitpunkt der Einschulung durchgeführte Erhebung des Impfstatus zu berücksichtigen, da diese Impfungen auch zu diesem Zeitpunkt bereits abgeschlossen sein sollten. Die Daten der Einschulungsuntersuchung in Bayern (siehe Impfstatistik 2004/05) belegen insbesondere noch nicht ausreichende Durchimpfungsraten für eine vollständige (d.h. zweifache) MMR-Immunisierung sowie Hepatitis B-Immunisierung, wobei große regionale Unterschiede zu beobachten sind.

Bei der Interpretation der Impfsituation sind Änderungen der STIKO-Empfehlungen in den vergangenen Jahren zu berücksichtigen. Ein Nachholen der neu empfohlenen Schemata für ältere Kinder wird jeweils angeraten. Bei Änderungen in den Impfempfehlungen ist davon auszugehen, dass abhängig von den Geburtskohorten unterschiedliche Grundimmunisierungsraten erreicht werden.

So wurde die Empfehlung zur 2. MMR-Impfung im 5. - 6. Lebensjahr von der STIKO im Jahr 1991 veröffentlicht, seit 2001 wird diese Impfung bereits im 2. Lebensjahr empfohlen.
Bezüglich Hepatitis B wird von der STIKO seit 1995 eine generelle Impfung aller Kinder ab dem 2. Lebensmonat (bis zum 18. Lebensjahr) empfohlen. Ein besonderes Augenmerk sollte daher auch bei der empfohlenen nachzuholenden Grundimmunisierung älterer Kinder, z.B. im Rahmen der Impfaktionen in Schulen liegen.
Die Annahme der aktuell neu empfohlenen Impfungen gegen Meningokokken der Serogruppe C und Pneumokokken bis zum zweiten Lebensjahr wird im Rahmen der Daten aus der Schuleingangsuntersuchung erst frühestens in 4 Jahren beurteilbar sein.

Als Ergänzung zu den Impfaktionen in Schulen ab der 4. Klasse besteht für den Öffentlichen Gesundheitsdienst die Möglichkeit bereits im Rahmen der Einschulungsuntersuchung durch den Aufbau eines Recallsystems aktiv zur Verbesserung des Impfstatus beizutragen. Derzeit wird die Möglichkeit einer Erhebung der Durchimpfungsrate zu einem zweiten Zeitpunkt, z. B. im Rahmen der Impfaktionen an Schulen in höheren Klassen, nur vereinzelt wahrgenommen.

Gesonderte Beachtung verdient die erstmalig im Jahr 2004 als Standardimpfung empfohlene Grundimmunisierung von Varizellen. Ein Angebot der Varizellenimpfung für ungeimpfte Kinder und Jugendliche ohne Varizellenanamnese im Rahmen der Impfaktion des ÖGD in Schulen sollte diskutiert werden, zumal die Komplikationsrate der Varizelleninfektion mit dem Alter steigt und dieses Vorgehen auch der früheren STIKO-Empfehlung (Impfung von ungeimpften 12-15 jährige Jugendlichen) im

wesentlichen entsprechen würde. Von den gesetzlichen Krankenkassen wird inzwischen in Bayern die Varizellenimpfung in den ersten 2 Lebensjahren sowie bei Jugendlichen übernommen.

2. Impflücken bei notwendigen Auffrischimpfungen

Ein weiteres wichtiges Themenfeld der Impfaktionen in Schulen ist das Aufdecken von bestehenden Impflücken bei notwendigen Auffrischimpfungen sowie die subsidiäre Durchführung dieser Impfungen.
Hiervon sind die empfohlenen Auffrischimpfungen zu zwei verschiedenen Zeitpunkten betroffen:

1. Impfungen gegen Tetanus und Diphtherie, welche im Alter von 5 bis 6 Jahren erfolgen sollten (Td erst ab diesem Zeitpunkt zugelassen). Aktuell (Januar 2006, Epi Bull 3/2006 sowie 30/2006) hat die STIKO diese bestehende Empfehlung zur Auffrischung um eine Empfehlung zur Auffrischung gegen Tetanus-Diphterie-Pertussis (TdaP) erweitert.

2. Eine weitere Auffrischimpfung im Alter zwischen 9 und 17 Jahren gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Polio, welche als Kombinationsimpfstoff gegeben werden können (Kombinationsimpfung ab ca. dem 11. Lebensjahr je nach Hersteller empfohlen).

Grundsätzlich gilt für diese Auffrischimpfungen, dass sie möglichst nicht früher als 5 Jahre nach der vorhergehenden letzten Dosis erfolgen sollten.
Das Impfangebot durch Gesundheitsämter in der 4. Klasse, also bei 8 bis 10-Jährigen, ist bezüglich der letztgenannten Auffrischimpfung (Td-aP-IPV) aufgrund der Einhaltung der Subsidiarität zur Impfung durch den Hausarzt, der empfohlenen 5-Jahresfrist zur letzten Impfung und der Freigabe einzelner Impfstoffkombinationen erst ab dem 11. Lebensjahres problematisch. Im Rahmen der oben erwähnten Evaluation der Impfaktionen äußerten einige Gesundheitsämter diesbezüglich Bedenken. Nahezu die Hälfte aller Gesundheitsämter haben bei ihren Impfaktionen in Schulen zusätzlich oder grundsätzlich höhere Klassenstufen ausgewählt, sicher auch um dieser Problematik zu entgehen.
Das bisherige Impfangebot durch den ÖGD, welches nur das Angebot des Dreifachkombinationsimpfstoffes (DT- IPV) umfasste, war ungünstig, da die erforderliche Pertussisimpfung nicht berücksichtigt war und dann getrennt vom Hausarzt geimpft werden musste. Nach Angaben mancher Gesundheitsämter haben daher diese selbst oder einige Eltern auf das Impfangebot durch den ÖGD verzichtet.

Graphik: Impfkalender nach den aktuellen Empfehlungen der STIKO, Stand 28.7.2006

Tabelle 1: Impfkalender (Standardimpfungen) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene
Empfohlenes Impfalter und Mindestabstände zwischen den Impfungen

Impfstoff/ Antigen-kombinationen	Alter in vollendeten Monaten						Alter in vollendeten Jahren			
	Geburt	2	3	4	11–14	15–23 siehe a)	5–6 siehe a)	9–17 siehe a)	ab 18	≥ 60
T *		1.	2.	3.	4.		A	A	A *****	
D/d * siehe b)		1.	2.	3.	4.		A	A	A *****	
aP/ap *		1.	2.	3.	4.		A	A		
Hib *		1.	2. c)	3.	4.					
IPV *		1.	2. c)	3.	4.			A		
HB *	d)	1.	2. c)	3.	4.			G		
Pneumokokken **		1.	2.	3.	4.					S
Meningokokken					1.e) ab vollendetem 12. Monat					
MMR ***					1.	2.				
Varizellen					1.	f)		s. Tab. 2		
Influenza ****										S

Um die Zahl der Injektionen möglichst gering zu halten, sollten vorzugsweise Kombinationsimpfstoffe verwendet werden. Impfstoffe mit unterschiedlichen Antigenkombinationen von D/d, T, aP/ap, HB, Hib, IPV sind verfügbar. Bei Verwendung von Kombinationsimpfstoffen sind die Angaben des Herstellers zum Impfalter und zu den Impfabständen zu beachten.

A Auffrischimpfung: Diese sollte möglichst nicht früher als 5 Jahre nach der vorhergehenden letzten Dosis erfolgen.
G Grundimmunisierung aller noch nicht geimpften Jugendlichen bzw. Komplettierung eines unvollständigen Impfschutzes
S Standardimpfungen mit allgemeiner Anwendung = Regelimpfungen

a) Zu diesen Zeitpunkten soll der Impfstatus unbedingt überprüft und gegebenenfalls vervollständigt werden.
b) Ab einem Alter von 5 bzw. 6 Jahren wird zur Auffrischimpfung ein Impfstoff mit reduziertem Diphtherietoxoid-Gehalt (d) verwendet.
c) Bei monovalenter Anwendung bzw. bei Kombinationsimpfstoffen ohne Pertussiskomponente kann diese Dosis entfallen.
d) Siehe Anmerkungen „Postexpositionelle Hepatitis-B-Immunprophylaxe bei Neugeborenen" (S. 237)
e) Der Meningokokken-Konjugatimpfstoff sollte nicht gleichzeitig mit Pneumokokken-Konjugatimpfstoff oder MMR- und Varizellen-Impfstoff oder MMRV gegeben werden. Siehe auch „Anmerkungen zu den im Impfkalender aufgeführten Impfungen" (S. 238).
f) Bei Anwendung des Kombinationsimpfstoffes MMRV sind die Angaben des Herstellers zu beachten. Entsprechend den Fachinformationen ist die Gabe einer 2. Dosis gegen Varizellen erforderlich. Zwischen beiden Dosen sollten 4 bis 6 Wochen liegen.

* Abstände zwischen den Impfungen mindestens 4 Wochen; Abstand zwischen vorletzter und letzter Impfung mindestens 6 Monate
** Generelle Impfung gegen Pneumokokken für Säuglinge und Kleinkinder bis zum vollendeten 2. Lebensjahr mit einem Pneumokokken-Konjugatimpfstoff; Standardimpfung für Personen ≥ 60 mit Polysaccharid-Impfstoff und Wiederimpfung im Abstand von 6 Jahren
*** Mindestabstand zwischen den Impfungen 4 Wochen
**** Jährlich mit dem von der WHO empfohlenen aktuellen Impfstoff
***** Jeweils 10 Jahre nach der letzten vorangegangenen Dosis

Modellvorschläge

Die folgenden Modellvorschläge lehnen sich an bestehende grundlegende Handlungstypen der Gesundheitsämter an und sind auch untereinander kombinierbar (siehe Handlungsoptionen).

Modell 1	**Nur Impfbuchkontrolle (z. B. 4. oder 5. Klasse) mit Dokumentation der Impflücken und Impfempfehlungen an die niedergelassenen Ärzte**
Pro	• keine logistische Anforderungen an die Impfstoffbereitstellung und Impfung, kein Einverständnis durch die Eltern erforderlich • keine Kosten für Impfstoffe • keine Konkurrenz zu den niedergelassenen Ärzten, Wahrung der Subsidiarität • Impfinformation als originäre Aufgabe des ÖGD nach §20 (1) IfSG • Bei Wahl einer einheitlichen Klassenstufe (z.B. 5.Klasse) in allen bayerischen Landkreisen bayerisches Monitoring der Durchimpfungsraten möglich
Kontra	• relative Benachteiligung von Risikokindern, wenn keine direkte Impfung erfolgen kann (soziale Indikation) • Problem der unvollständigen Impfbuchvorlage (s. Hinweise) • Vorwurf der staatlichen Kontrolle durch sensibilisierte Eltern,
Optionen	**1.** Erweiterung durch Evaluation der Ergebnisse der Intervention z.B. ➢ durch Postkartenfeedback zu durchgeführten Impfungen durch die niedergelassenen Ärzte, evtl. erweitertes Recallsystem ➢ durch stichprobenartig eine wiederholte Impfbuchkontrolle ein Jahr später, Optionen z. B. 6. und 7. Klasse **2.** Ergänzung der Impfbuchkontrollen durch ein aktives Impfangebot des ÖGD (s. Modell 2 und 3)
Hinweise	1. Ein zweites bayerisches Monitoring der Durchimpfungsraten in der 4. oder einer höheren Klasse wäre aus epidemiologischer Sicht wünschenswert, da Daten zur Entwicklung der Durchimpfungsraten bei MMR, HB sowie bei Auffrischimpfungen jenseits des Einschulungsalters fehlen. Zu beachten ist jedoch, dass die erreichbare Vorlagerate der Impfbücher niedriger sein dürfte als bei der Einschulungsuntersuchung. (s. Evaluation der Impfaktionen). Des Weiteren könnte diese Vereinheitlichung des Vorgehens u. U. zu Lasten unterschiedlicher regionaler Bedürfnisse und eingeführter Konzepte gehen. 2. Falls dieses Modell mit einem aktiven Impfangebot kombiniert wird, könnte eine höhere Klassenstufe als die bisher empfohlene 4. Klasse empfohlen werden, um eine zeitgerechte subsidiäre Auffrischimpfung von Td-aP-IPV zu gewährleisten (s. Themenfelder) 3. Evaluationen der Impfbuchkontrolle mit Empfehlung an den Hausarzt wurden in Ansätzen bereits in einigen Gesundheitsämtern durchgeführt: Feedbacksystem z.B. Pfaffenhofen, wiederholte Impfbuchkontrolle z.B. in Hof und Kulmbach

Modell 2	**(Wiederholtes) aktives Impfangebot durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst** **a) Konzentriert auf eine Klassenstufe** **b) Wiederholtes Angebot in mehreren Klassenstufen, evtl. gestuftes Impfangebot (je nach Indikation)**
Pro	• Verbindung von Impfbuchkontrolle/Beratung und Aktion • Berücksichtigung von Risikokindern (soziale Indikation), „bequem“ für die Eltern • Subsidiarität (insbesondere bei nach Klassen abgestuftem Impfprogramm, siehe Tabelle 1), Möglichkeit der nachträglichen Grundimmunisierung bestimmter Jahrgänge (z.B. Hepatitis B) • Tradition des ÖGD (ev. auch Zufriedenheit der beteiligten Ärzte des ÖGD) • Öffentlichwirksamkeit • Flexibilität durch Eingehen auf mehrere Jahrgänge, mehr Reaktionszeit für Niedergelassene
Kontra	• Probleme der Logistik, Materialbeschaffung, Notwendigkeit einer Bereitstellung einer Auswahl an Impfstoffkombinationen • Probleme der Rückerstattung der Kosten, Personalkosten • Abwesenheit der Eltern, Beratung der Erziehungsberechtigten im Vorfeld notwendig, Einverständnisproblematik • Abhängig vom Konzept der Impfaktion und der Akzeptanz ev. keine vollständige Erfassung des Impfstatus • Abhängig vom Konzept der Impfaktion ev. Konkurrenz zu Niedergelassenen oder fehlende Akzeptanz von gleichzeitigem Angebot mehrerer Impfungen
Optionen	1. Klärung der Einverständnisproblematik über Angebot der persönlich mündlichen Rücksprache im Vorfeld 2. Impfangebot gestaffelt nach Klassenstufe (z.B. Ebersberg, Passau, s.u.) 3. Kombination mit vollständiger Impfbuchkontrolle (s. Modell 1) 4. Einbindung von Niedergelassenen zur Verstärkung der Personaldecke in die Impfaktionen 5. Angebot der Varizellenimpfung für Ungeimpfte ohne Varizellenanamnese 6. Evaluation der Impfaktionen (ggf. mit Erfassung der zuvor bestehenden Durchimpfungsraten, siehe Modell 1)
Hinweise	1. Wie bereits unter Themenfelder erläutert, Impfangebot der empfohlenen Auffrischimpfung bereits in der 4. Klasse möglicherweise problematisch. Gesundheitsämter mit „erfolgreichem Impfangebot“ (mehr als 200 geimpfte Kinder) wählten insbesondere für Td-, TdIPV- und HepB -Impfungen meist höhere Klassenstufen 2. Beispiele von Gesundheitsämtern mit hoher Impfrate (siehe Tabelle 1)

Tabelle 1

Impfaktion an Schulen 2003/2004: Übersicht über Gesundheitsämter mit mehr als 200 geimpften Kindern und gewählter Zielgruppe

Gesundheitsamt	*geimpfte Kinder*	*Zielgruppe*	*beteiligte Schulen*
LK Passau	1459	5. und 7., 8., 9. Klasse	57
SK Augsburg	992	4.bis 7. Klasse	58
LK Landshut	754	6.-8. Klasse	49
LK Rosenheim	709	5. Klasse	64
SK Nürnberg	457	5. Klasse	65
LK Ebersberg	406	4., 6.-8. Klasse	46**
SK Fürth	316	4. Klasse	13
LK Unterallgäu	305	4. Klasse (nur MMR und HBV)	36
LK Bad Kissingen	258	9. Klasse	26
LK Miltenberg	257	4. Klasse	37
LK Würzburg	255	9. Klasse	49
LK Ansbach	236	4. Klasse*	71
LK Rottal-Inn	236	5. Klasse	31
LK Neustadt a.d.Waldnaab	235	4. Klasse	44
LK München	224	6. Klasse	39
LK Rhön-Grabfeld	221	4. Klasse	87

* Hinweis auf Problematik der Auffrischimpfungen bereits in 4. Klasse, Empfehlung 6. Klasse Impfbuchkontrolle

** 26 Grundschulen, 20 weiterführende Schulen

Erläuterung ausgewählter Impfkonzepte

- Gesundheitsamt Ebersberg: 4. Klasse: MMR, 6. Klasse Td-IPV, 7. und 8. Klasse HB
- Gesundheitsamt Passau: 5. Klasse MMR, 7. Klasse Td, Td-IPV, 8. Klasse 1. und 2. HB, 9. Klasse 3. HB

Modell 3	**Eigenständige Impfsprechstunde ÖGD** **a) Im Gesundheitsamt (Kommstruktur)** **b) Vor Ort (Aufsuchendes Angebot) unabhängig von Alters-klassen**
Pro	Größere Spezialisierung der die Impfung durchführenden Ärzte (Impfärzte), Anwesenheit der Eltern
Kontra	Konkurrenz zu Niedergelassenen, Erreichung von Risikokindern nur bei aufsuchender Struktur gewährleistet
Optionen	1. Mit den niedergelassenen Ärzten abgestimmtes Vorgehen 2. Auf bestimmte Impfungen fokussiertes Vorgehen 3. Auf bestimmte Zielgruppen fokussiertes Vorgehen
Hinweise	1. Zusätzliches Modul zu Modell 1 oder Modell2 2. „Auffangmodell“ für Gesundheitsämter mit geringem Personal bzw. wenig Aktivitäten 3. Option der „Gehstruktur“ für besondere Zielgruppen

Optionen für ein Impfkonzept des bayerischen ÖGD

Bei den vorgestellten und von den Gesundheitsämtern in unterschiedlichen Ausprägungen derzeit praktizierten Modellen ergeben sich folgende Handlungsoptionen, die als Vorgabe an die Gesundheitsämter bezüglich der zukünftig durchzuführenden Impfaktionen in Schulen dienen könnten.

A. Freie Auswahl unter den Modellen 1 bis 3 unter Vorgabe von Qualitätskriterien

B. Festlegung des ÖGD in Bayern flächendeckend auf eines der Module

C. Modulares System mit

a) Vorgabe eines Minimums (=Modell 1) mit grundsätzlicher Empfehlungen zur vollständigen Impfbuchkontrolle einer Klassenstufe
b) Erweiterung dieses Minimums durch die Modelle 2 und 3 als optionale Komponenten

Empfohlenes Konzept für Impfaktionen der Gesundheitsämter an bayerischen Schulen

Bei einem abschließenden Gespräch im StMUGV am 9.8.2006 mit Beratung durch einen externen Experten wurde ein **modulares System** bevorzugt. Als **Mindestanforderungen** sollte die **Impfbuchkontrolle eines kompletten Jahrgangs mit aktivem supplementärem Impfangebot vor Ort** gelten.
Aus Gründen der Subsidiarität, der Erreichbarkeit der Jugendlichen zur Stärkung des eigenverantwortlichen Impfgedankens sowie hinsichtlich der Beratung für in naher Zukunft empfohlene weitere Jugendimpfungen wie z.B. die HPV-Impfung wird ein Übergang der empfohlenen Zielgruppe von der 4. Klasse in die **6. Jahrgangsstufe** empfohlen.
Zudem bietet die Wahl einer **einheitlichen** Klassenstufe bei der Impfbuchkontrolle den Vorteil, erstmals eine Dokumentation von **Durchimpfungsraten in dieser Altersgruppe in Bayern**.
Nach einer **Übergangszeit von 2 Jahren** soll daher eine **Evaluation der Impfaktionen** möglichst einschließlich einer Erfassung der Durchimpfungsraten in der 6. Klassenstufe in Bayern erfolgen.
Grundsätzlich wird angestrebt, wie bisher, subsidiär das Schließen von **allen** festgestellten Impflücken gemäß den STIKO-Empfehlungen anzubieten. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Gegebenheiten an den Gesundheitsämtern (Personalsituation etc.) sind sowohl die Beschränkung des Impfangebots auf ausgewählte Impfungen als auch die Umsetzung von besonderer Impfziele z.B. im Rahmen eines erneuten Recall-Systems möglich.

Prinzipiell wird **folgendes Impfstoffangebot** empfohlen:
MMR: Hier kann bei erstmaliger Impfung hinsichtlich der weiteren erforderlichen Impfung auf den Kinderarzt verwiesen werden.
Hepatitis B-Impfstoff: Auch hier kann bei erstmaliger Impfung hinsichtlich der weiteren erforderlichen Impfungen auf den Kinderarzt verwiesen werden.
Td-aP-IPV: Diese Impfung wird insbesondere für Kinder empfohlen, bei denen bei bestehender Grundimmunisierung der Preschool Booster Td (bzw. TdaP) versäumt wurde. Da diese Impfung gemäß der STIKO zwischen dem 9. und 17. Lebensjahr empfohlen wird, sollte das Gesundheitsamt aus Gründen der Subsidiarität bei allen weiteren Kindern mit Impfindikation auch explizit auf die Möglichkeit der Durchführung beim Kinderarzt hinweisen. Auf die Problematik des Off-Label-Uses bei leerer Impfanamnese wird hingewiesen. In diesen Fällen ist eine eingehende ärztliche Beratung notwendig.
Varizellen-Impfstoff: Diese Impfung wird für ungeimpfte Kinder ohne Varizellenanamnese empfohlen.

Insbesondere für das Erreichen anderer Bevölkerungsgruppen (Jugendliche, Erwachsenen, besondere Zielgruppen wie z.B. Heimbewohner) wird auf das Bayerische Impfkonzept verwiesen (Landesarbeitsgemeinschaft Impfen).

5.5 Konzeptpapier „Bayerische Landesarbeitsgemeinschaft Impfen (LAGI) (Stand 09.08.2006)“

Anlass:

- Erstellung eines Bayerischen Impfkonzeptes
- Eigeninitiative von der Bayerischen Gesellschaft für Immun- und Tropenmedizin und Impfwesen e.V. (Dr. Frühwein) und des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. (Dr. Goehring, Dr. Lindlbaur)

Hintergrund:

- Impflücken in der Allgemeinbevölkerung und bei besonderen Indikationen

Struktur der LAGI

Geschäftsführung am LGL

Paritätische Zusammensetzung ÖGD – Nicht-ÖGD

- Vertreter StMUGV
- Vertreter LGL
- Vertreter Gesundheitsämter/Regierungen
- Bayerische Gesellschaft für Immun- und Tropenmedizin und Impfwesen
- Vertreter der Ärzte, die mit Impfungen besonders betraut sind (Vertreter des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte, des Berufsverband der Allgemeinärzte, der Arbeitsmedizin/Betriebsärzte, Reisemedizin/Tropenmedizin, Gynäkologen, ggf. bayerische STIKO-Mitglieder ,..)
- Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB)
- Vertreter Bayerische Landesärztekammer
- Vertreter Krankenkassen
- Vertreter der Bayerischen Landesapothekerkammer
- ggf. Vertreter der organisierten Bürgerschaft (z.B. über Sozialwahlen gewählte Vertreter, Verbraucherzentralen)

Es besteht Einigkeit, dass aufgrund der unterschiedlichen Interessenlage kein Vertreter der Industrie regulärer Teilnehmer sein sollte. Die Zuladung von Fachkundigen, auch aus der Industrie, als Gäste ist jedoch je nach Thema möglich.

Aufgaben, Funktionen

1. Optimierung der Datenlage hinsichtlich landesspezifischen Durchimpfungsraten und Erkrankungsinzidenzen durch Zusammenführung der Datenzugänge der einzelnen Teilnehmer sowie Erschließung von neuen epidemiologisch relevanten Datenquellen (z.B. KV-Daten, Sentinelpraxen etc.)
2. Transport von aktuellen STIKO-Empfehlungen an Ärzte und Bevölkerung in geeigneter Weise, Abstimmung der Kommunikation (z.B. gemeinsamer Flyer), keine Aussagen entgegen den STIKO-Empfehlungen
3. Experten-Gremium in Bayern, welches gemäß den aktuellen STIKO-Empfehlungen bei konkreten Sachverhalten (z.B. Vorgehen bei Pertussis-Auffrischimpfungen nach Wegfall des monovalenten Impfstoffs, lokale Meningokokken C-Häufungen) Empfehlungen und Interpretationen herausgibt.
   Unterstützung bei der Umsetzung eines Bayerischen Impfkonzeptes

Mögliche Fragestellungen, Themen

Allgemein

- Durch gemeinsame und von allen Teilnehmern getragene Veröffentlichungen Stärkung und Verbreitung des Impfgedankens in der bayerischen Bevölkerung
- Identifizierung von prioritären sowie von besonders vulnerablen Zielgruppen in Bayern sowie Entwicklung von Strategien der Erreichbarkeit dieser speziellen Population (z.B. Unterstützung gezielter Impfkampagnen)
- Surveillance von Durchimpfungsraten
- Surveillance von impfpräventablen Erkrankungen
- Ggf. Konsensempfehlungen mit den Kassen hinsichtlich der Erstattungsleistung bestimmter Schutzimpfungen

Spezifisch

- Masernelimination bis 2010
- FSME-Impfung: Wer soll geimpft werden (und wer nicht)?, FSME-Karten ggf. unter Berücksichtigung von Zeckenuntersuchungen
- Problem Einzelimpfstoff Pertussis
- Influenzaimpfstoff: Probleme von Produktion und Verteilung
- kommende HPV-Impfung: wie erreichen wir die Zielgruppe (Aufbau Logistik)?
- Konzept zur Einbindung von bestimmten Berufsgruppen (z.B. Hebammen, Kindergärtnerinnen, Lehrkräfte an Schulen)
- Impfkurse für Ärzte, Assistenzpersonal
- Aufbau eines Pools an Informationsmaterialen

Mögliche Probleme

- Direkte/indirekte Beziehung der LAGI zum StMUGV
- Legitimation, Zusammensetzung und Mitgliederzahl
- Umgang mit selbstständigem öffentlichen Auftreten, nicht abgestimmte Verlautbarungen
- Mögliche Konkurrenz zur Arbeit des LGL
- Umgang bei fehlendem Konsens ÖGD – Nicht-ÖGD bzw. Dissens nach Facharztgruppen
- Umgang mit industriellem Sponsoring, Lobbyismus und Partikularinteressen

Zeitplan, nächste Schritte

1. *Erste konstituierende und beratende Sitzung am 23.11.2005 mit Entwicklung o.g. Konzepts*
2. *Vorstellung des Konzepts gegenüber dem StMUGV*
3. *gegenseitige Information, Abstimmung weiterer Schritte*
4. *Gründung der LAGI Herbst 2006 geplant*

Notizen

Notizen

91058 **Erlangen**
Eggenreuther Weg 43
Telefon: 09131/764-0

85764 **Oberschleißheim**
Veterinärstraße 2
Telefon: 089/31560-0

97082 **Würzburg**
Luitpoldstraße 1
Telefon: 0931/41993-0

80538 **München**
Pfarrstraße 3
Telefon: 089/2184-0

www.lgl.bayern.de

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Eggenreuther Weg 43, 91058 Erlangen

Telefon: 09131/764-0
Telefax: 09131/764-102

Internet: www.lgl.bayern.de
E-Mail: poststelle@lgl.bayern.de

Druck: Print Com, Erlangen

ISBN 3-939652-15-6 (Print Ausgabe bis 31.12.2006)
ISBN 978-3-939652-15-1 (Print Ausgabe ab 01.01.2007)
ISBN 3-939652-16-4 (Online Ausgabe bis 31.12.2006)
ISBN 978-3-939652-16-8 (Online Ausgabe ab 01.01.2007)