

1.

Nationale Impfkonzferenz

**Maserneliminierung**

Projekte zur Maserneliminierung

# Good-Practice-Manual

Ergebnisse der 1. Nationalen Impfkonzferenz (NIK)

# Übersicht

Erste Nationale Impfkonzferenz (NIK): Vorträge (V) und Poster (P) sowie weitere Projekte aus den Ländern (L)

|  |    |
|--|----|
| 1. Aufsuchende Tätigkeiten .....   | 4  |
| 1.1 mit Impfangebot .....  | 4  |
| 1.1 a) Erfolgreiche Impfpräventionsprogramme in Deutschland V .....  | 4  |
| 1.1 b) 10 Jahre Impfkonzaktion im Saarland bei Schülerinnen und Schülern der siebten und achten Klassen gegen Masern, Mumps, Röteln und Hepatitis B V .....                  | 5  |
| 1.1 c) Schließung von Impflücken in Schulen als aufsuchende Maßnahme der Gesundheitsämter in Sachsen-Anhalt P .....  | 6  |
| 1.1 d) Die Landesimpfkampagne in Nordrhein-Westfalen 2007/2008 P .....   | 7  |
| 1.1 e) Ausgewählte Impfkonzaktionen der Gesundheitsämter 2008/2009 (Sachsen-Anhalt) L .....  | 8  |
| 1.1 f) Prävention von Masernausbrüchen im Landkreis Stade (Niedersachsen) L .....  | 9  |
| 1.1 g) Projekt zur Impflückenschließung bei Berufsschülern durch den Betriebs- und Werksärztlichen Dienst (Thüringen) L .....  | 10 |
| 1.2 Impfausweiskontrolle mit Aussprechen einer Impfempfehlung .....  | 11 |
| 1.2 a) Steigerung der Durchimpfungsraten bei Kindern und Jugendlichen: das Essener Modell P .....  | 11 |
| 2. Recall-Systeme .....  | 12 |
| 2.a) Ein Impferinnerungssystem (Impf-Recall) bei der Schuleingangsuntersuchung zur Verbesserung der Durchimpfungsraten – Erfahrungen aus den ersten zwei Pilotphasen P ..... | 12 |
| 3. Maserneliminationskonzepte .....  | 13 |
| 3.a) Der Bayerische Masernaktionsplan V .....  | 13 |
| 3.b) Masernelimination bis 2010 – Fallmanagement als integraler Bestandteil einer Eliminationsstrategie V .....  | 14 |
| 3.c) Durch fest etablierte Impfstrategie kaum Masernfälle im Land Brandenburg L .....  | 15 |
| 3.d) Masern in Gemeinschaftseinrichtungen L .....  | 16 |



|   |           |
|---|-----------|
| <b>4. Poster- und Medienkampagnen</b> .....   | <b>17</b> |
| 4.a) Etablierung einer kontinuierlichen altersgruppenbezogenen Impfmotivation durch den ÖGD in Thüringen <b>P</b> .....   | 17        |
| 4.b) Wie kann die Impfquote weiter angehoben werden? <b>P</b> .....   | 18        |
| 4.c) Neue Wege der Impfmotivation – Kinospot als „model of good practice“ <b>P</b> .....  | 19        |
| 4.d) Werbekampagne „Schutz Impfung Nordrhein-Westfalen“ 2008 <b>L</b> .....   | 20        |
| <b>5. Allgemeine Konzepte zur Steigerung der Durchimpfungsrate</b> .....  | <b>21</b> |
| 5.a) Gesundheitsziel: Erreichen eines altersgerechten Impfstatus bei über 90 % der Bevölkerung in Sachsen-Anhalt <b>P</b> .....   | 21        |
| 5.b) Landesgesundheitsziel „Erreichen eines altersgerechten Impfstatus bei über 90% der Bevölkerung“ in Sachsen-Anhalt <b>P</b> .....                                       | 22        |
| 5.c) Einfluss von Impfskeptikern auf das Impfverhalten im Altmarkkreis Salzwedel (Sachsen-Anhalt) <b>L</b> .....  | 23        |
| 5.d) Rumänisch-sprachige Sprechstunde im Amt für Gesundheit offene medizinische Sprechstunde für Angehörige der Roma- und Sinti-Minderheit <b>L</b> .....                   | 24        |
| <b>6. Surveillance</b> .....  | <b>26</b> |
| 6.a) Durchimpfungsraten aus KV-Abrechnungsziffern <b>P</b> .....  | 26        |
| 6.b) Aktuelle Daten zum Durchimpfungsgrad gegen Masern aus der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2007/08 in Bayern <b>P</b> .....                                     | 28        |
| 6.c) Surveillance von Impfquoten anhand von Sekundärdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen <b>P</b> .....   | 29        |
| 6.d) Standardisierte Erfassung von Durchimpfungsraten und Impfungen im Rahmen der jährlichen Impfkationen in den 6. Klassen durch Gesundheitsämter in Bayern <b>L</b> ..... | 30        |

# Abstracts

## 1. Aufsuchende Tätigkeiten

### 1.1 mit Impfangebot

#### 1.1 a) Erfolgreiche Impfpräventionsprogramme in Deutschland

NIK Vortrag



Erfolgreiche Impfpräventionsprogramme in Deutschland mit dem Fokus auf Jugendliche

#### Hintergrund

Die kontinuierliche Überwachung (Surveillance) des Impfstatus der Bevölkerung und die Identifizierung hemmender und fördernder Faktoren der Impfabzeptanz sind Voraussetzung für die Realisierung einer Impfstrategie (Empfehlungen des National Vaccine Advisory Committee für die USA). In Deutschland ist die Surveillance der Durchimpfungsrate der Bevölkerung nur für die Schulanfänger, jedoch nicht für Jugendliche gesetzlich verankert (§ 34 Abs. 11 IfSG). Nur einzelne Bundesländer wie das Saarland, Bremen, Schleswig-Holstein und die neuen Bundesländer überprüfen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst zusätzlich den Impfstatus von älteren Schülern (6., 8. oder 10. Klassen). Anliegen des Beitrages ist es, auf der Grundlage verfügbarer Datenquellen den Handlungsbedarf in der Impfprävention bei älteren Schülern zu bewerten. Darüber hinaus werden erfolgreiche Beispiele zur Schließung von Impflücken im Jugendalter vorgestellt.

#### Methodik

Auf der Grundlage verfügbarer Daten (Kinder- und Jugendgesundheitsurvey und Öffentlicher Gesundheitsdienst einzelner Bundesländer) werden die Impfdefizite bei der 1. und 2. Tetanus- und Diphtherie-Auffrischimpfung, 1. Pertussis-Auffrischimpfung, Grundimmunisierung gegen Hepatitis B für ältere Schüler nach folgenden Merkmalen analysiert: Altersgruppe bzw. Klassenzugehörigkeit (6., 8. oder 10. Klasse), Geschlecht, soziale Lage bzw. Migrationsstatus der Eltern und regionale Aspekte. In einem zweiten Schritt werden erfolgreiche Impfstrategien anhand der Steigerung von Durchimpfungsquoten für die Zielgruppe älterer Schüler (6. Klasse aufwärts) vorgestellt.

#### Ergebnisse

Die verfügbare Datenlage zur Durchimpfung von Jugendlichen zeigt bundesweit, länderbezogen und auch kommunal erhebliche Impfdefizite bei älteren Schülern: Die Impfquoten liegen für die 2. Auffrischimpfung gegen Tetanus und Diphtherie bundesweit unter 40 % und für die Auffrischimpfung Pertussis sogar noch niedriger. Die nachzuholende Hepatitis-B-Grundimmunisierung liegt bei knapp 60% und bei der zweiten MMR unter 75 %. Regionalspezifisch führten zu niedrige MMR-Impfquoten zu Masernausbrüchen. Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es nur bei der Rötelnimpfung: Die 2. Röteln Dosis liegt bei Mädchen unter 67 % vs. Jungen unter 63 %. Ein niedriger Sozialstatus ist mit einem inkompletten Impfstatus (MMR und Hepatitis B) assoziiert. Bei Schülern in Sonder- bzw. Förderschulen waren die Impfdefizite bei der Hepatitis-B-Nachholimpfung und Pertussisauffrischimpfung verglichen zu gleichaltrigen Gymnasiasten starker ausgeprägt. Ein Migrations-hintergrund verschärfte diese Impfdefizite. Evaluiertere Impfprogramme zeigen, dass der Zugangsweg über die Schulen gut funktioniert. Den höchsten Effekt erreichten dabei Maßnahmen, die eine systematische Überprüfung der Impfausweise mit direkten Impfangeboten verknüpfen. Insbesondere Schüler aus „nicht privilegierten Familien“ und auch Schüler in Sonderschulen profitierten von diesem Angebot.

#### Schlussfolgerung

Die verfügbare Datenlage zeigt erhebliche Impfdefizite bei älteren Schülern. Die Impfpräventionsmaßnahmen der Gesundheitsämter direkt in Schulen haben sich als hoch effektiv erwiesen. Es empfiehlt sich, dass Jugendärzte in Schulen ergänzende Impfangebote machen.

#### Ansprechpartnerin

Dr. Gabriele Ellsäßer  
Landesamt für Umwelt, Gesundheit und  
Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, Abt. Gesundheit  
Wünsdorfer Platz 3  
15806 Zossen  
Gabriele.Ellsaesser@lugv.brandenburg.de

## 1.1 b) 10 Jahre Impfkaktion im Saarland bei Schülerinnen und Schülern der siebten und achten Klassen gegen Masern, Mumps, Röteln und Hepatitis B NIK Vortrag



Die Daten zum Impfschutz von Kindern und Jugendlichen der vierten und achten Klassen, die die Gesundheitsämter im Rahmen der Jahrgangsbezogenen Untersuchungen Ende der 90er Jahre erhoben, zeigten, dass die von der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut empfohlene Wiederimpfung gegen MMR nur zögerlich angenommen wurde. Gleiches galt für die seit 1995 empfohlene Impfung gegen Hepatitis B. Das saarländische Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales vereinbarte mit den Gesundheitsämtern, den gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherern in Abstimmung mit dem ambulanten Versorgungssystem Maßnahmen zur Verbesserung des Impfschutzes. Die Form der Zusammenarbeit unter Einbeziehung weiterer Kooperationspartner, die durchgeführten Aktionen und erreichten Ergebnisse sowie die Finanzierungsregelungen werden vorgestellt.

### **Ansprechpartnerin**

*Dr. Renate Klein*

*Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz des Saarlandes*

*Ursulinenstraße 8-16*

*66111 Saarbrücken*

---

## 1.1 c) Schließung von Impfständen in Schulen als aufsuchende Maßnahme der Gesundheitsämter in Sachsen-Anhalt NIK Poster (2)



### Fragestellung

Auf der Grundlage der §§ 2 und 4 des ÖGD-Gesetzes Sachsen-Anhalt kann der öffentliche Gesundheitsdienst bei Bedarf die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung ergänzen und selbst Impfungen durchführen. Das Land Sachsen-Anhalt stellt den Gesundheitsämtern dafür seit 2004 Impfstoff zur Verfügung mit dem Ziel, jährliche Aktionen einer aufsuchenden und gezielten Schließung von Impfständen in Schulen zu unterstützen.

### Methode

Die Auswahl der Zielgruppe sowie die Organisation und Durchführung der Aktionen vor Ort erfolgt durch die Gesundheitsämter. Das Landesamt für Verbraucherschutz als Landesfachbehörde des ÖGD schafft die Voraussetzungen für eine einheitliche Evaluation der Aktionen, fasst die von den Gesundheitsämtern erhobenen Daten des Impfstatus und der durchgeführten Impfungen zusammen und wertet sie aus. Die Erfassung und Dokumentation des Impfstatus erfolgt grundsätzlich vor einer eventuellen Impfung und umfasst den kompletten altersgerechten Impfstatus. Geimpft wird gegen Masern, Mumps, Röteln (MMR), Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Poliomyelitis, Hepatitis B und Humane Papillomaviren (HPV).

### Ergebnisse

An den Impfaktionen 2007/2008 beteiligten sich 21 der insgesamt 24 Landkreise/ Kreisfreien Städte (nach Kreisgebietsreform 12 von 14 Gesundheitsämter). Eingeladen wurden 12820 Schülerinnen und Schüler in allen Schulformen: Grundschulen, Sekundarschulen, Gymnasien, Förderschulen, Berufsschulen. 65,5% (8381/12820) der Eingeladenen legten ihren Impfausweis zur Kontrolle vor. Dabei zeigten sich gravierende Impfstände unabhängig von der Schulform insbesondere bei den Auffrischimpfungen. 28,5% (3657/ 12620) der Schülerinnen und Schüler brachten zusätzlich zum Impfausweis eine unterschriebene Einverständniserklärung der Eltern mit, die von den Gesundheitsämtern als Voraussetzung für Impfungen vor Ort gefordert wurde. Insgesamt wurden 2247 Impfungen durchgeführt: 243 MMR-Impfungen, 934 TdIPVaP-Impfungen, 22 TdIPV-Impfungen, 231 TdaP-Impfungen, 19 Td-Impfungen, 95 IPV-Impfungen, 573 HepB-Impfungen und 130 HPV-Impfungen.

### Schlussfolgerung

Aufsuchende Impfaktionen der Gesundheitsämter vor Ort im Setting Schule haben sich als effektives Instrument zur Datengewinnung, zur Förderung von Impfungen sowie zur kompensatorischen Impfstandschließung bewährt und sollten weiterhin unterstützt und gefördert werden. Sie sind ein unverzichtbarer Bestandteil der Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

### Ansprechpartnerin

Mildred Borrmann  
Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt  
Wallonerberg 2-3  
39104 Magdeburg  
[Mildred.Borrmann@lav.ms.sachsen-anhalt.de](mailto:Mildred.Borrmann@lav.ms.sachsen-anhalt.de)

## 1.1 d) Die Landesimpfkampagne in Nordrhein-Westfalen 2007/2008

NIK Poster (12)



### Fragestellung

Schließung von Impflücken bei Schülern ab der 5. Jahrgangsstufe

### Projektbeschreibung

Anlaß für die Landesimpfkampagne NRW waren die Masernausbrüche in den Jahren 2006 und 2007 aufgrund landesweit unzureichender Durchimpfungsraten bei Masern, Mumps und Röteln (MMR) vor allem bei Jugendlichen.

Damit die Landesimpfkampagne erfolgreich ablaufen konnte, war eine Zusammenarbeit vieler Akteure erforderlich. Neben den Ministerien für Gesundheit, Arbeit und Soziales (MAGS) und für Schule und Weiterbildung (MSW) waren das die Ärztekammern, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Gesundheitsämter der Kommunen, die Gesetzlichen und Privaten Krankenkassen sowie der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte.

Um den Gesundheitsämtern trotz sehr unterschiedlicher Ausstattung und Voraussetzungen eine Teilnahme zu ermöglichen, gab es verbindliche Rahmenvorgaben für die Landesimpfkampagne: die Durchführung zwischen November 2007 und Juni 2008, eine möglichst vollständige Erfassung des Impfstatus aller Schüler der weiterführenden Schulen und ein aufsuchendes Impfangebot für Masern in der Schule. Zeitpunkt und Umfang der Aktion konnte von den Gesundheitsämtern danach situationsabhängig fokussiert gestaltet werden.

Die Impfstoffe für das aufsuchende Impfangebot wurden zentral beschafft.

Ggf. über MMR hinausgehende Impflücken sollten beim Kinder- und Jugend-, bzw. Hausarzt anhand einer Impfempfehlung geschlossen werden.

Zusätzlich erfolgte eine Befragung der Schüler und Lehrer zu ihrer Einstellung zum Thema Impfen, um wichtige zusätzliche Informationen zu erhalten.

Zur Beratung der Teilnehmer, aber auch von Schulen und Eltern wurde eine Koordinierungsstelle beim MAGS eingerichtet.

Die wissenschaftliche Auswertung von Impfstatuserhebung, Impfempfehlungen und Fragebögen erfolgt durch das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA.NRW). Z. Zt. werden ca. 15.000 Impfempfehlungen, mehr als 30.000 Bögen mit Impfstatuserhebungen und 180.000 Fragebögen ausgewertet.

### Zielsetzung

Erhöhung der Durchimpfungsrate vor allem bei Jugendlichen zwischen 10 und 18 Jahren, um Masernausbrüche künftig zu verhindern sowie Gewinnung von Informationen für weitere, zielgerichtete Impfaktionen.

### Ansprechpartnerin

*Dr. Gabriele Ahlemeyer*

*Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (Fachgruppe 3.1)*

*Uhlenbergstr. 127-131*

*40225 Düsseldorf*

*Gabriele.Ahlemeyer@liga.nrw.de*

## 1.1 e) **Ausgewählte Impfaktionen der Gesundheitsämter 2008/2009 (Sachsen-Anhalt)** **Länderprojekt**



(Anmerkung: Die Bezeichnung „Schüler“ umfasst in diesem Text sowohl Mädchen als auch Jungen.)

### **Fragestellung**

Auf Grundlage der §§ 2 und 4 GDG LSA kann der ÖGD bei Bedarf die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung ergänzen und selbst Impfungen durchführen. Anliegen ist die aufsuchende und gezielte Schließung von Impfständen vor Ort (in der Schule) unter besonderer Berücksichtigung herausgearbeiteter Schwachstellen im Impfstatus.

### **Methode**

Die Auswahl der Zielgruppe sowie die Organisation und Durchführung der Aktionen erfolgt durch die Gesundheitsämter, das Land Sachsen-Anhalt stellt den Impfstoff zur Verfügung. Das Landesamt für Verbraucherschutz (LAV) koordiniert die Impfprojekte, schafft die Voraussetzungen für eine einheitliche Evaluation der Aktionen, fasst die von den Gesundheitsämtern erhobenen Daten des Impfstatus und der durchgeführten Impfungen zusammen und wertet sie aus.

### **Ergebnisse insgesamt**

2008/2009 wurden 7.436 Schüler zur Teilnahme an Impfaktionen eingeladen. 67,2% dieser Schüler legten ihren Impfausweis zur Kontrolle vor. 33% hatten zusätzlich eine unterschriebene Einverständniserklärung der Eltern mitgebracht, die von den Gesundheitsämtern als Voraussetzung für Impfungen vor Ort gefordert wurde.

### **Durchgeführte Impfaktionen und deren Ergebnisse bzgl. der MMR-Impfung**

#### 9. und 10. Klasse ausgewählter Sekundarschulen und Gymnasien:

In 6 Landkreisen wurden 2.789 Schüler der 9. und 10. Klassen zu Impfaktionen eingeladen. 53% der eingeladenen Schüler legten ihren Impfausweis vor, 24,5% brachten zusätzlich eine unterschriebene Einverständniserklärung der Eltern zur Impfung während der Aktion mit. Über einen altersgerechten MMR-Impfschutz verfügten vor den Aktionen 96,2% der teilnehmenden Schüler. Damit war das Gesundheitsziel in dieser Zielgruppe bereits erreicht. Durch die Aktionen konnte der Anteil an altersgerecht geimpften Schülern der beteiligten Zielgruppe um weitere 2,1% erhöht werden. Der Landkreis Börde konnte die Impfstände in der beteiligten Zielgruppe zu 100% schließen.

#### 6. Klassen ausgewählter Schulen

In drei Landkreisen wurden 2.257 Schüler der 6. Klassen eingeladen, von diesen legten 85,5% einen Impfausweis zur Kontrolle vor. Eine Einverständniserklärung der Eltern zum Impfen vor Ort brachten 36% der Kinder mit. Bei der 2. MMR-Impfung konnte die Durchimpfung um durchschnittlich 1,7% auf 97,9% gesteigert werden.

#### Schülerinnen und Schüler aller Klassenstufen in Förderschulen

In mehreren Landkreisen wurden 2.390 Schüler ausgewählter Förderschulen in unterschiedlichen Klassenstufen zu Impfaktionen eingeladen. 66,5% der Schüler brachten ihren Impfausweis zur Kontrolle mit. Eine Einverständniserklärung der Eltern zum Impfen vor Ort legten 40% der Kinder vor. Bei der MMR-Impfung lag die durchschnittliche Durchimpfung schon vor den Aktionen bei 93,2%, konnte aber um weitere 3,1% erhöht werden.

### **Schlussfolgerung**

Auch 2008/2009 wurden überwiegend Zielgruppen angesprochen, die nicht durch Routinekontrollen im Rahmen der Schuluntersuchungen erreicht werden. Die Bereitschaft der Schüler, an Vor-Ort-Impfaktionen teilzunehmen, ist in den Schulen sehr unterschiedlich. Wenn teilgenommen wird, sind die Aktionen allerdings sehr erfolgreich. Impfstattik, Impferinnerung und aufsuchende Impfaktionen der Gesundheitsämter vor Ort im Setting Schule haben sich als effektives Instrument zur Datengewinnung, zur Förderung von Impfungen sowie zur kompensatorischen Impfstandschließung bewährt und sind ein unverzichtbarer Bestandteil der Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

### **Ansprechpartnerin**

Mildred Borrmann  
Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt  
Wallonerberg 2-3  
39104 Magdeburg  
Mildred.Borrmann@lav.ms.sachsen-anhalt.de



## 1.1 f) Prävention von Masernausbrüchen im Landkreis Stade (Niedersachsen)

### Länderprojekt



Bei interner Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen wurde deutlich, dass die Maserndurchimpfungsrate in einem sozialen Brennpunkt mit hohem Anteil von Migrantinnen und Migranten gering war. Deshalb wurde im Jahr 1998 beschlossen, in breiter Zusammenarbeit mit den vor Ort tätigen Institutionen die betroffene Bevölkerung über die Notwendigkeit von Masernimpfungen zu informieren und zur Impfung aufzurufen. Bei den nachfolgenden Schuleingangsuntersuchungen zeigte sich, dass diese Kampagne zunächst keinen Effekt hatte. Weiterhin musste befürchtet werden, dass sich Migranten, die in Urlaubszeiten ihre Heimatländer aufsuchen, die oft Endemiegebiete sind, dort infizieren und Masern in Gemeinschaftseinrichtungen eintragen. Die Durchimpfungsrate lag weiterhin zwischen 15 und 20% unterhalb des Landkreisdurchschnitts.

Im Jahr 2002 haben wir in Kooperation mit dem Ethnomedizinischen Zentrum Hannover einen erneuten Versuch unternommen und eine Impfkampagne aufgelegt, die auf dem Einsatz von Vertrauenspersonen basiert, mit deren Hilfe wir die Eltern indirekt ansprechen.

Seitdem konnten die Durchimpfungsraten von 7% im Jahre 2002 auf 88% im Jahr 2008 angehoben werden. Seit Einführung der Kampagne liegen sie damit im Landkreisdurchschnitt.

In einem anderen Stadtteil, mit ebenfalls hohem Anteil von Migrantinnen und Migranten und geringerer Durchimpfungsrate als im übrigen Landkreis, haben wir mit einem anderen Konzept interveniert und erreicht, dass zumindest in den unteren Klassen keine Ausbrüche mehr zu befürchten sind.

Die Impfkampagne im sozialen Brennpunkt wurde 2004 mit dem PrixÖGD ausgezeichnet. Beide Impfkampagnen sind mit den Ergebnissen bis 2006 im „Handbuch guter Praxis“ mit dem Titel „Gesundheit und Integration“ veröffentlicht. Die beiden Impfkonzeppte ordnen sich in eine dreiteilige Gesamtstrategie gegen Masern ein:

1. Teil Bei den Schuleingangsuntersuchungen wird nicht nur der Impfstatus erhoben, sondern es erfolgt auch eine Impfberatung bei denjenigen, die noch keinen adäquaten Impfschutz haben. Wir vertrauen dabei auf die Eigenverantwortung der Eltern im Sinne des § 1 NGÖGD.
2. Teil Wenn der Eigenverantwortung erfahrungsgemäß nicht nachgekommen wird, intervenieren wir mit unterschiedlichen Konzepten, die wir die jeweiligen sozialen Randbedingungen angepasst haben. Damit ist die zielgruppen- und lebensraumbezogene Prävention im Sinne des § 5 NGÖGD berücksichtigt.
3. Teil Wir unterbreiten in der sechsten Schulklasse noch einmal ein Impfangebot. Zielgruppe sind diejenigen, die trotz aller Bemühungen noch keinen altersgerechten Impfschutz erhalten haben.

Die Gesamtstrategie wurde veröffentlicht im „Epidemiologischen Bulletin“ 22/2006. Die Strategie der Impfkonzeppte für Menschen mit Migrationshintergrund sind mit den aktuellen Daten (Stand 2008) im Band 12 „Gesundheitsförderung konkret“ unter dem Titel „Migration und Gesundheitsförderung“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung veröffentlicht.

#### **Ansprechpartner**

*Dr. Gerhard Pallasch*

*Landkreis Stade, Der Landrat, Gesundheitsamt*

*Heckenweg 7*

*21680 Stade*

*gesundheitsamt@landkreis-stade.de*

[www.landkreis-stade.de](http://www.landkreis-stade.de)

## 1.1 g) Projekt zur Impflückenschließung bei Berufsschülern durch den Betriebs- und Werksärztlichen Dienst (Thüringen) Länderprojekt



Anliegen des Projektes ist es, die Durchimpfungsraten gegen Hepatitis B, Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Poliomyelitis und Masern, Mumps, Röteln bei den Thüringer Berufsschülern vom 16. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres zu erfassen und möglichst zu erhöhen. Damit sollen die derzeit bestehenden Impflücken bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen geschlossen werden, um einen optimalen Individualschutz und eine ausreichende Herdimmunität zu erreichen.

Das Projekt war zunächst als Pilotprojekt angelegt und auf den arbeitsmedizinischen Dienst Berufsgenossenschaft Bau beschränkt. Die Impfbuchkontrollen und das Impfangebot wurden von den Jugendlichen positiv bewertet. Eine Ausweitung auf alle Berufsschulen wird angestrebt.

### **Ansprechpartner**

*Dipl.-Med. Gerrit Hesse*

*Thüringer Landesamt für Lebensmittelsicherheit und Verbraucherschutz*

*Tennstedter Straße 8/9*

*99947 Bad Langensalza*

*Gerrit.Hesse@tlv.thueringen.de*

---

## 1.2 Impfausweiskontrolle mit Aussprechen einer Impfempfehlung

### 1.2 a) Steigerung der Durchimpfungsraten bei Kindern und Jugendlichen: das Essener Modell NIK Poster (7)



#### Fragestellung

Kann die Durchimpfungsrate bei Kindern und Jugendlichen durch Interventionsprogramme d.h durch Kontrolle der Impfbücher und einer schriftlichen, individuellen Impfberatung verbessert werden?

#### Material und Methoden

Im Jahr 2001 wurde an allen weiterführenden Schulen im Stadtgebiet von Essen anhand der Impfbücher eine Erhebung der Durchimpfungsraten bei Schülern des 7. Jahrgangs (n=5589) durchgeführt. Nach der Kontrolle der Impfbücher wurde den Eltern eine schriftliche, individuelle Impfempfehlung gegeben und aufgefordert die noch fehlenden Impfungen beim Kinder- und Jugendarzt durchführen zu lassen. Außerdem wird seit 2007 den Schulen ein Impfunterricht durch Medizinstudenten angeboten. Eine Kontrolle der Durchimpfungsraten anhand der Impfbücher erfolgte 6 Monate nach der Elterninformation.

Eine Impfberatung wird in Essen bei Kindergartenaufnahme(3jährige) und im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung nach obigem Muster durchgeführt.

#### Ergebnisse

Bei der ersten Kontrolle der Impfbücher der 7.Klassen verfügten nur 15% über einen altersentsprechenden kompletten Impfschutz. Bei 16 % fehlte die Td und bei 17% die Polio Auffrischimpfung. 57% hatten noch keine 2.MMR Impfung und bei 76 % fehlte ein adäquater Impfschutz gegen Hepatitis B. Im Vergleich zur Kontrollgruppe- ohne individuelle Impfberatung- konnte die Impfrate z. B für Hepatitis B bzw. MMR um jeweils 16% gesteigert werden. Insgesamt stieg von 2001 bis 2007 in dieser Altersgruppe die Impftrate für MMR von 43% auf 88% und bei Hep.B von 24% auf 75%. Auch der Impfstatus der Kindergartenkinder konnte von 2003 bis 2007 erheblich verbessert werden. Im Jahr 2003 (n= 5230) hatten nur 61% der Kinder einen altersentsprechenden, kompletten Impfschutz während dies im Jahr 2007 (n= 5097) bei 75% der Kindern der Fall war. Die zweite MMR Impfung hatten 91% der Kinder erhalten.

#### Diskussion

Ein Interventionsprogramm mit einer schriftlichen, individuellen Impfberatung durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst bei Kindergarteneintritt, bei der Schuleingangsuntersuchung sowie in den 7.Klassen konnte die Durchimpfungsraten bei Kindern- und Jugendlichen in Essen signifikant verbessern. Impfberatungsprogramme in Schulen sind wesentlich von der Kooperation der Lehrer abhängig, was sich in der Impfbuchabgabefrequenz (20%-100%!) zeigt.

#### Schlussfolgerungen

Impflücken lassen sich durch konsequente Information der Eltern zur Notwendigkeit der Impfungen schließen. Die stetige Steigerung der Impfraten bei Kindern- und Jugendlichen in der Stadt Essen zeigt, dass eine wiederholte Erinnerung der Eltern an fällige Impfungen ein wichtiger Baustein in der Prävention von Infektionskrankheiten ist. Die Interventionsprogramme sind ein Grund dafür, dass bei der Masernepidemie NRW 2006 in Essen „nur“ 39 Erkrankungen aufgetreten sind.

(Das Essener Modell zur Steigerung der Durchimpfungsraten wurde mit dem Prix ÖGD 2006 ausgezeichnet)

#### Ansprechpartnerin

Dr. Hedwig Roggendorf  
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst  
Gesundheitsamt Essen  
Hindenburgstr. 29  
45127 Essen  
hedwig.roggendorf@gesundheitsamt.essen.de

## 2. Recall-Systeme

### 2.a) Ein Impferinnerungssystem (Impf-Recall) bei der Schuleingangsuntersuchung zur Verbesserung der Durchimpfungsraten – Erfahrungen aus den ersten zwei Pilotphasen NIK Poster (8)



#### Fragestellung

Zur Verbesserung der Impfraten in Bayern, auch in Hinblick auf das Ziel der Masern-Elimination, wurde vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit eine Pilotstudie initiiert. Bei den Schuleingangsuntersuchungen ab dem Schuljahr 2006/2007 wurde mit Hilfe von fünf bayerischen Gesundheitsämtern ein Impferinnerungssystem (sog. Impf-Recall) erprobt. Die Auswertung der ersten zwei Pilotphasen ist abgeschlossen. Das Pilotprojekt wurde in den folgenden Jahren schrittweise auf alle Gesundheitsämter in Bayern ausgedehnt.

#### Material und Methoden

Anhand des Impfausweises wurden Impflücken für 8 STIKO-empfohlene Indikationen (Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio, Hepatitis B, Masern, Mumps, Röteln) erfasst. Diese wurden dokumentiert und die Eltern über die Wichtigkeit der Schutzimpfungen aufgeklärt. Die Eltern konnten an einem Recall teilnehmen, bei dem sie in zwei Stufen an die Vervollständigung der Impfungen erinnert wurden. Die erste Erinnerung beinhaltet einen Arztbrief, der über die Eltern an den impfenden Arzt ausgegeben wird und den die Ärzte bei erfolgter Impfung an das jeweilige Gesundheitsamt zurück senden. Der Rücklauf sowie die Impferfolge wurden dokumentiert. Gegebenenfalls wurden die Eltern in einer weiteren Stufe brieflich nochmals an die Schließung der Impflücken erinnert.

#### Ergebnisse

Bei den Schuleingangsuntersuchungen in den Schuljahren 2006/07 und 2007/08 wurden insgesamt 7137 Kinder eingeschlossen, von denen 1544 (23,6%) Impflücken hatten. 1260 Kinder nahmen am Recall teil. Im gesamten Recall wurden 520 Kinder geimpft, davon bekamen 243 Kinder eine Masernimpfung.

Nach der ersten Erinnerung wurden insgesamt 145 Masernimpfungen (1. Impfung 14, 2. Impfung 131) durchgeführt, nach der zweiten Erinnerung 98 (1. Impfung 8, 2. Impfung 90).

Bei der Masernimpfung für sich genommen bestanden bei 722 Kindern Impflücken (269 Kinder keine Masernimpfung und 453 Kinder nur 1. Masernimpfung). Die Impflücken der teilnehmenden Kinder bei der 1. Masernimpfung konnten damit in 8,2% geschlossen werden, bei der 2. Masernimpfung in 48,8%. Damit konnten die Maserndurchimpfungsraten bei der 1. Masernimpfung um 0,34%, bei der 2. Impfung um 3,38% gesteigert werden.

#### Diskussion

Das Schließen von Impflücken gelang bei bereits erfolgter 1. Masernimpfung wesentlich besser als bei Kindern, die noch gänzlich ohne Masernimpfung waren.

Es ist zu vermuten, dass nicht alle impfenden Ärzte die Unterlagen an die Gesundheitsämter weiterleiten und somit die Wirksamkeit des Recalls unterschätzt wird.

#### Schlussfolgerung

Der durchgeführte Impf-Recall hat sich bezüglich der Erhöhung der Durchimpfungsraten von Masern als wirkungsvoll gezeigt. In der weiteren Fortsetzung wurde der Impfrecall bei den Schuleingangsuntersuchungen für das folgende Schuljahr 2008/2009 auf 14 weitere Gesundheitsämter ausgeweitet und im Schuljahr 2009/2010 in allen bayerischen Gesundheitsämtern eingeführt.

#### Ansprechpartnerin

Lucia Angermayr  
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit  
Veterinärstraße 2  
85764 Oberschleißheim  
Lucia.Angermayr@lgl.bayern.de

### 3. Maserneliminationskonzepte

#### 3.a) Der Bayerische Masernaktionsplan **NIK Vortrag**



Beschreibung: Masern sind eine ernstzunehmende und potentiell mit schwerwiegenden Komplikationen verlaufende Infektionskrankheit. Die WHO strebt bis 2010 die Eliminierung der Masern in Europa an. Ende 2007/Anfang 2008 waren in Bayern jedoch mehrere Masernausbrüche verzeichnet worden. Um die Elimination der Masern dennoch möglichst rasch erreichen zu können, hat die bayerische Landesarbeitsgemeinschaft Impfen (LAGI) Anfang 2008 einen Masernaktionsplan ins Leben gerufen. Die LAGI ist ein unabhängiges Gremium, in dem sich Vertreter von Ärztenverbänden, Körperschaften, Kostenträger und des öffentlichen Gesundheitsdienstes gemeinsam für das Impfwesen engagieren. Der Masernaktionsplan verfolgt dabei drei Schwerpunkte:

- 1.) Surveillance nutzen und verbessern,
- 2.) vermehrtes Zielgruppenorientiertes Impfangebot und Beseitigen von Impfhindernissen,
- 3.) Management von Einzelerkrankung und Ausbrüchen verbessern.

Die Umsetzung des Masernaktionsplans soll zum einen anhand von aktuellen und erfolgreich verlaufenden Projekten wie z.B. einem Impferinnerungssystem (Impf-Recall) bei den Schuleingangsuntersuchungen oder einer Medienkampagne zur Masern/Mumps/Röteln-Impfung mit Plakaten in U-Bahnen und Kinospots dargestellt werden. Zum anderen soll die Bedeutung der gemeinsamen Umsetzung durch eine Vernetzung verschiedener Akteure verdeutlicht werden.

#### **Ansprechpartner**

*Dr. Maria-Sabine Ludwig, MPH  
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit  
91058 Erlangen  
Maria-Sabine.Ludwig@lgl.bayern.de*

*Prof. Dr. med. Bernhard Liebl  
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit  
Veterinärstraße 2  
85764 Oberschleißheim  
bernhard.liebl@lgl.bayern.de*

### 3.b) Masernelimination bis 2010 – Fallmanagement als integraler Bestandteil einer Eliminationsstrategie **NIK Vortrag**



Die Elimination der Masern bis 2010 ist nur vor dem Hintergrund einer hohen Bevölkerungsimmunität denkbar. Das Bemühen um einen hohen Durchimpfungsgrad auch in älteren Jahrgangsstufen muss deshalb hohe Priorität haben. Alle Anstrengungen werden jedoch nicht verhindern können, dass trotz einer generell hohen Durchimpfung lokale Impflücken bestehen bleiben. Besondere Bedeutung gewinnen diese vor allem dann, wenn sie in Gruppen wie z.B. einer Gemeinschaftseinrichtung zu beobachten sind. Von diesen können im Falle einer Einschleppung größere Ausbrüche ausgehen, die sich dann nur schwer kontrollieren lassen.

Auf Grund der hohen Ansteckungsfähigkeit der Masern müssen unverzüglich bei Bekanntwerden des ersten Falles Maßnahmen des Infektionsschutzes eingeleitet werden, um Ausbrüche zu verhindern. Als Instrumentarium des Infektionsschutzes stehen das Impfangebot und die Quarantäne von Erkrankten und deren Kontaktpersonen zur Verfügung. Die Anwendung beider Instrumente ist nach Infektionsschutzgesetz möglich. Auf dieser Grundlage wurde in Niedersachsen im Jahr 2007 ein Leitfaden zum Management von Masernfällen erstellt. Dieser wird seither vom öffentlichen Gesundheitsdienst in Niedersachsen konsequent umgesetzt. Größere Ausbrüche konnten so erfolgreich verhindert werden. Die gemeldeten Masernfälle im Jahr 2008 gehen auf importierte Einzelfälle oder familiäre Kontaktfälle zurück.

In Verbindung mit einer hohen Durchimpfung ist es durch eine intensive Surveillance einschließlich einzuleitender Schutzmaßnahmen in Deutschland mit dem zu Verfügung stehenden Instrumentarium möglich, das Ziel der Masernelimination im Jahr 2010 zu erreichen und nachhaltig zu sichern.

#### **Ansprechpartner**

*Dr. Fabian Feil, MPH*

*Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration (Referat 401)*

*Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2*

*30159 Hannover*

*Fabian.Feil@ms.niedersachsen.de*

### 3.c) **Durch fest etablierte Impfstrategie kaum Masernfälle im Land Brandenburg**

Länderprojekt



Im Land Brandenburg wird eine fest etablierte Impfstrategie konsequent mit dem Ziel verfolgt, die Durchimpfungsraten in der Bevölkerung entsprechend den Maßgaben der WHO und den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch- Institut (STIKO) zu verbessern.

Nach § 3 Abs. 3 des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes wirken die Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern auf einen umfassenden Impfschutz der Bevölkerung hin und fördern die Durchführung öffentlich empfohlener Schutzimpfungen. Auf der Grundlage einer Vereinbarung über die Beteiligung an den Impfstoffkosten des öffentlichen Gesundheitsdienstes des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (jetzt Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz) mit den gesetzlichen Krankenkassen im Land Brandenburg werden Impfstoffe über das Landesgesundheitsamt zentral beschafft und stehen dem öffentlichen Gesundheitsdienst zur Verfügung. Die Gesundheitsämter bieten subsidiär Impfungen an und können, auch im Rahmen von Projekten, damit gezielt Impflücken schließen. Das hat zu kontinuierlich niedrigen Erkrankungszahlen impfpräventabler Infektionskrankheiten, insbesondere auch bei Masern, geführt.

#### **Umsetzung**

Die Organisation und Durchführung der Impfungen vor Ort erfolgt durch die Gesundheitsämter. Das Landesgesundheitsamt Brandenburg erfasst routinemäßig die bei den Untersuchungen in Kindertagesstätten, Schuleingangsuntersuchungen und bei den Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz bzw. in den 10. Klassen erhobenen Impfdaten und wertet diese aus. Die Veröffentlichung erfolgt im Rahmen der Gesundheitsplattform Brandenburg im Internet. Um Impflücken zu schließen und dieses Thema in der öffentlichen Wahrnehmung zu stärken, besonders bei Jugendlichen, aber auch bei Eltern, Erziehern und Lehrern, gibt es in Brandenburg Impfprojekte, die langfristig bestehen und verschiedene Zielgruppen erreichen sollen, z. B.: **Impfaktion „Sterntaler“** - Impflückenschließung bei Kindern in Brandenburger Kindereinrichtungen. Im Land Brandenburg führen Kinder- und Jugendärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes regelmäßig Untersuchungen in den Kindereinrichtungen durch. Bestandteil dieser Untersuchungen ist die Überprüfung des Impfstatus. Mit dem Impfprojekt sollen insbesondere Eltern und Erzieher dafür gewonnen werden, auf eine frühzeitige vollständige Grundimmunisierung bei den Kindern zu achten. **„SchützDich“**- Impflückenschließung bei Jugendlichen.

Dieses seit 2002 bestehende Projekt hat zum Ziel, die Impfmotivation der Jugendlichen zu fördern und beinhaltet vor allem die Impfaufklärung über den Biologieunterricht, verknüpft mit der Überprüfung der Impfausweise durch die Gesundheitsämter.

#### **Ergebnisse**

Die Erkrankungszahlen für Masern sind im Land Brandenburg kontinuierlich niedrig (2001: 10, 2002: 4, 2003: 6, 2004: 2, 2005: 8, 2006: 9, 2007: 1, 2008: 5, 2009: 4 Fälle).

Die Trenddarstellung der Brandenburger Impfquoten für die zweimalige MMR-Impfung zeigt von 1999 (38,2 %) bis 2008 (93,4 %) eine Zunahme der Impfquote bei den Einschülern. In 11 von 18 Landkreisen und kreisfreien Städten wurde das WHO- Ziel einer Durchimpfungsrate von 95 % bereits erreicht.

Bei der Untersuchung der 10. Klassen bzw. Schulabgänger wurde dieses WHO-Ziel noch nicht erreicht. Hier liegt die Durchimpfungsrate für die zweimalige Masernimpfung immerhin bei 93,3 %.

#### **Schlussfolgerung**

Kontinuierliche Impfangebote der Gesundheitsämter im Land Brandenburg haben zu konstant niedrigen Erkrankungszahlen in Bezug auf Masern geführt. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist mit einem subsidiären Impfangebot ein wichtiger Akteur, um hohe Durchimpfungsraten in der Bevölkerung zu erreichen.

#### **Ansprechpartner**

*Dr. Ulrich Widders*

*Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg*

*Heinrich-Mann-Allee 103*

*14473 Potsdam*

*Ulrich.Widders@mugv.brandenburg.de*

### 3.d) Masern in Gemeinschaftseinrichtungen Länderprojekt



#### Hintergrund

Trotz intensiver Bemühungen, Masernausbrüche durch Steigerung der Impfraten zu verhindern, treten immer wieder Häufungen von Maserninfektionen auf. 2007 wurden in Bayern 211, 2008 306 Masernfälle gemeldet. Damit konnte das WHO-Ziel der Elimination von Masern nicht erreicht werden. Das Management von Masernausbrüchen bleibt eine Herausforderung für die zuständigen Gesundheitsbehörden.

#### Masernhandreichung an ermittelnde Gesundheitsbehörden

Masernausbrüche in Gemeinschaftseinrichtungen führten in den letzten Jahren wiederholt zu protrahierten Infektionsketten. Eine Abriegelung der Ausbrüche war nur schwer zu erreichen. Die in Kooperation erarbeitete Handreichung zu Masern in Gemeinschaftseinrichtungen beinhaltet einen Maßnahmenkatalog für das Management und Kriterien für die Wiederzulassung von Kontaktpersonen, um Vorgehensweisen zu vereinheitlichen und den handelnden Akteuren des Öffentlichen Gesundheitsdienstes fachlichen Rückhalt bei oft schwierig zu vermittelnden Entscheidungen zu geben.

Nur rasches, alle Möglichkeiten des IFSG ausnutzendes behördliches Eingreifen beinhaltet die Chance Masernausbrüche zu verhindern oder laufende Infektionsketten zu unterbinden.

#### Ansprechpartner

*Dr. Hartmut Campe*  
*Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit*  
*Dienststelle Oberschleißheim*  
*Veterinärstr. 2*  
*85764 Oberschleißheim*  
*Hartmut.Campe@lgl.bayern.de*

---



## 4. Poster- und Medienkampagnen

### 4.a) Etablierung einer kontinuierlichen altersgruppenbezogenen Impfmotivation durch den ÖGD in Thüringen NIK Poster (18)



#### Hintergrund und Ziele

Um das 1999 auf Bundesebene verabschiedete MMR-Interventionsprogramm in Thüringen umzusetzen, wurde ab 2000 nach Analyse des Ist-Standes eine entsprechende Konzeption zur altersbezogenen Intervention entwickelt, die sich an den Zielen des EPI der WHO für die europäische Region orientiert. Aufgrund der begrenzten zeitlichen, finanziellen und personellen Ressourcen des ÖGD wurde bereits im Vorfeld berücksichtigt, mit geringem Aufwand einen optimalen Effekt zu erreichen. Entsprechend der Ausgangslage wurden flächendeckende Maßnahmen über mehrere Jahre angelegt und je nach Entwicklung entsprechend angepasst. Zielsetzung war für die 1. MMR-Impfung 2005 eine Durchimpfungsrate > 95 %, für die 2. MMR-Impfung und die anderen Impfstoffarten 90 % in allen Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen.

#### Umsetzung

Schwerpunkt der Intervention war die Anwendung altersgruppenbezogener Merkblätter mit Abdruck des aktuellen Impfkalenders. Durch die Ausgabe der Merkblätter vor den Untersuchungen des ÖGD sollte versucht werden, dass die Kinder bzw. Schüler zum Zeitpunkt der Impfstatuserfassung nach Möglichkeit schon durch den Kinder- oder Hausarzt geimpft sind. Die Finanzierung erfolgt ausschließlich aus öffentlichen Mitteln. Es fallen lediglich jährlich Druckkosten an. Bewusst wurde auf eine aufwendige bunte Gestaltung verzichtet, um eine Unterscheidung von Reklame zu erreichen und den neutralen Charakter der Information zu unterstreichen.

#### Ergebnisse

Hatten 2000 nur 6 % der Kindergartenkinder die 2. MMR-Impfung, waren es 2008 fast 93 %. Für die MMR-Impfung werden derzeit 98 % für die 1. Impfung und 94,1 % für die 2. Impfung erreicht. Stand zunächst die Steigerung der Durchimpfungsraten für die MMR-Impfung im Vordergrund, hat sich der Schwerpunkt jetzt auf die Verbesserung der Impfraten bei Pertussis und Hepatitis B verlagert. Durch Einsatz spezieller Merkblätter, die vor der Einschulungsuntersuchung ausgegeben wurden, konnten die Impfraten bei Pertussis von 88,1 % im Jahr 2000 auf 96,8 % 2008 gesteigert werden, bei Hepatitis B von 27,8 % auf 98 %.

#### Fazit

Nach Analyse der Impfstatuserhebungen durch den ÖGD zeigt sich, dass die Durchimpfungsraten für die MMR-Impfung erheblich gesteigert werden konnten und die Forderungen der WHO aktuell erfüllt sind. Gleichzeitig ergeben sich aber neue Interventionsschwerpunkte, wie zu niedrige Durchimpfungsraten bei der Pertussis- und insbesondere bei der Hepatitis B-Impfung der Jugendlichen. Dies wurde in den folgenden Auflagen der Merkblätter entsprechend beachtet. Insgesamt haben sich die in Thüringen etablierten Maßnahmen bewährt und das bei begrenztem organisatorischem Aufwand und geringen Kosten. Maßgeblich zum Erfolg beigetragen hat die langfristige und kontinuierliche Weiterführung aller Maßnahmen. Eine Evaluation ist über die jährliche Impfstatuserfassung des ÖGD möglich.

#### Ansprechpartnerin

*Dr. Heike Beyermann*  
*Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit*  
*Werner-Seelenbinder-Straße 6*  
*99096 Erfurt*  
*Heike.Beyermann@tmsfg.thueringen.de*

#### 4.b) Wie kann die Impfquote weiter angehoben werden?

NIK Poster (6)



##### **Projektbeschreibung:**

Idee des hier beschriebenen Projektes ist es, etwas Zusätzliches und Neues zur Anhebung der Impfquote in Kinderarztpraxen zu tun. Mit einer Plakataktion in den Praxen soll anerkanntes medizinisches Wissen in Form einfacher Kernaussagen, in für Laien verständlicher Formulierung und in für Eltern wie Kinder gleichermaßen ansprechendem, illustrativem Stil, an die Familien weitergegeben werden.

Es ist vorgesehen, acht Plakate in vierteljährlichen Abständen der monatlich erscheinenden Zeitschrift des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte dem "Kinder -und Jugendarzt", mit einer Druckauflage von ca. 11 000, beizulegen. Hiermit wird jedem Kollegen bundesweit die Möglichkeit gegeben, sie in seiner Praxis aufzuhängen.

Die Kosten für dieses Projekt belaufen sich auf ca. 26 000 €. Hierin sind enthalten die Kosten für Design, Druck, Druckversand, Einlegen und Mehrgewichtsporto. Es werden Sponsoren gesucht, die diese Idee unterstützen möchten.

Die Entwürfe für die acht Plakate können bei der 1. Nationalen Impfkongress in Mainz 5. -7. März 2009 als Poster eingesehen werden.

##### **Zielsetzung:**

Mehr Familien erreichen mit Information zu Impfungen durch eine neue Form der Ansprache und in Folge Steigerung der Impfquote.

##### **Ansprechpartner**

*Dr. Markus Ball  
Schwetzinger Str. 93  
69124 Heidelberg*

---

#### 4.c) Neue Wege der Impfmotivation – Kinospot als „model of good practice“ NIK Poster (16)



##### Fragestellung

Niedrige Impfraten – insbesondere gegen Masern - im Vergleich zu Bayern, zu anderen Bundesländern und anderen Staaten machen in München besonderen Handlungsbedarf deutlich. Ist es möglich, mit begrenzten Ressourcen eine Werbekampagne durchzuführen, um die Eltern für die Impfung ihrer Kinder zu motivieren? Ist diese auch in anderen Kommunen umsetzbar?

##### Kurze Projektbeschreibung

Im Herbst 2007 wurde von der Landeshauptstadt München eine Ausschreibung für eine professionelle Werbekampagne vorgenommen. Die Aufgabenstellung war, das Problembewusstsein von Eltern und Kinder zu stärken und sie zu motivieren, sich von ihrem Arzt impfen lassen. Ein Konzept für eine Impfkampagne „Masern, Mumps, Röteln“ wurde entwickelt. Das Konzept sollte grundsätzlich auch für andere Impfungen geeignet sein. Für die Kampagne sollte ein Slogan bzw. Hauptmotiv erarbeitet werden, der bzw. das in allen Veröffentlichungen zum Einsatz kommt. Für die Umsetzung des Konzeptes waren Vorschläge für mögliche Medien zu machen und Kosten zu benennen. Schließlich waren die Aufgaben so zu lösen, dass sie auf das Internet anwendbar sind, z.B. in Form einer weboptimierten Version.

Mit dem Slogan „Vorbeugung ist Verantwortung“ zeigt sich eine klare und eindeutige Adressierung der Thematik an die primäre Zielgruppe der Eltern. Das Leitmotiv wird durch die Headline „Setzen Sie die Gesundheit Ihrer Kinder nicht aufs Spiel“ getragen. Dazu werden in der kreativen Ausarbeitung für Plakate und Anzeigen doppeldeutige Aussagen in Bezug auf die Bildmotive von typischen Spielsituationen von Kindern gezeigt. Gezielte „Wortspiele“ im Kontext mit den Spielsituationen ist Bestandteil des Kreativkonzeptes.

Durch den Aufruf Verantwortung zu übernehmen wird an die generelle Elternpflicht für das Wohl ihres Kindes zu sorgen, aber auch an die gesellschaftliche Verantwortung appelliert. Weiter sollte die klare Aufforderung zum Handeln - speziell zum Impfen - kommuniziert werden. In diesem Zusammenhang ist der elterliche Auftrag zur Vorbeugung essentiell und wichtiger Bestandteil für diese Aufklärungskampagne.

Ein 16-Sekunden-Kinospot wurde als neuer Weg entwickelt, Eltern über ein modernes Medium zu erreichen. Durch eine bekannte deutsche Stimme (des amerikanischen Actionheldes Bruce Willis) sollte zusätzliche Aufmerksamkeit erreicht werden. Die Präsentation erfolgte in zahlreichen Kinos und auf den Infoscreens im U-Bahnbereich und wurde begleitet durch Medienarbeit und Plakate.

##### Zielsetzung

Die Zielgruppe sollte mit effektiver Kosten-Wirkungsrelation erreicht werden. Durch den modularen Konzeptaufbau konnte die Kampagne bedarfsgerecht und ressourcensparend eingesetzt werden und ist von anderen Akteuren kostengünstig umsetzbar.

Der Kinospot liegt digital als DVD vor und ist mit Originalton auf Flatscreen demonstrierbar.



Bildmotiv Kinospot München

##### Ansprechpartner

Christian Groffik  
Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München  
Dachauerstraße 90  
80335 München  
christian.groffik@muenchen.de

#### 4.d) **Werbekampagne „Schutz Impfung Nordrhein-Westfalen“ 2008** Länderprojekt



##### **Fragestellung**

Aus stichprobenartigen Erhebungen ist bekannt, dass der Impfschutz Jugendlicher und Erwachsener bedeutende Lücken aufweist. Impfpräventable Krankheiten sind in Vergessenheit geraten, da sie heute weitgehend aus dem Alltag verschwunden sind. Die Gefahren sogenannter Kinderkrankheiten und ihre Folgen sind nicht mehr im Bewusstsein und das Auffrischen wichtiger Impfungen wird häufig versäumt. Daher muss der Impfgedanke immer wieder aufs Neue belebt und ins Gedächtnis gerufen werden. Das sollte mit Hilfe der Werbekampagne „Schutz Impfung Nordrhein-Westfalen“ geschehen, die 2008 vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Nordrhein-Westfalen initiiert wurde.

##### **Projektbeschreibung**

Zentraler Bestandteil der Kampagne waren (und sind bis heute) vier Plakate mit aufrüttelnden Motiven zu Masern, Mumps, Röteln und Influenza, auf denen das Infektionsrisiko verbalisiert und personalisiert wurde („Maria (60) - Witwe durch Grippe“, „Lisa (9) – blind durch Röteln“, etc.). Sie wurden von einer Kölner Agentur entwickelt und können beispielsweise in Arztpraxen aufgehängt werden. Auch ein Logo, das sich auf allen Medien wiederfindet, ist Bestandteil der Kampagne.

Zum Start der Werbekampagne fand am 2. September 2008 im Düsseldorfer Landtag eine Landespressekonferenz mit Minister Laumann zum „Monat des Impfens“ statt. Anschließend wurde das Impfmobil, ein umgebauter Linienbus, durch zehn Städte in Nordrhein-Westfalen geschickt. Mitarbeiter der Gesundheitsämter standen im Impfmobil für Fragen und Diskussionen zur Verfügung und konnten auf Wunsch Impfungen verabreichen, die von der Landesregierung zur Verfügung gestellt wurden (MMR, Influenza). Rund um den Standort des Busses – meist in belebten Fußgängerzonen – wurden Großflächen gebucht, in Straßenbahnen wurde Verkehrsmittelwerbung geschaltet. Flankiert wurden die Besuche des Impfmobils durch lokale Pressearbeit, in die auch die Kommunen als Kooperationspartner eingebunden waren. Bewährt haben sich in diesem Zusammenhang auch Partnerschaften mit verschiedenen Regionalzeitungen. Darüber hinaus wurde die 16-seitige Broschüre „Impfen schützt“ mit allgemeinen Informationen kostenlos an Ärzte, Apotheken und Gesundheitsämter verteilt. Hierbei waren Kooperationen mit den Apothekerkammern und Ärztenverbänden ausgesprochen hilfreich. Über die Kampagne und die Tour des Impfmobils wurde auf einer eigens eingerichteten Internetseite berichtet, die unter der Adresse [www.impfen.nrw.de](http://www.impfen.nrw.de) zu erreichen war (und ist).

##### **Ergebnisse**

Insgesamt gab es für die Werbekampagne zehn Standorte in größeren oder kleineren Städten über ganz Nordrhein-Westfalen verteilt. (Dortmund, Soest, Bad Oeynhausen, Minden, Lübbecke, Münster, Köln, Mönchengladbach, Recklinghausen, Marl). Die Impfbroschüre „Impfen schützt“ wurde in einer Auflage von 200.000 Exemplaren gedruckt, nach wenigen Wochen erfolgte ein Nachdruck von 40.000. Zusätzlich erfolgten allein von September 2008 bis Dezember 2009 rund 2.700 Downloads der elektronischen Ausgabe, die auf einer Seite des MAGS zur Verfügung gestellt wurde.

Durch die Presseberichterstattung wurden – grob geschätzt - mehr als 12 Millionen Kontakte mit Leserinnen und Leser erzielt. In allen relevanten Tagungszeitungen Nordrhein-Westfalens erschien mindestens ein (häufig sehr ausführlicher) Artikel, in einigen Fällen waren es auch Serien mit bis zu sechs Artikeln. In einigen Medien konnten zudem – kostenlose – Anzeigen geschaltet werden. Zudem berichteten im September 2008 fast 50 Internetseiten über die Kampagne. Hinzu kamen Berichte in lokalen Radio- und Fernsehsendern.

##### **Diskussion**

Die Teilnahme der Kommunen war freiwillig; die Art der Impfkaktionen konnte selbst gewählt werden. Dementsprechend unterschiedlich war die Art, wie die Kommunen ihre Impfkaktivitäten präsentierten. Wichtig war eine zielgerichtete Medienarbeit im Vorfeld – ein prominenter Standort war nicht automatisch verbunden mit großem Zulauf. In den meisten beteiligten Städten wurde das Impfmobil jedoch stark frequentiert und das Impfangebot wurde häufig angenommen. Besonders die in Köln angebotene Influenzaimpfung erfreute sich großer Beliebtheit. Zeitweise bildeten sich lange Schlangen am Impfmobil. Die begleitende Öffentlichkeitsarbeit sorgte für zahlreiche Diskussionen rund um die Aktion. Besonders die Plakatmotive wurden kontrovers diskutiert. Zum Teil wurden die Slogans (z.B.: „Daniel (12) - geistig behindert durch Masern“ oder „Peter (29) – unfruchtbar durch Mumps“) als drastisch und Angst auslösend bezeichnet. Dies führte zu vielen Fragen und Gesprächen am Rande der Aktion, und bei vielen Bürgern auch zu der Erkenntnis, dass die bezeichneten Krankheiten nicht immer harmlos verlaufen. Die Diskussionen und das große Presseecho auch überregionaler Medien (die „Süddeutsche Zeitung“ berichtete am 4.9.2008 sogar auf der Titelseite über die NRW-Kampagne) lässt den Schluss zu, dass das Ziel, die Öffentlichkeit für das Thema Impfungen zu sensibilisieren, erreicht wurde.

##### **Ansprechpartnerin**

Dr. Gabriele Ahlemeyer  
Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (Fachgruppe 3.1)  
Uhlenbergstr. 127-131  
40225 Düsseldorf  
[Gabriele.Ahlemeyer@liga.nrw.de](mailto:Gabriele.Ahlemeyer@liga.nrw.de)

## 5. Allgemeine Konzepte zur Steigerung der Durchimpfungsrate

### 5.a) Gesundheitsziel: Erreichen eines altersgerechten Impfstatus bei über 90 % der Bevölkerung in Sachsen-Anhalt NIK Poster (10)



1998 wurde das Gesundheitsziel „Erreichen eines altersgerechten Impfstatus bei über 90 % der Bevölkerung“ ins Leben gerufen. Seit dem begleitet der Arbeitskreis Impfen als interdisziplinärer und intersektoraler Zusammenschluss verschiedener landesweiter Akteurinnen und Akteure gemeinsam mit Impfstoffherstellern die Zielerreichung.

Sechs Teilziele untersetzen das Gesundheitsziel:

1. Erarbeitung einer Definition „altersgerechter Impfstatus“ und Implementierung derselben in Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie bei allen beteiligten Fachdisziplinen.
2. Verbesserung der Datenlage und damit der Aussagefähigkeit zur Impfsituation in Sachsen-Anhalt.
3. Verbesserung von strukturellen Rahmenbedingungen für das Impfen.
4. Verbesserung von Aus-, Fort- und Weiterbildung unterschiedlicher Berufsgruppen/Multiplikatoren in Bezug auf das Impfen.
5. Erhöhung des Impfwissens durch Information und Aufklärung der Bevölkerung
6. Verbesserung der Inanspruchnahme von Impfungen in allen Altersgruppen.

Die mit qualitativen und quantitativen Aspekten untersetzte Operationalisierung der Teil- und jährlichen Unterziele ermöglicht die laufende Überprüfung des Zielerreichungsgrades. Hierfür fördert der Arbeitskreis in Abstimmung mit dem Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt ein konzertiertes Vorgehen im Land. Mit Hilfe von Modellprojekten werden „weiße Flecken“ z.B. in der Datenlage oder bei aufsuchenden Lösungen geschlossen. Hierbei wird auf die Problem- und Bedarfslagen in Institutionen und Landkreisen geachtet. Dafür wird u. a. die Gesundheitsberichterstattung des Landes und des Bundes genutzt. Der Arbeitskreis Impfen versteht sich als Expertengremium, das die Landespolitik und gesellschaftlichen Akteure, die mit dem Impfen befasst sind, berät und begleitet und sorgt auch dafür dass die Medien regelmäßig fachkompetent informiert sind.

Folgende ausgewählte Ergebnisse belegen die Wirksamkeit des methodischen Vorgehens zur Zielerreichung:  
Der altersgerechte Impfstatus wurde erstmals 1999 definiert und wird seit dem regelmäßig den Stiko-Empfehlungen angepasst. U. a. durch die Schaffung gesetzlicher Grundlagen, die Vereinheitlichung von Impfabrechnungskennziffern und Erfassungssystemen beim Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie verschiedene Modellprojekte liegen aussagefähigere Daten als 1998 für einzuschulende Kinder, Schülerinnen und Schüler der 3. und 6. Klassen und der 10. Klassen sowie für Förderschüler sowie für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und Seniorinnen und Senioren in Sachsen-Anhalt vor. Bisher erwarben ca. 2.500 Ärztinnen und Ärzte ein Impfbuch. Zielgruppenspezifische aufsuchende Impfstatuserfassungen und Impflückenschließungen haben sich bei Problemlagen bewährt. Damit das Impfen unaufwändiger ist, wurde geregelt, dass sich Eltern in Sachsen-Anhalt beim Kinderarzt gleich mitimpfen lassen können. Bei den sachsen-anhaltischen Einschülern stieg die Durchimpfung seit 1999 kontinuierlich auf über 90 % an. Erstmals wurde 2008 das Gesundheitsziel auch bei der 2. MMR Impfung mit 92,0% Durchimpfung erreicht. (1999 32,8 %).

Aktuell befasst sich das Gremium u. a. mit Fragen der Förderung der Impfabzeptanz.

#### **Ansprechpartnerin**

*Martina Kolbe*  
Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V.  
Badestraße 2  
39114 Magdeburg  
magdeburg@lvgl-isa.de

**5.b) Landesgesundheitsziel „Erreichen eines altersgerechten Impfstatus bei über 90% der Bevölkerung“ in Sachsen-Anhalt** NIK Poster (17)



**Einflussnahme auf die Durchimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln**

1. Status quo in Sachsen-Anhalt

- a. Gesundheitsziel Impfen seit 1998: „Erreichen eines altersgerechten Impfstatus bei über 90% der Bevölkerung“
- b. Deutliche Verbesserung der Durchimpfung einzuschulender Kinder von 1998 bis 2007. 1998 waren nur 32 % der Kinder zweimal gegen Masern, Mumps und Röteln geimpft, 2007 waren es 92 %. Damit wurde 2007 das Gesundheitsziel erstmalig erreicht!
- c. Steigerung der 2. MMR-Impfung auch bei den Schülerinnen und Schülern der 3. und 6. Klassen
- d. Handlungsbedarf zur Schließung von Impflücken schwerpunktmäßig weiterhin angezeigt bei der 2. MMR-Impfung
- e. Daten lage Sachsen-Anhalt

Schuleingangsuntersuchung

|                          | 1999 | 200 0 | 2001 | 200 2 | 200 3 | 200 4 | 200 5 | 200 6 | 2007 | 200 8 |
|--------------------------|------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| 2. Masern, Mumps, Röteln | 32,8 | 39,1  | 44,8 | 50,7  | 67,8  | 78,4  | 84,2  | 84,0  | 89,8 | 92,0  |

3. Klasse

|                          | 2002/2003 | 2003/2004 | 2004/2005 | 2005/2006 | 2006/2007 |
|--------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 2. Masern, Mumps, Röteln | 82,8      | 85,4      | 87,4      | 89,8      | 92,0      |

6. Klasse

|                          | 2002/2003 | 2003/2004 | 2004/2005 | 2005/2006 | 2006/2007 |
|--------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 2. Masern, Mumps, Röteln | 84,7      | 87,5      | 90,3      | 89,1      | 89,8      |

2. Beeinflussung der Durchimpfung im Rahmen der Gesundheitsziele Sachsen-Anhalt

- a. Vorstellung von Projektarbeit im Rahmen der Erreichung des Gesundheitsziels Impfen:
  - i) Vergleich zwischen den Landkreisen und Kreisfreien Städten können die Festlegung regionaler Schwerpunkte unterstützen
  - ii) Schließung von Impflücken unter Kenntnis der regionalen Bedingungen – jährlich aufsuchende Impfkationen
  - iii) Bei Impfkationen 2006 beteiligten sich 19 der insgesamt 24 Landkreise/Kreisfreien Städte
  - iv) Geimpft wurde gegen Masern, Mumps, Röteln (MMR), zusätzlich gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Poliomyelitis und Hepatitis B
  - v) Bildung eines Arbeitskreises Impfen – bereichsübergreifende Zusammensetzung, Informationsaustausch, Ideen- und Impulsgeber

**Ansprechpartnerin**

Uta Pitloun  
 Ministerium für Gesundheit und Soziales (Referat 23)  
 Turmschanzenstraße 25  
 39114 Magdeburg  
 magdeburg@lvg-lsa.de



## 5.c) Einfluss von Impfskeptikern auf das Impfverhalten im Altmarkkreis Salzwedel (Sachsen-Anhalt)

Länderprojekt



Anmerkung: Dieses Projekt ist noch nicht abgeschlossen. Erste Ergebnisse werden für das zweite Halbjahr 2010 erwartet.

### Fragestellung

In Sachsen-Anhalt wird der Impfstatus einzuschulender Kinder sowie der Schüler der 3. und 6. Klassen durch die Gesundheitsämter erhoben und im Landesamt für Verbraucherschutz zusammengeführt und ausgewertet. Im Vergleich mit dem Landesdurchschnitt Sachsen-Anhalts sowie mit dem benachbarten Landkreis Stendal (ausgewählter Vergleichslandkreis) werden im Altmarkkreis Salzwedel geringere Durchimpfungsraten festgestellt. So hatten bspw. 92,4% der Kinder des Einschulungsjahrgangs 2009 aus dem Landkreis Stendal zwei MMR-Impfungen erhalten aber lediglich 79,8% der Einschüler aus dem Altmarkkreis Salzwedel. Impfgegner und Impfskeptiker spielen in Sachsen-Anhalt insgesamt bisher eine eher untergeordnete Rolle. Allerdings scheint es nicht zu unterschätzende regionale Unterschiede zu geben. So wird vermutet, dass vor allem in Teilen des Altmarkkreises Salzwedel Einflüsse von Impfgegnern/Impfskeptikern einen zunehmenden und hemmenden Einfluss auf die Durchimpfung der Kinder und Jugendlichen haben.

### Maßnahmen

- Vergleich der im Rahmen der Schuleingangs- und Schulreihenuntersuchung erfassten Durchimpfungsraten von Kindern und Jugendlichen im Altmarkkreis Salzwedel mit den Durchimpfungsraten des Landkreises Stendal und mit den durchschnittlichen Durchimpfungsraten des Landes Sachsen-Anhalt
- Erfassung von Einflüssen auf die Inanspruchnahme von Impfungen bei Kindern und Jugendlichen anhand vorhandener Daten im Gesundheitsamt des Altmarkkreises Salzwedel (Schulart, kinderärztliche Versorgung, Wohnort)
- Erfassung der Impfkaktivität der Ärztinnen und Ärzte im Altmarkkreis Salzwedel und im Landkreis Stendal anhand vorhandener Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalts
- In beiden Landkreisen Einsatz von standardisierten Fragebögen zur Erhebung der Einstellung zum Impfen und möglicher Einflussfaktoren bei Eltern, Ärztinnen und Ärzten, Lehrerinnen und Lehrern, Erzieherinnen und Erziehern sowie Hebammen unter besonderer Berücksichtigung der Impfskepsis/ Impfgegnerschaft

### Zielsetzung

Der vermutete Einfluss von Impfgegnern/Impfskeptikern sowie andere mögliche Einflüsse sollen konkretisiert werden. Auf dieser Grundlage sollen Handlungsempfehlungen für die Präventionsarbeit des Gesundheitsamtes abgeleitet werden, damit langfristig die Durchimpfungsrate im Altmarkkreis Salzwedel gesteigert werden kann.

### Ansprechpartner

Julia Fleischer  
Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt  
Wallonerberg 2-3  
39104 Magdeburg  
Julia.Fleischer@lav.ms.sachsen-anhalt.de

## 5.d) Rumänisch-sprachige Sprechstunde im Amt für Gesundheit offene medizinische Sprechstunde für Angehörige der Roma- und Sinti-Minderheit

Länderprojekt



### Projektinformationen

#### Träger

Amt für Gesundheit Frankfurt am Main  
Weitere Projekte des Trägers finden Sie [hier](#).

#### Kurzbeschreibung

Nach Öffnung der osteuropäischen Grenzen wurde die gesundheitliche Situation vieler Roma und Sinti zunächst von niedergelassenen ausländischen Ärzten, z.B. aus Rumänien, problematisiert. Es handelte (und handelt) sich um Menschen mit geringen deutschen Sprachkenntnissen, ohne Krankenversicherung und in vielen Fällen ohne Aufenthaltsgenehmigung.

Nach Schätzungen der Roma-Union leben ca. 4.500 Roma und Sinti im Rhein-Main-Gebiet.

In Frankfurt am Main konnte Folgendes erreicht werden:

- Durch ein Vernetzungsprojekt von Sozialamt, Amt für Multikulturelle Angelegenheiten, Stadtgesundheitsamt und niedergelassenen Ärzten wird dauerhaft und regelmäßig ein medizinisches Beratungs- und Behandlungsangebot für die betroffenen Roma und Sinti im Stadtgesundheitsamt ermöglicht.

Die im Jahre 1997 eingeführte Rumänisch-sprachige Sprechstunde wird von einem rumänisch-sprachigen Arzt, dessen Auslagen einschließlich eines Medikamentenkontingentes vom Sozialamt getragen wird, und einer Arzthelferin des Stadtgesundheitsamtes kostenlos durchgeführt. Zudem wird seitens des Stadtgesundheitsamtes notwendiges Personal für pädiatrische und gynäkologische Beratung und Behandlung sowie die Einrichtungen des Labors und der Röntgenstelle unentgeltlich zur Verfügung gestellt.

#### Nachfrage und Bedarf

- Dass das muttersprachliche Angebot angenommen wird, ergibt sich aus der regen Nachfrage. In die einmal wöchentlich für vier Stunden im Stadtgesundheitsamt stattfindende Sprechstunde kommen regelmäßig 30 bis 70 Patienten, woraus sich zwischenzeitlich ein fester Patientenstamm von ca. 500 Personen gebildet hat.

Offenkundig erfüllt die Sprechstunde für die um Hilfe suchende Zielgruppe die Rolle einer muttersprachlichen Hausarztpraxis.

#### Verteilung nach Alter und Geschlecht

- In der Sprechstunde sind alle Altersgruppen vertreten. Der Kinderanteil (bis 16 Jahre) ist mit fast 37% relativ hoch. Bei den Erwachsenen, d. h. ab 16 Jahren, sind die Frauen mit 46% und die Männer mit 17% vertreten.

#### Krankheitsbilder

- Das medizinische Spektrum der Erkrankungen ist breit. Zahlenmäßig dominieren Infekte und Infektionen der Atemwege, Probleme des Magen-Darmtraktes, rheumatische Erkrankungen und Rückenbeschwerden, Hautekzeme und -infektionen (z. B. Scabies). Ein detailliertes statistisches Abbild ist wegen der Komplexität schwierig aufzuzeigen, da die Patienten in der Regel multimorbide sind und häufig mit chronifizierten Erkrankungsverläufen auftreten. In den meisten Fällen wurde auch ein stark kariöses und destruiertes Gebiß festgestellt. In den Erkrankungsbildern werden vielfach die Folgen eines für Mitteleuropa extrem niedrigen Lebens- und Bildungsstandards sichtbar, die im Zusammenhang mit Wohnhygiene, Körperpflege und Ernährung stehen.

#### Probleme

- Zunächst (über mehrere Wochen) ergaben sich an den Sprechtagen erhebliche Probleme. Sie reichten von beträchtlicher Unruhe und Lärm bis hin zur Belästigung von anderen Besuchern und MitarbeiterInnen. Sprachliche Mißverständnisse und z.B. Diebstahlsverdächtigungen trübten das Miteinander ebenso wie ungeklärte Sachbeschädigungen. All das konnte aber mit der Zeit durch zwischenmenschliche Kommunikation und kleinere organisatorische Maßnahmen bereinigt werden.

Die Lernbereitschaft beider Seiten, der Patienten sowie der Mitarbeiter des Amtes, führte so nach den anfänglichen Schwierigkeiten zu einem durchaus harmonischen Ablauf im Besucher- und Beratungsbereich.

#### Themen

##### Lebens- und Arbeitsbedingungen

- Gesundheitliche Versorgung

##### Soziale und gemeindebezogene Netzwerke

- Gesundheitskonferenzen

##### Lebensweise / individuelles Gesundheitshandeln

- Impfen

##### Gestaltung der Lebenswelten



Das Angebot wird teilweise in den Lebenswelten der Zielgruppe durchgeführt.

- Kindergarten

#### **Altersgruppen**

- Altersgruppenübergreifend

#### **Das Angebot umfasst geschlechtsspezifische Angebote für**

- Keine geschlechtsspezifischen Angebote

#### **Zielgruppen**

- Migrantinnen / Migranten mit schlechten Deutschkenntnissen

- Personen mit einem niedrigen sozialen Status

- Zielgruppe Roma und Sinti

#### Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

##### **Gesundheit**

- Medizin

##### **Bildung**

- Hochschule

#### Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner

##### **Gesundheit**

- Gesundheitsamt

- Arztpraxen

- Krankenhäuser

- Geburtshilfe

##### **Bildung**

- Kindertagesstätten

- Schulen

##### **Soziales**

- Jugendamt

- Sozialamt

##### **Andere**

- Polizei

- Andere Kooperationspartner und zwar Roma-Union

#### **Dokumentation**

- Geschäftsbericht, Jahresbericht

- Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt

#### **Zeitraum**

- Beginn: 1997

- Abschluss: kein Ende geplant

#### **Ansprechpartner**

*PD Dr. Dr. René Gottschalk*

*Dr. Peter Neumann*

*Breite Gasse 28*

*60313 Frankfurt (Hessen)*

*[peter.neumann@stadt-frankfurt.de](mailto:peter.neumann@stadt-frankfurt.de)*

*[stadtgesundheitsamt@stadt-frankfurt.de](mailto:stadtgesundheitsamt@stadt-frankfurt.de)*

*<http://www.frankfurt.de>*

## 6. Surveillance

### 6.a) Durchimpfungsraten aus KV-Abrechnungsziffern NIK Poster (20)



#### Regionale Bestimmung des Impfschutzes von der Geburt bis zum Alter von 24 Monaten in Schleswig-Holstein 2003 bis 2007

##### Fragestellung

In Kooperation zwischen der AG Impfungen am Landesgesundheitsministerium Schleswig-Holstein (SH) und der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) wurde mit den KV-Abrechnungsziffern ab 2003 die Sonderfrage aufgegriffen: „Wie ist der Impfschutz im frühen Kleinkindalter bis zu 24 Monaten und wie sehr weicht er vom STIKO-Zeitplan ab?“

##### Material und Methode

Die Patientendaten von gesetzlich Krankenversicherten (GKV) werden durch die Bildung eines „Patientenschlüssels“ pseudonymisiert.

Die KV-Gesamtkohorte wird zunächst auf eine Teilkohorte mit Kindern mit „vollständigen Vorsorgeuntersuchung U3-U7“ eingeschränkt. Dadurch werden nur die Kinder erfasst, die regelmäßig einen SH-Arzt kontaktierten. Für diese können vollständige Abrechnungsdaten erwartet werden. Dadurch können u.a. Kinder mit Namenswechsel (gleiche Person aber unterschiedliche „Patientenschlüssel“) die Statistik nicht verfälschen. Zugleich werden auch Kinder aus der Untersuchung ausgeschlossen, die wirklich keine vollständige U3-U7 aufweisen können.

Aus den Abrechnungsziffern sind für jeden Patientenschlüssel die konkret verabreichten Impfstoffe und daraus die einzelnen Antigene bestimmbar.

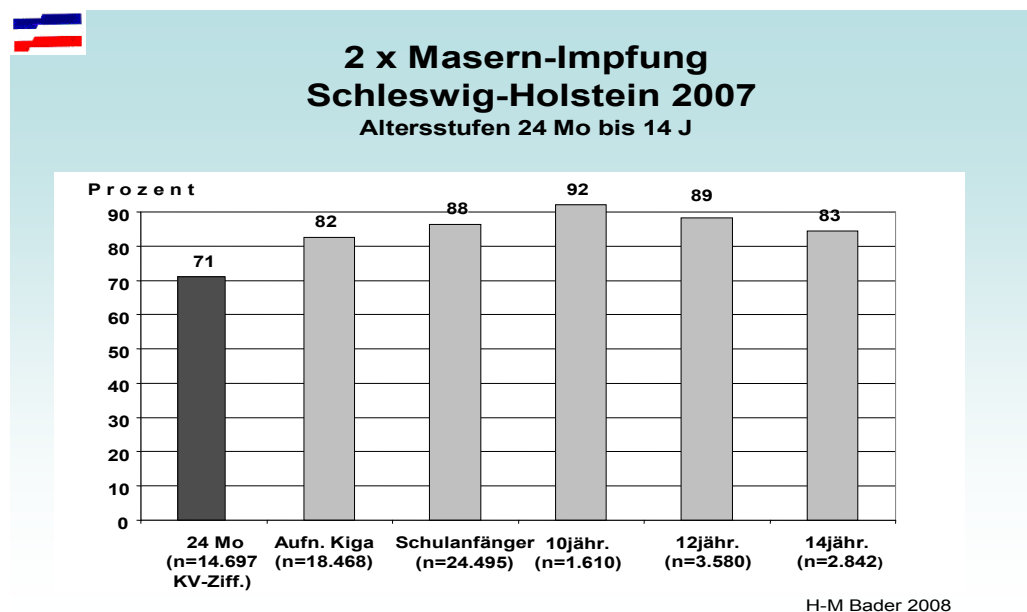
##### Ergebnisse

Erhebliche Abweichungen vom Zeitplan der STIKO sind den Tab. 1 und 2 sowie den Abb. 1 und 2 zu entnehmen.

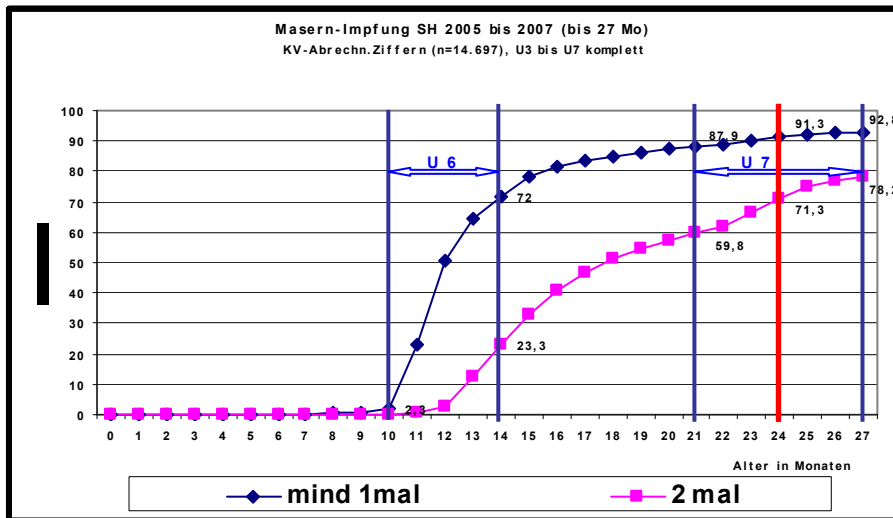
**Tab. 1:** Impfschutzraten (%) bei Kindern bis 24 Monaten in SH (geboren 2005) in Abhängigkeit vom Alter nach KV-Ziffern-Abrechnung (U3 bis U7 komplett, n=14.697).

**Tab. 2** Impfschutz im Alter von 24 Monaten nach KV-Abrechn.- Ziffern SH (U3-U7-komplett) Vergleich der Geburtskohorten 2003 bis 2005

**Abb. 1** Altersgang bei zweiter Masern-Impfung Schleswig-Holstein 2007



**Abb. 2:** Masernimpfung des Geburtsjahrgangs 2005 mit vollständigen Vorsorgeuntersuchungen U3 bis U7 von der Geburt bis zum Alter von 27 Monaten



### Diskussion

Die Systematik erfasst 63% der in Schleswig-Holstein geborenen Kinder. Die restlichen Kinder haben keine vollständigen Vorsorge U3-U7 (7%) oder sind PKV-versichert (15%), sind nach/aus SH umgezogen bzw. wechselten den Namen.

Die Bestimmung des Bezugsenners durch Einschränkung auf die Kohorte „U3-U7 vollständig“ beeinflusst die Repräsentativität dieser Kohorte kaum (gemessen an Einschulungsuntersuchungen in SH): Durch die geringe Größe der Kohorte „U3-U7 NICHT vollständig“ (7%) wird der Impfstatus „U3-U7 vollständig“ nur geringfügig überbestimmt (1%).

### Schlussfolgerung

Die Impfungen werden häufig nicht bis zum Ende des 2. Lebensjahres entsprechend der zeitlichen Vorgabe der STIKO durchgeführt (Tab. 1). Im Beobachtungszeitraum ist eine Verbesserung bei den Impfungen gegen MMR und den 3 neuen Impfungen (Variz., MenC und Pneumok.) erkennbar (Tab. 2). Erst mit Eintritt in den Kindergarten wird z. B. für Masern ein tragender Impfschutz erreicht (Aufforderungscharakter der in SH vorgeschriebenen „Ärztlichen Bescheinigung“) (Abb. 1). Es besteht eine gute Impfbereitschaft im Rahmen der Grundimmunisierung (> 94% mit Ausnahme von HepB und MMR), problematisch ist der Abschluss (massiver Abfall bei komplettem Impfschutz = 4. Impfung) (Tab. 1). Bei Masern geht die unzureichende Durchimpfungsrate im Alter von 24 Monaten auf eine verspätete Erstimpfung bis zum Alter von 14 Monaten zurück, der U7-Zeitraum wird nicht konsequent zum Abschluss des Impfschutzes eingesetzt (Abb. 2).

### Ansprechpartner

Dr. H.M. Bader, Mitglied der Arbeitsgruppe Impfungen am  
Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein  
Adolf-Westphal-Str. 4  
24143 Kiel

## 6.b) Aktuelle Daten zum Durchimpfungsgrad gegen Masern aus der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2007/08 in Bayern

NIK Poster (41)



Repräsentative Daten zum Immunschutz von Kindern und Jugendlichen sind unverzichtbar zum gezielten Erkennen und Schließen regionaler Impflücken sowie zur Planung, Durchführung und Evaluation von Impfprogrammen. Mit dem 2001 in Kraft getretenen Infektionsschutzgesetz wurde die Erhebung der Durchimpfungsraten zum Schuleintritt gesetzlich verankert. Die im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung in Bayern erhobenen Impfdaten werden am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit ausgewertet.

Die ermittelten Durchimpfungsraten werden bezogen auf die Zahl der vorgelegten Impfbücher errechnet. Werden jedoch bei der Berechnung als Datenbasis alle untersuchten Kinder zugrunde gelegt, wird angenommen, dass Kinder ohne vorliegende Impfdokumente nicht geimpft sind. Die Durchimpfungsraten in der Gruppe der Kinder ohne vorliegende Impfdokumentation können derzeit nur geschätzt werden. Sie fallen vermutlich unterdurchschnittlich aus. Im Folgenden wurde exemplarisch die Masern-Durchimpfungsrate (mindestens 1 Impfdosis) unter der Annahme neu berechnet, dass 0 % (Annahme A), 50 % (Annahme B) bzw. alle Kinder (Annahme C), die ihren Impfausweis nicht vorlegen konnten, mindestens 1 Masernimpfung bis zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung erhalten hatten.

Von den insgesamt 129.176 Kindern, die zum Schuljahr 2007/08 untersucht wurden, lagen bei 119.434 Kindern (92,6 %) Impfdokumente vor. Der Anteil Kinder mit vorgelegten Impfdokumenten schwankte in den Landkreisen Bayerns zwischen 71,6 % und 97,6 %. Die Masern-Durchimpfungsrate lag bei 92,8 % für mindestens 1. Impfdosis. Dabei handelt es sich um einen Durchschnittswert, es bestehen wie auch für Mumps und Röteln deutliche regionale Unterschiede. Der Anteil mindestens einmalig geimpfter Kinder an allen untersuchten Kindern liegt bei durchschnittlich 85,9 % (Annahme A). Unter den oben genannten Annahmen B und C lägen die tatsächlichen Durchimpfungsraten für mindestens 1 Masernimpfung bei 89,7 % bzw. 93,4 %. Der Anteil Kinder mit mindestens 2 Masernimpfungen bezogen auf die Zahl der vorgelegten Impfausweise lag bei 81,7 %, bezogen auf alle untersuchten Kinder bei 75,7 %.

Bei Kindern, die im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung keine Impfdokumente vorlegen, sind die Durchimpfungsraten nicht bekannt. Da mit unterdurchschnittlichen Impfraten in dieser Gruppe zu rechnen ist, kommt einer wirklichkeitsnahen Korrektur der ermittelten Durchimpfungsraten Bedeutung für das von der WHO angestrebte Ziel einer Masern-Eradikation bis zum Jahr 2010 in Europa zu. Hierzu sollten neben einer differenzierten Erhebung von Durchimpfungsraten nach Alter, Geschlecht und Region Durchimpfungsraten verfügbar sein, die sowohl den Anteil geimpfter Kinder mit vorgelegtem Impfausweis als auch den Anteil geimpfter Kinder an allen untersuchten Kindern wiedergeben.

### **Ansprechpartner**

*Dr. Gabriele Hölscher, MPH*

*Gabriele Morlock, MPH*

*Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit*

*Sachbereich Prävention und Gesundheitsförderung*

*Veterinärstr. 2*

*85764 Oberschleißheim*

*gabriele.hoelscher@lgl.bayern.de*

*gabriele.morlock@lgl.bayern.de*

## 6.c) Surveillance von Impfquoten anhand von Sekundärdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen NIK Poster (73)



### Fragestellung

Auf der Grundlage des Sozialgesetzbuches V § 303 übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) seit 2004 anonymisierte Abrechnungsdaten zu Impfleistungen von Ärzten, die Gesetzlich-Krankenversicherte behandeln, an das Robert Koch-Institut (RKI). Die Varizellenimpfung ist seit Juli 2004 für alle Kinder im Alter von 11 bis 14 Monaten sowie für alle ungeimpften 9- bis 17-Jährigen ohne Varizellenanamnese von der Ständigen Impfkommission empfohlen. Die Kostenübernahme für die Impfung durch die gesetzlichen Krankenkassen erfolgte zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Bundesweite Daten zur Umsetzung der Impfpflicht liegen nicht vor. Wir zeigen am Beispiel der Varizellenimpfung, wie die Routinedaten der KVen genutzt werden können, um die Impfquote der unter 2-Jährigen bundesweit zu erfassen.

### Material und Methode

Die übermittelten anonymisierten, fallbezogenen Abrechnungsdaten werden auf Qualität und Vollständigkeit geprüft. Daten zu Varizellenimpfungen von 10 KVen konnten ausgewertet werden. Studienpopulation sind alle gesetzlich-krankenversicherten Kinder unter 2 Jahren, die in 2004 bzw. 2005 in den 10 Bundesländern geboren wurden (n=280.890 in 2004, entspricht 84% der Geburtskohorte; n=274.775 in 2005, entspricht 85% der Geburtskohorte). Die Impfquote wird bestimmt durch die Anzahl der geimpften Kinder bezogen auf die Anzahl der gesetzlich-krankenversicherten Kinder (KM6-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit).

### Ergebnisse

Die durchschnittliche Impfquote der unter 2-Jährigen gegen Varizellen in den untersuchten Bundesländern stieg von 39% (2004) auf 59% (2005) an ( $p < 0,001$ ). Die Impfquote beträgt 68% und 75% in Sachsen-Anhalt, 64% und 63% in Mecklenburg-Vorpommern, 53% und 68% in Brandenburg, 50% und 81% in Saarland, 46% und 57% in Thüringen, 39% und 68% in Schleswig-Holstein, 37% und 69% in Hamburg, 29% und 48% in Sachsen, 20% und 44% in Bayern, 17% und 57% in Niedersachsen sowie 9% und 23% in Bremen. Von den geimpften Kindern wurden 50% (2004) und 61% (2005) im empfohlenen Alter von 11 bis 14 Monaten geimpft. Zu den Zeitpunkten der Kindervorsorgeuntersuchungen U6 (10.-12. Lebensmonat) und U7 (21.-24. Lebensmonat) wurden 7% und 17% (2004) sowie 19% und 21% (2005) der geimpften Kinder unter 2 Jahren geimpft.

### Diskussion

Die Impfquoten der unter 2-Jährigen gegen Varizellen unterscheiden sich erheblich zwischen den Bundesländern. In der Spannweite der Impfquoten zeigt sich deutlich der Einfluss der Kostenübernahme für die Varizellenimpfung durch die gesetzlichen Krankenkassen: Nach der Einführung der generellen Kostenübernahme nahm die Zahl der Impfungen im jeweiligen Bundesland stark zu.

### Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse zeigen eine hohe grundsätzliche Annahme der Impfpflicht durch die Eltern und die Ärzteschaft. Die Kindervorsorgeuntersuchungen U6 und U7 werden von den Pädiatern zur Impfung im empfohlenen Impfalter bzw. für Catch-up-Impfungen genutzt.

### Ansprechpartnerin

Dipl. Ing Annika Reuß, MSc  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Infektionsepidemiologie  
FG 32 Surveillance  
DGZ-Ring 1  
13086 Berlin  
ReussA@rki.de

## 6.d) Standardisierte Erfassung von Durchimpfungsraten und Impfungen im Rahmen der jährlichen Impfkaktionen in den 6. Klassen durch Gesundheitsämter in Bayern.

Länderprojekt



### Hintergrund und Fragestellung

Ein Schwerpunkt des im Jahr 2006 erstellten Bayerischen Impfkonzepthes ist die Verbesserung der Datenlage zu Impfraten, um bestehende Impflücken konkret zu erkennen und zielgruppenspezifische Impfangebote und -informationen zu erarbeiten.

Bislang lagen flächendeckende Durchimpfungsraten in Bayern nur über die Schuleingangsuntersuchung vor. Um einen Überblick über Durchimpfungsraten in höheren Altersgruppen zu erhalten und gleichzeitig ein subsidiäres Impfangebot durch den ÖGD aufrecht zu erhalten, wurden in einem ersten Schritt die von nahezu allen bayerischen Gesundheitsämter in verschiedenen höheren Klassen durchgeführten Impfkaktionen koordiniert und auf die 6. Klassenstufe festgelegt. Nach zweijähriger Übergangsfrist wurde im Schuljahr 2008/2009 die Erfassung von Impfraten als Sammelstatistik in den 6. Klassen in ausgewählten Gesundheitsämtern als Pilotphase vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) eingeführt.

### Material und Methoden

15 Gesundheitsämter beteiligten sich an der Pilotphase zur standardisierten Erhebung der Impfraten in den 6. Klassen. Hierzu entwickelte das LGL einen Sammel-Statistikbogen je Gesundheitsamt, eine Ausfüllanleitung und einen unverbindlichen Vorschlag einer Impfbuchstatistik für die Anwendung in der Schule/Klasse. Die Dokumente wurden so aufbereitet, dass häufige Fehler in der Impfratenerfassung, wie z.B. wechselnde Nenner (Schülerzahl mit Impfbuch) durch Auto-Kontrollmechanismen möglichst vermieden werden.

Die Sammelstatistik enthält alle empfohlenen Impfungen in dieser Altersstufe mit Ausnahme von Impfungen gegen Pneumokokken und Hib (Erfassung bei Schuleingangsuntersuchung, keine Nachimpfung empfohlen) sowie HPV (noch nicht empfohlene Altersgruppe: Alter der Kinder in 6. Klassenstufe ca. 11 Jahre). Zusätzlich wird die Impfrate gegen FSME erhoben, da über 80% der bayerischen Landkreise Risikogebiete für FSME darstellen.

Die Ausfüllanleitung enthält detaillierte Definitionen für vollständige bzw. unvollständige Grundimmunisierung und Auffrischung je Impfung. Diese orientierten sich an den Vorgaben des RKI für die Erfassung der Impfraten bei der Schuleingangsuntersuchung.

### Ergebnisse

Sämtliche Sammelstatistikbögen waren fehlerfrei ausgefüllt. Der angegebenen Nenner (Anzahl der vorgelegten Impfbücher) war bei der Erfassung aller Impfungen je Gesundheitsamt konstant.

Im Durchschnitt wurden je Gesundheitsamt ca. 1822 (Range 1130-3055) Schüler der 6. Klassen angesprochen und um die Vorlage des Impfausweises gebeten. Die durchschnittliche Impfbuchvorlagerate je Gesundheitsamt lag bei 64,5% (Range 27,2%-88,4%). Eine genauere Analyse ergab auch innerhalb der Schulformen der einzelnen Landkreise erhebliche Unterschiede.

Bei der Analyse richtete sich angesichts des WHO-Ziels der Masernelimination in Europa ein besonderes Augenmerk auf die vollständige Grundimmunisierung gegen Masern (2 Impfungen). Durchschnittlich lag diese bei 87,8% (Range 77,5% - 93,6%) bezogen auf die Kinder mit Vorlage des Impfausweises.

Alle Gesundheitsämter gaben auf Nachfrage an, mit der vorgelegten Sammelstatistik und den weiteren angebotenen Materialien gut zurecht gekommen zu sein.

### Diskussion und Schlussfolgerung

Die Pilotphase ergab eine sehr gute Resonanz der beteiligten Gesundheitsämter auf die vom LGL vorgeschlagene standardisierte Erfassung von Durchimpfungsraten und Impfungen in den 6. Klassen und eine gute Qualität der ausgefüllten Sammelstatistiken. Bei der Beurteilung der ermittelten Impfraten muss einschränkend auf die niedrige und regionale sehr unterschiedliche Vorlagerate der Impfbücher hingewiesen werden.

Auf Grund des hohen Anteils an korrekter Handhabung der Sammelstatistik und den positiven Rückmeldungen wurde ab dem Schuljahr 2009/2010 die Erfassung flächendeckend auf alle 76 Gesundheitsämter ausgedehnt.

### Ansprechpartnerin

Dr. Maria-Sabine Ludwig, MPH

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

91058 Erlangen

Maria-Sabine.Ludwig@lgl.bayern.de