

4. Nationale Impfkonferenz

18. UND 19. JUNI 2015

URANIA BERLIN

**Impfen schützt alle – Masern-
Elimination ist machbar!**

Berichtsband

www.nationale-impfkonferenz.de

4. Nationale Impfkonferenz

18. UND 19. JUNI 2015

URANIA BERLIN

**Impfen schützt alle –
Masern-Elimination ist machbar!**

Berichtsband

www.nationale-impfkonferenz.de



Donnerstag, 18. Juni 2015

Grußworte zur Eröffnung

Mario Czaja
Senator für Gesundheit und Soziales, Berlin 6

Diana Golze
Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Brandenburg 8

Hermann Gröhe
Bundesminister für Gesundheit 11

Festvortrag

Impfen – Nein Danke
 Psychologische Hintergründe der intuitiven Risikowahrnehmung
Prof. Dr. Ortwin Renn, Stuttgart 15

1. Session Plenum

Masernausbruch in Berlin 2014/2015
Dr. Marlen Suckau, Berlin 29

Stand der Elimination der Masern und Röteln in Deutschland aus Sicht der Nationalen Verifizierungskommission Masern/Röteln (NAVKO)
Prof. Dr. Oliver Razum, Bielefeld 35

Erarbeitung eines Nationalen Aktionsplans 2015 bis 2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland
Dr. Osamah Hamouda, Berlin 41

2. Session Plenum

Sachstand Implementierung einer Geschäftsstelle Nationaler Impfplan am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)
Dr. Wolfgang Hierl, München 46

Einstellung, Wissen und Verhalten zur Masernimpfung in Deutschland – Ergebnisse aus dem bundesweiten Survey 2014 der BZgA zum Infektionsschutz
Peter Lang, Köln 51

Impfung von Asylbewerbern: Zuständigkeiten, Umgang mit STIKO-Empfehlungen, Finanzierung aus Sicht eines Bundeslandes
Dr. Inka Daniels-Hardt, Münster 58

3. Session Plenum

Die Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Evaluationen bei Impfeempfehlungen
Dr. rer. medic., Dipl.-Volkswirt Bernhard Ultsch, Berlin 64

Impfungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung – Was kann aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verbessert werden?
Martin Lack, MPH, Berlin 69

KV-Impfsurveillance – Ein Werkzeug zur Erhebung von Impfquoten und Impfeffekten in der Post-Marketingphase
Dipl.-Biol. Torsten Rieck, MScIH, Berlin 74

Impfmüdigkeit: Das Individuum und die Gesellschaft <i>PD Dr. Cornelia Betsch, Erfurt</i>	78	Postersession 5 Wirksamkeitsstudien und Innovationen	179
Mumpsausbrüche bei Adoleszenten und jungen Erwachsenen – ein zunehmendes Problem (?) <i>Univ.-Prof. Dr. Stephan Gehring, Mainz</i>	84	Ergebnisberichte der Arbeitsgruppen Präsentationen der Arbeitsgruppen Diskussion im Plenum Zusammenfassung und weiteres Vorgehen	189 214 225
 Freitag, 19. Juni 2015			
Verleihung des Posterpreises <i>Univ.-Prof. Dr. Fred Zepp, Mainz</i>	90	Schlusswort <i>Sabine Bätzing-Lichtenthäler</i> <i>Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie, Rheinland-Pfalz</i>	234
Postersession 1 Impfstatus und Erhebungsinstrumente	91	 Wissenswertes über die Impfkongferenz	237
Postersession 2 Surveillance	103	 Personenverzeichnis	239
Postersession 3 Einflussfaktoren	130	 Impressum	241
Postersession 4 Impfkonzepte	151		

Grüßworte zur Eröffnung

Sehr geehrter Herr Minister Gröhe,
sehr geehrte Frau Ministerin Golze,
sehr geehrter Herr Prof. Wieler,
sehr geehrter Herr Prof. Burger,
sehr geehrte Damen und Herren!

Zum nunmehr 4. Mal kommen Experten und Interessierte seit 2009 zusammen, um sich zu aktuellen Themen rund um impfpräventable Erkrankungen auszutauschen und um gemeinsam dringliche Fragen und Probleme zu erörtern und Lösungswege zu erarbeiten.

Bei Beginn der Planung der Konferenz war der aktuelle Berliner Masernausbruch, der sich inzwischen auf weitere Bundesländer ausgebreitet hat, noch nicht vorauszusehen. Voller Optimismus hat sich das Organisations-Team für das Motto der diesjährigen Konferenz entschieden: „Impfen schützt alle – Masern-Elimination ist machbar!“. Der Ausbruch zeigt, dass Elimination nicht ohne zusätzliche Anstrengung zu schaffen ist. Auch wenn die mediale und die Aufmerksamkeit der Bevölkerung nachgelassen haben, kommen immer noch wöchentlich um die 10 bis 20 Neuerkrankungen hinzu.

Wie Ihnen Fr. Dr. Suckau nachher berichten wird, zählen wir in Berlin alleine inzwischen 1.294 Menschen, die an Masern erkrankten. Den Rufenerer, die Masern für eine harmlose Kinderkrankheit halten, stehen 321 Erkrankte gegenüber, die Tage oder gar mehrere Wochen im Krankenhaus behandelt werden mussten. Ganz zu schweigen von dem an Masern verstorbenen Kind. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass die Einführung der Masernimpfung

eine sehr positive Entwicklung einleitete.

Insgesamt hat die Zahl der Erkrankungen seit Einführung der Masernimpfung in den 1970er Jahren rapide abgenommen. Hat früher beinahe jede und jeder von uns die Masern durchgemacht, werden in den letzten Jahren bundesweit jährlich weniger als 2.000 Masernerkrankungen gemeldet. Unsere Erstklässler sind von Jahr zu Jahr besser durchgeimpft: In 2013 waren 96,7 % der in Deutschland untersuchten Kinder einmal und 92,6 % zweimal gegen Masern geimpft.

Damit erreichen wir noch nicht das von der WHO gesetzte Ziel von 95 % für 2 Masernimpfungen, die nötig wären, um die Masern zu eliminieren. Aber wir kommen immer näher an dieses Ziel heran. Wo wir hinsichtlich der Elimination genau stehen, erfahren wir im Vortrag von Herrn Prof. Dr. Razum.

Dieser Masernausbruch zeigt wie die Ausbrüche in den letzten Jahren, dass Kinder nicht mehr den Großteil der Erkrankten bilden: Junge, nach 1970 geborene Erwachsene entwickeln sich zu einer der wichtigsten Zielgruppen für Impfbemühungen. Das stellt uns vor das Problem, Erwachsene, die selten oder nie beim Arzt sind, auf fehlende Impfungen aufmerksam zu machen und Gelegenheiten zum Impfen zu finden. Ebenso zeigt sich, dass Kinder zwar im Einschulungsalter zufriedenstellend geimpft sind; diese Impfungen erfolgen jedoch zu spät. Deshalb sind auch in diesem Ausbruch so viele einjährige Kinder erkrankt (95 in Berlin). Hier muss den Eltern noch besser erklärt werden, warum Kinder so früh wie möglich geimpft werden müssen.

GRÜßWORTE

Eine andere, für reguläre Impfangebote schwer zu erreichende Gruppe bilden Asylbewerber. Menschen, die in ihren Heimatländern oft keine ausreichende medizinische Versorgung erfahren haben und sich mit unserem Gesundheitssystem nicht auskennen, müssen durch aufsuchende Impfangebote erreicht werden.

Diese unterschiedlichsten Gruppen verlangen nach unterschiedlichen Strategien. Ein Hilfsmittel hierzu stellt der „Nationale Aktionsplan 2015-2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland“ dar, der im Vorfeld der Gesundheitsministerkonferenz von allen Bundesländern beschlossen wurde. Eine Reihe von Experten hat im Nationalen Aktionsplan den aktuellen Stand der Masern und Röteln erläutert und vor allem verschiedene Probleme aufgefunden gemacht, für diese Lösungsvorschläge entwickelt und Akteure zur Durchführung dieser spezifischen Maßnahmen benannt. Den Nationalen Aktionsplan wird Ihnen heute Nachmittag Hr. Dr. Hamouda vorstellen.

Nach der Konferenz ist vor der Konferenz: Wenn Sie morgen nach Hause fahren – dann beginnt die eigentliche Arbeit. Alle sind gefragt, in jeder Kommune, in jedem Bundesland die Strategien je nach Bedarf umzusetzen und so den Nationalen Aktionsplan mit Leben zu füllen.

Ich wünsche Ihnen eine aufschlussreiche Konferenz mit neuen Erkenntnissen und lebhaften Diskussionen.



A handwritten signature in black ink that reads "Mario Czaja". The signature is written in a cursive, slightly stylized font.

Mario Czaja
Senator für Gesundheit und Soziales, Berlin

**Sehr geehrter Herr Bundesminister Gröhe,
sehr geehrter Herr Senator Czaja,
sehr geehrte Staatssekretärinnen,
sehr geehrter Herr Professor Wieler,
meine sehr geehrten Damen und Herren,**

ich möchte zu Beginn Ihnen, Herr Prof. Burger, sehr herzlich zur Verleihung des Verdienstkreuzes am Bande gratulieren und wünsche Ihnen alles Gute.

Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder hat im Juni 2007 beschlossen, in regelmäßigen Abständen Nationale Impfkonferenzen durchzuführen. Die 4. Nationale Impfkonferenz wurde zur Ausrichtung an die Länder Berlin und Brandenburg als gemeinsamer Gesundheitsregion vergeben. Und so freue ich mich, Sie als Gesundheitsministerin des Landes Brandenburg hier in Berlin begrüßen zu können.

Herr Senator Czaja hat es schon ausgeführt, die Impfkonferenz steht unter dem Motto: „Impfen schützt alle – Masern-Elimination ist machbar!“. Impfungen gehören zu den wichtigsten präventiven Maßnahmen in der Medizin.

Daher setze ich mich nachdrücklich für möglichst hohe Impfungsraten in der Bevölkerung ein. Durch Impfungen können zahlreiche Infektionskrankheiten und damit auch deren potentiell schwerwiegende Folgen vermieden werden.

Der aktuelle Masernausbruch in Berlin, von dem das Land Brandenburg mit nur 95 Fällen betroffen war, beweist, dass wir uns diesem Thema überregional nachhaltig weiter zuwenden müssen. Ursache für diese Erkrankungen sind maßgeblich Impflücken. Und wie die aktuellen Masernerkrankungszahlen zeigen, kommt

es auf die Impfung jedes einzelnen Kindes an.

Ein wesentlicher Schritt, um bei der Masern-Elimination weiterzukommen, ist der aktualisierte Masern-Röteln-Eliminationsplan von Bund und Ländern, der im Rahmen dieser Nationalen Impfkonferenz vorgestellt wird. Er nimmt eine Bestandsaufnahme vor und formuliert nationale strategische und messbare Ziele. Ferner werden konkrete Maßnahmen genannt sowie mögliche Aktionen und Akteure vorgeschlagen, die zur erfolgreichen Elimination der Masern und Röteln beitragen können.

Die Zielsetzung soll im Wesentlichen durch Aufklärung und Information der Bevölkerung sowie durch die Erhöhung der Impfquote bei Kindern und Erwachsenen erreicht werden. Monitoring und Evaluation sollen diesen Prozess begleiten.

Um konkrete Lösungen zu erarbeiten und den bestehenden Handlungsbedarf im Bereich des Impfens zu präzisieren, werden im Rahmen der Impfkonferenz drei Arbeitsgruppen mit geladenen Experten zu folgenden Themen beraten:

1. „Wie kann der Nationale Aktionsplan Masern und Röteln in den Ländern umgesetzt werden?“,
2. „Impfmodelle in Lebenswelten“ – das heißt in diesem Fall, in den Lebenswelten der Kinder, der Jugendlichen und der Erwachsenen,
3. „Impfhindernisse und Lösungsansätze“.

Auch fachkompetente Expertinnen und Exper-

ten des Landes Brandenburg werden in diesen Arbeitsgruppen vertreten sein, um ihr Wissen und ihre Erfahrungen der Impfaufklärung und Beratung zu vermitteln.

Aktuell wird in der Politik über die Einführung einer Impfpflicht diskutiert.

Im Land Brandenburg wurde bisher bei den Durchimpfungsraten auf eine umfassende Aufklärung und Information gesetzt und den Eltern auf dieser Basis eine individuelle Entscheidung eingeräumt. Brandenburg hat insbesondere bei den Kitakindern hohe Durchimpfungsraten, die flächendeckend bei fast 90 % liegen und bei den Schulkindern sogar im Landesdurchschnitt 95%(!) erreichen. Wir halten eine Impfpflicht für ein Mittel der höchsten Eskalationsstufe und stehen einer Einführung mit viel Vorsicht gegenüber.

Insbesondere den Ausschluss von Kindern von Betreuungs- und Bildungsangeboten, die mit Rechtsansprüchen belegt sind, halten wir nicht für zielführend.

Eltern, die sich nach einer umfassenden und ergebnisoffenen Aufklärung für eine Schutzimpfung ihres Kindes entscheiden, dürften wohl von der medizinischen Notwendigkeit überzeugter sein als Eltern, die aufgrund einer Impfverpflichtung keine individuelle Wahlmöglichkeit haben. Dieser Umstand zeigt sich für Brandenburg auch sehr deutlich in der hohen Durchimpfungsrate. Brandenburg ist aufgrund dessen nach hiesiger Einschätzung auf einem sehr guten Weg, das WHO-Ziel bei Masern allein durch Aufklärung und Information zu erreichen.

Im Rahmen der Impfkampagnen dürfen Jugendliche nicht vergessen werden. Hier zeigen die landesweiten Erhebungen Nachholbedarf.

Das betrifft z. B. auch Impfungen, die vor lebensgefährlichen Hirnhautentzündungen (Impfung gegen Meningokokken), Leberentzündungen (Impfung gegen Hepatitis-B-Viren) oder die Mädchen vor Gebärmutterhalskrebs (HPV-Impfung) schützen.

Eine wichtige Zielgruppe sind dabei Schüler der 6. bis 8. Klassenstufen. Deren Impflücken sollten möglichst geschlossen werden, bevor diese Jahrgänge aus dem traditionellen Interventionsbereich des kinder- und jugendärztlichen Dienstes der Gesundheitsämter „herauswachsen“.

Ich möchte auch den Öffentlichen Gesundheitsdienst an dieser Stelle hervorheben.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist neben der stationären und ambulanten Versorgung die dritte Säule des Gesundheitssystems. Er erfüllt im Gesundheitsschutz, in der Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung sowie in der Koordination regionaler Gesundheitsaufgaben eine unverzichtbare Funktion für die Gesundheit der Bevölkerung. Und dies umfasst natürlich auch den Bereich des Impfens.

Die hohe Verantwortung sowie die Vielfalt der Fachthemen verlangen nach gut qualifiziertem und ausreichendem Personal, sowohl im ärztlichen, aber auch in den nichtärztlichen Bereichen. Als Gesundheitsministerin setzte ich mich dafür ein, den ÖGD nachhaltig zu stärken. Als Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz 2013 hat Brandenburg gemeinsam mit den anderen Ländern den Beschluss gefasst, dass Fachpersonal in angemessener Größenordnung im Öffentlichen Gesundheitsdienst vorhanden sein muss, um eine Aufgabenwahrnehmung in der vom Gesetz vorgesehenen Qualität und Quantität zu realisieren.

Die Gesundheitsministerkonferenz hat die Verantwortlichen in Ländern und Kommunen aufgerufen, den Öffentlichen Gesundheitsdienst weiterzuentwickeln, den neuen Anforderungen anzupassen und die finanziellen und personellen Ressourcen zielgerichtet und effektiv zu stärken. Dieses Ziel dürfen wir nicht aus den Augen verlieren.

Am 01.04.2015 sind die neuen öffentlichen Impfempfehlungen des Landes Brandenburg in Kraft getreten.

Neben den von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Schutzimpfungen für die dort genannten Personenkreise und Indikationen werden für die Bevölkerung im Land Brandenburg zusätzliche Schutzimpfungen öffentlich empfohlen.

Den erweiterten Impfempfehlungen sind die Anwendungsgebiete der Fachinformation des jeweiligen Impfstoffes zugrunde gelegt worden. So wird jetzt die Schutzimpfung gegen Masern bereits ab dem 9. Lebensmonat vom Land Brandenburg empfohlen. Dieses war ein dringliches Anliegen von Kinder- und Jugendärzten im Rahmen des aktuellen Masernausbruchs.

Eine gute Zusammenarbeit aller Partner ist der Schlüssel zum Erfolg. In Deutschland gibt es eine Vielzahl von Behörden und Einrichtungen, die in die Impfprävention eingebunden sind.

Die wichtigsten Akteure sind zweifelsohne der Öffentliche Gesundheitsdienst, die Ärzteschaft und die Krankenversicherungen, die in unserem Impfwesen unterschiedliche Aufgaben wahrnehmen. Sie leisten alle gute Arbeit, die durch kontinuierliche Zunahme der Impfquoten in den letzten Jahren dokumentiert wird. Aber was gut ist, kann noch besser werden.

Deshalb werde ich als Gesundheitsministerin in meinem Engagement nicht nachlassen, mich für die konsequente Durchführung von Schutzimpfungen einzusetzen und die Zusammenarbeit der beteiligten Akteure weiter zu befördern.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen einen interessanten Austausch und eine erfolgreiche Konferenz!



A handwritten signature in black ink that reads "Diana Golze". The signature is written in a cursive, flowing style.

Diana Golze
Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit,
Frauen und Familie, Brandenburg

Sehr geehrte Damen und Herren,

getroffene Entscheidungen kennzeichnen wir häufig mit einem handschriftlichen Kreuzchen. Bei Wahlen einer Partei oder eines Direktkandidaten stehen sie stellvertretend für unsere Stimme. Bei Multiple-Choice-Fragen markieren wir so die vermeintlich richtige Antwort.

Und manchen Kreuzchen geht eine Entscheidung voraus, die unsere Gesundheit im guten Sinne beeinflussen kann. Sie zeigen (im gelben Impfpass), dass wir geimpft wurden. Eine Entscheidung, die auch ich für mich getroffen habe.

Impfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten präventiven Maßnahmen, wenn es darum geht, Infektionskrankheiten zu verhindern.

Wer sich impfen lässt, zeigt Verantwortung – für sich und die Gesellschaft. Sind ausreichend viele Menschen gegen eine Infektionskrankheit geimpft, bietet dies auch Säuglingen, die für eine Impfung noch zu klein sind, oder Menschen, die aufgrund einer Erkrankung nicht geimpft werden dürfen oder können, einen Schutz vor Ansteckung.

Die Masernausbrüche in Berlin und in anderen Regionen Deutschlands seit dem Herbst 2014 haben deutlich gemacht, wie wichtig eine hohe Impfquote ist. Allein in Berlin wurden in diesem Jahr deutlich mehr als 1.100 Masernfälle gemeldet (1.165, Stand 15.06.2015). Jeder vierte Betroffene musste in einem Krankenhaus behandelt werden, so schwer waren die Folgen der Erkrankung. Ein maßgeblicher Grund für die starke Verbreitung der Masern in Berlin und zunehmend auch in anderen Bundesländern sind die großen Impflücken bei Jugendlichen

und jungen Erwachsenen. Bei drei von vier Erkrankten fehlten die entsprechenden Kreuzchen im Impfpass. Sie waren nicht gegen das Virus geimpft.

Nicht nur das Motto der vierten Nationalen Impfkonzferenz **„Impfen schützt alle – Masern-Elimination ist machbar!“**, sondern auch der Zeitpunkt sind daher treffend gewählt. Die Nationale Impfkonzferenz ist für uns eine gute Gelegenheit, die Fortschritte allgemein auf dem Gebiet der Impfprävention auch im Hinblick auf die aktuelle Situation zu überprüfen und die notwendigen Maßnahmen anzupassen.

Dass auch wir als Bundesregierung uns hier in der Verantwortung sehen, darüber möchte ich mit Ihnen sprechen. Ich freue mich daher sehr, heute hier zu sein. Herzlichen Dank für die Einladung!

Meine Damen und Herren, grundsätzlich ist die Impfbereitschaft bei den Menschen in unserem Land sehr hoch. Ganz besonders wenn es um Kinder geht. Im Jahr 2012 waren über 95 Prozent der Schulanfänger gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Kinderlähmung sowie mindestens einmal gegen Masern, Mumps und Röteln geimpft (Quelle RKI, Stand: 07.01.2015).

Aber – in vielen Fällen erfolgen Impfungen noch immer zu spät. Erschwerend kommt hinzu, dass Auffrischungsimpfungen teilweise gar nicht mehr wahrgenommen werden. Dabei sind sie – bleiben wir bei dem Beispiel Masern – häufig sogar notwendig, um einen sicheren Impfschutz aufzubauen. Der einfachen Tatsache, dass nur ein vollständiger Impfschutz Masern, aber auch selten gewordenen Krankheiten wie Polio vorbeugt, sind sich auch bei uns im Land immer weniger Menschen

bewusst. Unser Wohlstand und unsere gute medizinische Versorgung in Deutschland verführen dazu, unvorsichtig zu werden.

Dadurch ergeben sich Impflücken, insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Auch wenn die meisten Masern-Erkrankungen glücklicherweise folgenlos bleiben, kommt es in einigen Fällen zu schweren oder sogar lebensbedrohenden Begleitkrankheiten bis hin zu Lungen- oder Gehirnentzündungen. Das Risiko, solche schwerwiegenden Komplikationen zu erleiden, besteht vor allem in den ersten zwei Lebensjahren und steigt mit dem 20. Lebensjahr deutlich an.

Wer leichtfertig eine Impfung ablehnt, gefährdet auch die, die aus gesundheitlichen Gründen nicht geimpft werden können. Deshalb werden wir als Bundesregierung mit dem „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ unter anderem die Aufmerksamkeit der Eltern für dieses wichtige Thema wieder steigern.

So sollen künftig alle Routine-Gesundheitsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene auch zur Überprüfung des Impfstatus genutzt werden. Eltern, deren Kinder zum Beispiel in eine Kindertagesstätte aufgenommen werden, brauchen künftig eine ärztliche Beratung zu den empfohlenen Impfungen. Der Nachweis, dass dieses Beratungsangebot genutzt wurde, ist bei der Kita-Anmeldung vorzulegen. Damit soll erreicht werden, dass mehr Kindergarten-Kinder und Kinder unter drei Jahren über einen vollständigen Impfschutz verfügen.

Das ist sinnvoll, weil gerade bei gefährlichen Krankheiten, wie etwa Masern, kleine Kinder ein erhöhtes Erkrankungsrisiko haben und auch das

Ansteckungsrisiko in Gemeinschaftseinrichtungen, wie der Kita, zunimmt.

Die Beratung dient dazu, nicht nur die Eltern verstärkt über solche gefährliche Krankheiten und Möglichkeiten des Schutzes ihres Kindes aufzuklären und den Impfschutz zu verbessern. Auch den eigenen. Denn erst das schützt jeden Einzelnen und die ganze Familie.

Mit dem Präventionsgesetz ergreifen wir weitere wichtige Maßnahmen, um die Impfbereitschaft zu steigern:

- In Zukunft müssen alle Gesundheitsuntersuchungen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen genutzt werden, um den Impfschutz zu überprüfen und wichtige Schutzimpfungen vorzunehmen.
- Alle Ärzte, auch Betriebsärzte, sollen alle Patienten impfen und das mit der Krankenkasse abrechnen können.
- Und die Gesundheitsämter der Länder sollen beim Auftreten von Masern schneller reagieren: Um die Kleinsten besser zu schützen und um die Weiterverbreitung von Masern in Gemeinschaftseinrichtungen wie Kitas oder Schulen zu verhindern, können die Gesundheitsämter ungeimpfte Kinder vorübergehend vom Besuch der Gemeinschaftseinrichtung ausschließen.
- Gleichzeitig können Versicherte, die empfohlene Schutzimpfungen vornehmen, durch einen Bonus der Krankenkasse belohnt werden und der Impfausweis wird übersichtlicher.
- Patienten müssen sich darauf verlassen können, im Krankenhaus gut geschützt zu sein. Vermeidbare Ansteckungen durch ungeimpftes medizinisches Personal darf es nicht geben. Künftig dürfen daher medizinische

Einrichtungen eine Einstellung von Beschäftigten vom Bestehen eines erforderlichen Impf- und Immunschutzes abhängig machen.

Das Präventionsgesetz wird heute im Bundestag abschließend beraten. Ich bin davon überzeugt, dass wir mit ihm einen weiteren wichtigen Schritt machen, Ausbrüche wie die der Masern in Zukunft weitgehend zu verhindern.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

es ist möglich, einzelne Krankheitserreger regional, im besten Fall sogar weltweit auszurotten. Pocken sind hierfür ein gutes Beispiel und auch bei der so genannten Kinderlähmung sind wir auf einem guten Weg. Nord- und Südamerika gelten seit 1994 als poliofrei, der westpazifische Raum seit 2000, der europäische Raum seit 2002 und Südostasien seit 2014. Damit leben 80 % der Weltbevölkerung heute in poliofreien Gebieten. Dank der bislang größten öffentlich-privaten Public-Health-Initiative, getragen durch die WHO, UNICEF, Rotary International, die Centers for Disease Control und ihre Partner konnte bereits 2004 eine Abnahme der weltweit registrierten Polio-Fälle um 99 % vermeldet werden.

Auch im Kampf gegen die Masern gab es in den vergangenen Jahren weltweit bedeutende Fortschritte. Von 2000 bis 2011 sank nach Angaben der WHO die Zahl der Maserntodesfälle von 542.000 auf 158.000. In Europa konnten wir ebenfalls in den vergangenen zwei Jahrzehnten die Masern-Fallzahlen deutlich reduzieren.

Die Mitgliedstaaten der europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation haben sich das Ziel gesetzt, die Masern und Röteln in Europa bis Ende 2015 zu eliminieren. Neben Deutschland

unterstützen 52 Mitgliedstaaten der WHO-Region Europa das Ziel der Röteln- und Masern-Elimination durch Impfprogramme.

Der aktuelle Masernausbruch ist ein Rückschlag, das muss man ganz offen sagen. Aber wenn wir in unseren Bemühungen, die Impfquote zu steigern, nicht nachlassen, werden wir auch dieses Ziel erreichen – da bin ich mir sicher.

Helfen wird uns dabei das Nationale Interventionsprogramm „Masern, Mumps, Röteln (MMR)“, das 1999 erarbeitet und seit Juli vergangenen Jahres von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe am Robert Koch-Institut aktualisiert wurde. Der daraus entstandene Entwurf des „Nationalen Aktionsplans zur Masern/Röteln-Eliminierung für 2015-2020“ wurde auf der von meinem Haus finanzierten „Nationalen Konferenz zum Stand der Elimination der Masern und Röteln in Deutschland“ am 11.12.2014 erstmals einem größeren Expertenkreis vorgestellt.

Er umfasst eine ausführliche Sachstandsanalyse zur Masern- und Rötelsituation und liefert wichtige Hinweise für Zielgruppen mit besonderem Handlungsbedarf und Gründen für nichterfolgte Impfungen. Kernstück des Entwurfs des Aktionsplans sind die strategischen und messbaren Ziele und die Vorschläge für mögliche Maßnahmen zur Zielerreichung.

Der Entwurf des Plans wurde mit allen relevanten Akteuren, Verbänden und Fachgesellschaften abgestimmt und an einigen Stellen angepasst. Er ist ein Gemeinschaftswerk – dies haben auch der einstimmige Beschluss auf der 88. Gesundheitsministerkonferenz und der Beschluss des 118. Deutschen Ärztetags gezeigt.

GRÜßWORTE

Der Entwurf des „Nationalen Aktionsplans zur Elimination der Masern und Röteln für 2015-2020“, der auf Ihrer Konferenz nun offiziell vorgestellt wird, kann einen wichtigen Beitrag zur Masern- und Rötelnelimination leisten. Ich bedanke mich bei allen an der Erarbeitung des Aktionsplans Beteiligten und rufe sie zugleich dazu auf, sich genauso stark an der Umsetzung zu beteiligen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

erlauben Sie bitte, dass ich zum Schluss noch eine Person besonders herausgreife, die sich des heutigen Themas besonders verpflichtet gefühlt hat.

Rund viereinhalb Jahre waren Sie, sehr geehrter Herr Professor Burger, Präsident, davor langjährig Vizepräsident des Robert Koch-Instituts. Aber auch bevor Sie am RKI beruflich tätig wurden, haben Sie sich intensiv mit Infektionskrankheiten befasst.

Als Vizepräsident und späterer Präsident des RKI waren Sie maßgeblich damit befasst, das Institut in den zentralen Arbeitsfeldern Infektionskrankheiten, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung in Richtung auf ein modernes Public Health-Institut umzubauen.

Da passt es wunderbar, dass Senator Czaja Ihnen heute auf der Nationalen Impfkonzferenz den Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland am Bande überreicht hat. Zu dieser ehrenvollen Auszeichnung gratuliere ich Ihnen von ganzem Herzen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, lassen Sie mich zusammenfassen: Deutschland hat in den vergangenen Jahren im Bereich der Masernimpfung bei Kindern wichtige Fortschritte erzielt. Wie die aktuellen Fälle zeigen, dürfen wir in diesen

Anstrengungen nicht nachlassen.

Ich bin überzeugt, dass Sie morgen schon weitere Kreuzchen setzen können:

- bei der konkreten Planung zur Umsetzung des Nationalen Aktionsplans zur Eliminierung der Masern und Röteln,
- bei Impfmodellen und der Identifizierung von neuen Lösungsansätzen im Kampf gegen Infektionserkrankungen.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit, wünsche gute Gespräche und Ergebnisse und freue mich auf den weiteren Verlauf heute und morgen.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Hermann Gröhe', written in a cursive style.

Hermann Gröhe
Bundesminister für Gesundheit

Impfen – Nein Danke

Psychologische Hintergründe der intuitiven Risikowahrnehmung¹

Prof. Ortwin Renn

Universität Stuttgart, Institut für Sozialwissenschaften, Stuttgart

Einleitung

Europa vor 6.000 Jahren: Drei Vertreter der Gattung *Homo sapiens* sitzen vor ihrer Höhle und unterhalten sich. „Wir haben absolut sauberes Wasser“, sagt der erste. „Ja“, bestätigt der zweite, „wir ernähren uns auch rein biologisch und haben keinen Job-Stress.“ „Stimmt“, grübelt der dritte, „klingt paradiesisch, aber wir werden höchstens 30 Jahre alt.“ In Deutschland liegt die durchschnittliche Lebenserwartung für Frauen heute dagegen bei 84 und für Männer bei 81 Jahren. Zu verdanken ist diese äußerst positive Entwicklung vor allem vier Faktoren: einer angemessenen und ausgewogenen Ernährung, dem medizinischen und technischen Fortschritt, relativ guter sozialer Absicherung für alle Gesellschaftsmitglieder, auch für die ärmeren Schichten, und hohen Hygienestandards². Die Lebens- und Gesundheitsrisiken haben allein dadurch über Jahrzehnte stetig abgenommen und tun es heute noch.

Nichtsdestotrotz zeigen aktuelle Umfragen, dass die Mehrheit der deutschen Bevölkerung der Überzeugung ist, dass unser Leben immer gefährlicher und risikoreicher wird. Ist es nicht so, dass wir immer häufiger in den Medien neue Lebensmittelskandale oder „Umweltsauereien“ vorgeführt bekommen, dass immer mehr Men-

schen durch die moderne Technik bedroht und durch Umweltbelastungen in ihrer Gesundheit gefährdet werden? Die Antwort auf diese Frage ist bestechend einfach. Sie lautet „Nein“.

Ein Beispiel³: Von 100.000 Deutschen sterben aktuellen Statistiken zufolge 26.000 an Krebs. Krebserkrankungen sind damit hierzulande die Todesursache Nummer 1 für Menschen bis zum 70. Lebensjahr. Bei 11.000 von den 26.000 Krebstoten waren Auslöser der Erkrankung sehr wahrscheinlich das Rauchen oder eine falsche Ernährung: Stichwort Übergewicht. Aber in nur 26 Fällen (mit einem Konfidenzintervall von rund 0-120) kann der Krebs auf Pestizidrückstände oder chemische Konservierungsmittel in Lebensmitteln zurückgeführt werden, so die allgemeine medizinische Einschätzung. Einige Umweltorganisationen halten diese Angaben für zu niedrig und sprechen von bis zu 240 Fällen pro 100.000 Einwohner. Auch dies ist eine immer noch verschwindend geringe Zahl. Dennoch nennen die Deutschen in Umfragen Pestizidrückstände als eines der aktuell größten Gesundheitsrisiken. Die Schweizer Bürgerinnen und Bürger haben dies sogar zum Lebensrisiko Nummer 1 erkoren, noch vor Autounfällen oder Rauchen⁴. Unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel, Alkoholkonsum und Rauchen – also die vier Ursachen, auf die

sich in Deutschland weitaus mehr als die Hälfte aller frühzeitigen Todesfälle zurückführen lassen – spielen in der allgemeinen Risikowahrnehmung dagegen kaum eine Rolle.

Ähnliche Phänomene treten auch beim Impfverhalten auf. Die Risiken der Nebenwirkungen von Impfungen sind in der Regel um einen Faktor 10 bis 100 geringer als die entsprechenden Risiken der Nichtimpfung, wenn es um schwere Gesundheitsschäden oder sogar Todesfälle geht. Das gilt auch und gerade für Masern. Weltweit liegt das Risiko, durch Masern eine lebensgefährliche Hirnhautentzündung zu bekommen, bei rund 10 Fällen pro 10.000 Erkrankten. Von 10.000 geimpften Personen werden statistisch gesehen aber nur 0,1 diese Nebenfolge erleiden⁵. Zwischen diesen beiden Zahlen liegt ein Faktor von 100. Dazu kommt noch, dass mit einer hohen Durchimpfungsrate nicht nur Individuen besser geschützt sind, sondern auch die Krankheit kollektiv ausgeschlossen und langfristig der Erreger ausgeschaltet werden kann⁶. Trotz dieser eindeutigen statistischen Werte steigt die Zahl derjenigen, die sich gegen eine Impfung entscheiden. So schätzen 43 % der impfskeptischen Eltern z.B. Masern als nicht gefährlich ein, glauben aber, dass die Impfung gegen Masern eine hohe Gesundheitsbelastung mit sich bringen würde⁷.

Wie lässt sich dieses Phänomen erklären? Warum fürchten wir uns vor Gefahren und Risiken, die nach bester wissenschaftlicher Erkenntnis wenig Schaden anrichten, und warum verschließen wir unsere Augen gleichzeitig vor Risiken oder ignorieren sie in unserem Verhalten weitgehend, die uns erheblich bedrohen? Um diese Frage zu beantworten, wollen wir einige

wesentliche Erkenntnisse aus der psychologischen, sozialpsychologischen und soziologischen Forschung über das intuitive Entscheidungs- und Wahrnehmungsverhalten Revue passieren lassen und sie auf die Frage nach den Wahrnehmungsmustern über Risiken, insbesondere in Bezug auf Impfverhalten beziehen. In den folgenden Ausführungen werde ich die wesentlichen Argumente und Einsichten aus dieser Forschungstradition aufzeigen und dies in den Rahmen einer idealtypischen Entscheidungssequenz einbauen.

Der Beginn unserer Forschungsreise: die Wahrnehmung von Signalen aus der Umwelt

Beginnen wir unsere Reise in den Prozess der Risikowahrnehmung mit der Aufnahme von physischen Signalen durch unsere Sinnesorgane und der Rezeption von Kommunikationsangeboten durch andere. Diese Angebote an direkten Sinneseindrücken und kommunikativen Informationen trommeln täglich in nahezu unendlicher Zahl und Form auf unsere Sinnesorgane ein. Obgleich es keine verlässlichen Zahlen dafür gibt, wie viele Informationen tagtäglich auf uns einprasseln und wie viele wir davon unbewusst oder bewusst aufnehmen, so kann man doch davon ausgehen, dass mehr als 99 % aller Signale, denen wir im Verlauf eines Tages ausgesetzt sind, schlichtweg ignoriert werden⁸. Davon wird lediglich ein Bruchteil in unserem Kurzzeitgedächtnis abgespeichert und davon wiederum nur ein Bruchteil langfristig behalten⁹. Wenn ich jemanden fragen würde, was er oder sie am 13.06.2014 alles getan und erlebt hat, dann werden die meisten der Befragten keinerlei Erinnerungen an diesen Tag haben, es sei denn, genau an diesem Tag

war ein besonders eindrucksvolles Erlebnis, das sich nachhaltig in dem Gedächtnis der Befragten niedergeschlagen hat.

Aus der Einsicht heraus, dass wir die meisten Sinneseindrücke ignorieren und die Überzahl der Kommunikationsangebote bewusst oder unbewusst ausschlagen, ergibt sich die naheliegende Frage, wie wir die Signale auswählen, denen wir Beachtung schenken. Die beiden Sozialpsychologinnen Alice Eagly und Shelly Chaiken haben diese Frage auf zwei einfache Aspekte reduziert: Gelegenheit (ability) und Motivation (motivation)¹⁰. Zunächst einmal müssen uns diese Signale physisch erreichen und zwar so, dass wir ihnen eine Bedeutung zuerkennen (können). Eine bloße Geräuschkulisse wird in der Regel zu keiner Zuschreibung von Bedeutungen führen. Gelegenheit bedeutet: Die Signale erreichen uns physisch, werden zumindest kurzfristig in unserem Gehirn gespeichert und im Falle der bewussten Aufnahme mit einer bestimmten Bedeutung versehen.

Was ist uns wichtig? Grundlegende Kriterien für die Auswahl von Informationen

Bleiben wir bei der bewussten Auswahl von Signalen: Nach welchen Selektionsregeln wählen wir aus? Hier spielt der zweite Aspekt, die Motivation, eine große Rolle. Die Antwort ist zunächst verblüffend einfach: Wir selektieren und speichern die Angebote an Informationen und Sinneseindrücke danach, wie wichtig sie uns für die gerade ablaufende Situation und für unser Leben insgesamt erscheinen¹¹. Wichtig ist vor allem das, was uns hilft, uns in unserer Umwelt zurechtzufinden und aus unserer Sicht bessere Entscheidungen zu treffen¹². Trotz

des unbestreitbar subjektiven Charakters der Zuschreibung von Wichtigkeit lassen sich vier generelle Kriterien für diesen Auswahlprozess angeben¹³:

- a. *Orientierung*: Um uns in der Welt zurechtzufinden, brauchen wir Informationen über die uns umgebende Wirklichkeit und Einsichten in sinngebende Ablaufprozesse, die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft miteinander verknüpfen. Wir müssen wissen, was wir von den anderen zu erwarten haben und was die anderen von uns erwarten. Damit erwerben wir Wissen, das uns mit unserer natürlichen und sozialen Umwelt und ihren Gesetzmäßigkeiten vertraut macht.
- b. *Selbstwirksamkeit*: Wir benötigen Informationen, die uns helfen, Handlungen auszuführen. Darunter fallen: Optionen erkennen, Folgen von Optionen abschätzen, Wünschbarkeit dieser Folgen bestimmen und den eigenen Handlungsspielraum erkennen.
- c. *Nutzen*: Bei allen Informationen ist uns wichtig zu erfahren, ob sie uns selber oder anderen, die uns nahestehen, etwas nützen. Sie müssen also unseren Interessen dienen. Wir hören eher hin, wenn jemand behauptet, diese Information wäre für unser Wohlergehen nützlich, als wenn jemand uns über eine Sachlage aufklären will. Ohne Informationen über den Nutzen können wir auch schwer die Wünschbarkeit der vor uns liegenden Entscheidungsoptionen beurteilen.
- d. *Identität*: Schließlich sind Informationen bedeutsam, die uns helfen, unsere eigene Rolle im sozialen Umfeld zu definieren und

uns als ganzheitliches, integrales Wesen zu begreifen. Dazu gehören moralische Orientierungen ebenso wie persönliche Präferenzen und Vorlieben. Alles, was uns hilft, diese unsere eigene Persönlichkeit stärker zur Entfaltung zu bringen, wird in der Regel die Selektionsfilter der Aufmerksamkeit durchlaufen.

Blieben wir kurz bei diesen vier generellen Kriterien für die Auswahl von Informationen und Signalen. Um für uns Orientierungssicherheit zu erhalten, sammeln wir zunächst einmal Informationen ein, die uns durch unsere Sinnesorgane vermittelt werden. Allerdings dürfen wir dabei nicht vergessen, dass diese Organe nichts anderes als physische Signale weiterleiten, die wir dann erst mit Bedeutungen belegen¹⁴. Da alle sinnlichen Wahrnehmungen auf Interpretation beruhen, können sie nicht von sich aus wahr oder falsch sein. Erst durch unser Handeln, durch gezielte Interventionen in unsere Umgebung und durch das Erkunden der Welt gemeinsam mit anderen werden aus einzelnen Deutungsmustern die kollektiv konstruierte und vermittelte Realität¹⁵.

Dies ist für die Frage der Akzeptanz von Impfungen von besonderer Bedeutung. Denn nicht die abstrakten Zahlen der Impfstatistik prägen die Informationsaufnahme, sondern die Assoziationen, die mit dem Impfvorgang verbunden werden. Solche Assoziationen sind gerade bei Impfungen durch Attribute wie „un“- oder „widernatürlich“, „profitabel für die Pharmaindustrie, mit wenig Nutzen für die Normalbürger“ und Aussagen wie „verwundet die Integrität meines sensiblen Kindes“ oder „auf mich kommt es dabei sowieso nicht an“ geprägt.

Durch Assoziationen konstruierte Realitäten sind umso eher mit der wie auch immer definierten realen Welt in Widerspruch, wenn es dem Betrachter an Erfahrungswerten mangelt oder er auf Wissen anderer angewiesen ist. Bei den traditionellen Risiken aus der vorindustriellen Zeit war der Prozess der Wahrnehmung vor allem durch Erfahrungslernen geprägt. Hatte man mehrfach von einem Lebensmittel Magenkrämpfe bekommen, dann ließ man es in Zukunft lieber links liegen. Bei Unfällen war offenkundig, welche Ursache für das Missgeschick verantwortlich war, und bei Krankheiten und Epidemien lag die Ursache außerhalb der eigenen Handlungssphäre und konnte damit nur metaphysisch oder als Laune der Natur gedeutet werden¹⁶. Mit der Zunahme komplexer Modelle zur Ableitung naturwissenschaftlicher Erkenntnisse, mit der Abnahme offensichtlich und für alle deutlich wahrnehmbarer Gefährdungen und mit der Zunahme der Distanz zwischen den Erzeugern von Risiken (beispielsweise Industrieunternehmen) und den Erleidern von Risiken (zum Beispiel Konsumenten, die Produkte von diesen Industrieunternehmen nutzen) ist die unmittelbar wahrnehmbare Verbindung von Ursachen und Wirkungen verloren gegangen.

Diese Angewiesenheit auf Informationen von Experten, deren Gültigkeit und Wahrheit wir selber nicht nachprüfen können, führt zu einer Reihe von psychologischen Mechanismen der Orientierungssuche. Psychologen haben diese eingehend untersucht. Vier sind für unsere Thematik besonders aufschlussreich: die *Faustregeln der Verfügbarkeit, der Verankerung, der Repräsentativität und der affektiven Aufladung*¹⁷.

Die Faustregel der *Verfügbarkeit* sagt aus,

dass wir den Informationen vermehrt Glauben schenken, die direkt an gespeicherte Erinnerungen aus der Vergangenheit anknüpfen und die analog sind zu Informationen, an die wir schon immer glaubten. Auf das Thema Impfen übertragen bedeutet diese Faustregel, dass wir uns eher an einen Fall von Impfunverträglichkeit erinnern als an einen Fall, in dem jemand z.B. an Masern verstorben ist. Dies wird auch häufig als Impfparadox angesehen. Je wirksamer die Durchimpfungsquote, desto geringer die Wahrscheinlichkeit, dass jemand erkrankt, und umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass jemand die Nebenwirkungen der Impfung zu spüren bekommt. Das bleibt dann im Gedächtnis haften.

Die Faustregel der *Verankerung* besagt, dass Menschen vor allem Gedankenanker benutzen, die sich in der Vergangenheit schon bewährt haben. Wenn ich weiß, dass die Kinder der Nachbarn alle Impfungen ausgelassen haben und trotzdem nicht erkrankt sind, dann bin ich sehr versucht, mein Kind auch nicht impfen zu lassen, zumal es immer ein „Mordsgeschrei“ gibt, wenn sich der Arzt mit der Spritze dem Kind nähert.

Die Faustregel der *Repräsentativität* umfasst alle Formen, aus Einzelbeobachtungen Schlüsse auf die Gesamtheit zu ziehen. Sind wir mit Informationen oder Beobachtungen konfrontiert, die verallgemeinerungsfähige Schlüsse nahelegen, dann sind wir umso eher geneigt, diese Schlüsse auch zu ziehen und für wahr zu halten, je redundanter die Informationen vorliegen, je häufiger wir ein zeitliches oder örtliches Zusammentreffen von vermeintlichen Auslösern und deren Wirkungen wahrnehmen und je mehr Assoziationen wir mit dieser Verallgemeinerung

verbinden können. Die Faustregel der Repräsentativität ist mit dafür verantwortlich, dass wir häufig statistische Zahlen ignorieren und lieber auf Erfahrungswerte vertrauen, selbst wenn sie im Sinne der Statistik keineswegs repräsentativ sind. Vor allem aber hat sie Auswirkungen auf die vermutete Kausalität. Wenn jemand direkt nach der Impfung irgendeine gesundheitlichen Beschwerden verspürt, wird dies der Impfung zugesprochen. Wenn man aber eine schwere Erkrankung erleidet, kommt niemand auf die Idee, dass man diese durch eine frühzeitige Impfung hätte verhindern können.

Die letzte Faustregel bezieht sich auf die *affektive Aufladung*. Damit ist die emotionale Gerichtetheit einer Entscheidung angesprochen. Wenn ich mit einer Impfung Schmerz und Unannehmlichkeit verbinde, dann finde ich tausend „rationale“ Gründe, warum ich mich nicht impfen lassen sollte. Dies wird noch dadurch verstärkt, dass ich gegenüber den anderen nicht als „Weichei“ gelten will, also nach außen den Helden geben möchte, der aber aus strikt sachlichen Gründen eine Impfung ablehnt.

Alle vier Faustregeln helfen uns, komplexe und widersprüchliche Informationen schnell und ohne größere innere Konflikte zu bearbeiten. Allerdings führen sie uns auch häufig genug in die Irre, weil sie komplexe Sachverhalte unsachgemäß vereinfachen und uns eine Sicherheit des eigenen Urteils vorgaukeln, die nach bestem Wissen aller Experten nicht gerechtfertigt ist.

Nutzen, Selbstwirksamkeit und Identität

Die Steuerung durch diese Faustregeln wirkt sich auch auf die anderen drei oben erwähn-

ten Selektionskriterien für die Auswahl von Informationen nach subjektiver Wichtigkeit aus. Nehmen wir zunächst den *Nutzen*: Botschaften, von denen ich mir einen direkten Nutzen verspreche, dienen häufig als Anker für die Suche nach weiteren Informationen¹⁸. Interesse moderiert also unsere Suche nach Orientierung. Wenn ich mich impfen lassen *will*, suche ich nach Informationen, die das Risiko als gering und beherrschbar erscheinen lassen, während ich als Impfgegner Informationen bevorzuge, die mir die Gewissheit vermitteln, dass ich mit jeder Impfung ein hohes Gesundheits- und Lebensrisiko eingehe. Häufig bin ich mir der geringen Wahrscheinlichkeit einer schweren Nebenwirkung durchaus bewusst, aber ich bin der festen Überzeugung, dass es mich treffen wird, weil ich immer das „Geglümte Eichhörnchen“ bin, auf das alle unwahrscheinlichen Ereignisse stets zutreffen. Für alle Risiken, die ich vermeiden will, bevorzuge ich das Motto „better safe than sorry“, während ich für die Risiken, die ich für mich selber als akzeptabel oder sogar wünschenswert gewählt habe, lieber das Motto wähle: „Es trifft nur die anderen!“

Die Faustregel der Repräsentativität steht wiederum in engem Einklang mit dem Wunsch der *Selbstwirksamkeit*. Um handeln zu können, muss ich relativ schnell Schlussfolgerungen ziehen, die ich aus singulären Erfahrungen gewonnen habe. Wenn ich jedes Mal an der Verallgemeinerungsfähigkeit meiner persönlichen Erfahrung zweifele, bleibe ich immobil. Von daher ist die Nutzung von Faustregeln bei der Bewältigung von Alltagsproblemen unumgänglich. Der Psychologe Gerd Gigerenzer weist zurecht darauf hin, dass sich diese Faustregeln in der Evolution bewährt und bei vielen Alltagssitua-

tionen, aber auch bei schwierigen Entscheidungssituationen, in denen hohe Unsicherheit herrscht, den komplizierten Modellen von Experten überlegen sind¹⁹. Aus meiner Sicht führen uns diese Faustregeln aber dann in die falsche Richtung, wenn sie für die Erfassung und Lösung komplexer Probleme angewandt werden²⁰. Denn dafür sind diese Faustregeln gerade nicht geschaffen. Es geht bei ihnen um Schnelligkeit und rasche, eindeutige Entscheidungsfähigkeit. Im Konflikt zwischen Komplexität und Handlungsfähigkeit steht bei den Faustregeln die Handlungsfähigkeit im Vordergrund. Wenn wir beispielsweise lesen, dass es bei Impfungen zu einer Häufung von Nebenwirkungen gekommen ist, dann ist es naheliegend, auf den nächsten Impftermin zu verzichten. Es mag aber sein, dass die Risiken, eine entsprechende Erkrankung wegen fehlender Impfung zu erleiden, wesentlich höher sind. Das Risiko einer basalen Erkrankung wie Masern oder Mumps ist dabei wesentlich höher einzustufen als das Risiko einer möglichen Nebenwirkung der Impfung, selbst wenn diese gerade in den Medien starke Beachtung findet.

Auch die affektive Aufladung spielt in diesem Zusammenhang eine wesentliche Rolle und ist in direkter Verbindung zur Ausbildung von Identität zu sehen²¹. Damit wir eine für uns einzigartige Identität entwickeln können, sind emotionale Assoziationen zu bestimmten Deutungsmustern und persönliche Präferenzen für das, was wir mögen, und das, was wir weniger mögen, unerlässlich. Sie definieren uns als Wesen mit unverkennbaren Vorlieben, Neigungen und affektiv geladenen Überzeugungen. Die Entwicklung dieser persönlichen Note, also die Herausbildung einer eigenen, unverkennbaren

Duftmarke, ist das Ergebnis von vorgegebenen genetischen Anlagen und der Sozialisation in die uns umgebende Gesellschaft und Kultur. Obwohl sich unser Selbstbild im Zeitverlauf wandelt und viele verschiedene Rollenmuster in sich vereint²², haben wir dennoch das Gefühl der Kontinuität unseres eigenen Ichs, das wir auch pflegen und kultivieren. Dies führt dazu, dass wir bei der Auswahl von Informationen nur solche Signale auswählen, die unser Selbstwertgefühl als Individuum stärken und unser Selbstbild unterstützen²³. Ein in ferner Zukunft liegendes Risiko einer ernsthaften Erkrankung kann dann weniger Valenz für unser Selbstbild haben als eine von uns emotional abgelehnte Impfung. Das gilt vor allem für Eltern, die ihre Kinder impfen lassen müssen. Ihnen willentlich Schmerz zuzufügen, ist emotional viel schwieriger auszuhalten als die entfernte Chance einer schicksalhaften, von ihnen unbeeinflusste Erkrankung in der Zukunft.

Aber selbst wenn wir die statistischen und medizinisch geprüften Informationen bewusst aufgenommen haben, die bei vielen Impfgegnern die eigenen Vorstellungen und Vorlieben infrage stellen, helfen uns die Mechanismen der kognitiven Dissonanzreduktion dazu, diese inneren Konflikte aufzulösen und unser Selbstbild erneut zu stärken²⁴. Mit diesem sperrigen Fremdwort der Dissonanzreduktion ist die physische Bewältigung von erlebten Widersprüchen gemeint. Wenn wir zum Beispiel lesen, dass Nebenwirkungen bei Impfungen viel seltener auftreten, als wir angenommen haben, dann kann diese Information im Gegensatz zu unseren eigenen Überzeugungen und zu unserem Verhalten stehen. Das erzeugt Dissonanz. Psychische Mechanismen, solche Dis-

sonanzen besser zu bewältigen, umfassen die Infragestellung der Glaubwürdigkeit von Informanten, die solche Informationen bereitstellen, die aktive Suche nach Bestätigung für unsere lieb gewonnenen Einstellungen und Vorlieben (etwa im Internet) sowie die Herabstufung der Wichtigkeit und Relevanz der unser Wohlgefühl infrage stellenden Informationen.

Riskante Wahrnehmung: Bedeutungen und Bewertungen von Risiken

Der nächste Schritt in der Weiterverarbeitung der Informationen, die ich bewusst aufgenommen und auch schon nach den verschiedenen Faustregeln ausgewertet habe, besteht in der Dekodierung und Überprüfung der Botschaften, die ich in Form von physischen oder kommunikativen Signalen erhalte. Keineswegs ist es so, dass die vom Sender intendierte Botschaft genauso beim Empfänger ankommt und auch so von ihm verstanden wird. Aus Medienstudien wissen wir, dass die Konsumenten von Medienangeboten sehr selektiv Botschaften interpretieren, die sie auf der Basis der vorliegenden Informationsangebote zu eigenen Sinnmustern zusammenstellen²⁵. Natürlich kann man durch eine geschickte Form der Kodierung von Botschaften bestimmte Deutungsmuster nahelegen. Dies wird mit dem englischen Fachbegriff „Framing“ bezeichnet²⁶. Je nachdem, wie wir Informationen in Worte kleiden, fällt der Eindruck beim Empfänger anders aus. Das ist vor allem bei Aussagen über relative Häufigkeiten und Wahrscheinlichkeiten der Fall. Sage ich etwa, dass dreitausend von zehntausend Personen Nebenwirkungen bei Impfungen erwarten, so erscheint das relativ hoch zu sein. Drehe ich die Relation aber um und spreche davon,

dass 70 % aller Menschen der Meinung sind, dass bei Impfungen keine Nebenwirkungen zu erwarten sind, so klingt das eher beruhigend.

Ist der Inhalt der Information auf Themen im Bereich von Gesundheitsrisiken ausgerichtet, dann kommen spezielle Muster der Risikowahrnehmung ins Spiel. Zum einen spielen die Begleitumstände der Risikoübernahme eine wichtige Rolle²⁷. Kann ich die Höhe des Risikos selber steuern? Habe ich das Risiko selbst gewählt oder ist es mir von anderen aufgezwungen worden? Führt das Risiko zu besonders schrecklichen Folgen, wenn es tatsächlich zum Schadenseintritt kommt? Sind wir bereits an diese Risikoquelle gewöhnt und glauben, damit angemessen umgehen zu können? Ist die Risikoquelle künstlichen oder natürlichen Ursprungs? Dies sind nur einige der Merkmale, die bei der Bewertung von Risiken eine wichtige Rolle spielen. Auch die Frage der gerechten Verteilung von Risiko und Nutzen auf unterschiedliche Personengruppen ist für viele Menschen ein wichtiger Anhaltspunkt, um die Höhe der Risiken, aber vor allem ihre Akzeptabilität zu beurteilen²⁸. Da es sehr viele dieser qualitativen Bewertungsmechanismen gibt, haben sich im Verlaufe der kulturellen Evolution semantische Muster der Wahrnehmung und Bewertung von Risiken herausgebildet²⁹. Diese haben sich aber inzwischen zu komplexen Reaktionsmustern weiterentwickelt, die es uns allen erleichtern, bei Informationen zu neuen Risikoquellen eine schnelle Zuordnung und Bewertung vorzunehmen.

Unter diesen semantischen Mustern fällt vor allem das Muster der schleichenden Gefahr auf, da es sich auf viele Gesundheitsrisiken, ein-

schließlich der Impfrisiken, bezieht³⁰. Risiken, die unter dieses semantische Muster fallen, zeichnen sich dadurch aus, dass sie von uns nicht sinnlich wahrgenommen werden können, dass häufig zwischen Auslöser und Wirkung viel Zeit vergeht, dass komplexe Strukturen der Ursache-Wirkungskette vorliegen und dass wir bei der Beurteilung dieser Risiken auf Informationen durch Dritte angewiesen sind. Beispiele für die Verwendung dieses Risikobegriffs findet man bei der kognitiven Bewältigung von geringen Strahlendosen, Lebensmittelzusätzen, chemischen Pflanzenschutzmitteln, genetischen Manipulationen von Pflanzen und Tieren und eben auch Impfungen. Kennzeichnend ist, dass wir aus eigener Erfahrung wenig zur Höhe der Risiken aussagen können, sondern auf Informationen durch Dritte angewiesen sind.

Halten wir Informationen zu den möglichen Impfrisiken von einer der Informationsquellen für glaubwürdig, dann können wir aufgrund dieser Informationen eine für uns stimmige Abwägung von Nutzen und Risiko treffen. Halten wir keinen der Informationsträger für glaubwürdig, dann verlangen wir Nullrisiko. Im Klartext: Lieber nicht impfen nach dem Motto: „better safe than sorry“. Das bedeutet: Entweder entziehen wir uns dieser Risikoquelle ganz oder kämpfen sogar dafür, dass sie auch gesellschaftlich nicht weiter geduldet wird. Im dritten Fall sind wir bestrebt, Glaubwürdigkeit an eine der konkurrierenden Informationsquellen zu vergeben. Wir können aber nicht aus dem Inhalt bzw. der Botschaft der Information ablesen, wer diese Glaubwürdigkeit verdient.

In diesem dritten Falle werden so genannte periphere Merkmale besonders bedeutsam. Die

beiden Sozialpsychologen Richard Petty und John Cacioppo haben bei ihren Untersuchungen zu Einstellungen und Einstellungsänderung festgestellt, dass die meisten Menschen entweder nach einer zentralen oder peripheren Vorgehensweise Urteile über Risiken bilden³¹. Wenn ihnen das Thema besonders wichtig ist, verfolgen sie die zentrale Route: wenn ihnen das Thema weniger wichtig ist, die periphere. Kennzeichen der zentralen Route ist die Auseinandersetzung mit den Inhalten von Informationsangeboten und eine möglichst rationale Abwägung der jeweiligen Argumente für oder gegen eine bestimmte Sichtweise der Dinge. Bei der peripheren Route werden dagegen äußere Merkmale der Glaubwürdigkeitszuschreibung benutzt, um zwischen widersprechenden Argumenten eine schnelle Auswahl zu treffen. Das Besondere an den schleichenden Risiken besteht nun darin, dass auch diejenigen, für die das jeweilige Thema zentrale Bedeutung hat, keine oder nur wenige Möglichkeit haben, die Argumente im Einzelnen nachzuprüfen und eine auf Evidenz basierte Abwägung zu treffen³². Unabhängig davon, ob man die zentrale oder periphere Route in einer Streitfrage verfolgen will, ist man in jedem Falle auf periphere Merkmale angewiesen, um die Glaubwürdigkeit von Argumenten einzustufen. Da diese peripheren Merkmale meist nur zufällig mit dem Wahrheitsgehalt der entsprechenden Aussagen in Verbindung stehen, ist es dann folgerichtig auch vom Zufall abhängig, welche Argumentationskette einem größeren Eindruck bei den Rezipienten hinterlässt.

So wird die Glaubwürdigkeit von Informationen zu den Nebenwirkungen von Impfungen an Merkmalen wie „vermutete Interessenabhän-

gigkeit“ (dieser Informant ist von der Pharmaindustrie bestochen), „eigenes Profitstreben“ (der verdient ja daran), „politische Motive“ (die da oben wollen uns alle gleichmachen) oder „äußere Anzeichen“ (typischer Behördenmensch, unpersönlich und unglaubwürdig) gemessen. Gerade Personen, die man kennt, wie der eigene Physiotherapeut oder die Hebamme vor Ort, haben dagegen eine hohe Glaubwürdigkeit, selbst wenn ihnen objektiv oft die Kompetenz zur angemessenen Einordnung der Risiken fehlt.

Was sagen die anderen? Soziale Einflüsse

Der nächste Schritt im Prozess der Urteilsbildung besteht darin, dass man die vorläufigen Urteile, die man aus der Anwendung der Faustregeln und den speziellen Wahrnehmungsmustern zur Bewertung von Risiken entwickelt hat, mit den Urteilen, Einstellungen und Positionen derjenigen abgleicht, die einem in dieser Frage als kompetent und/oder wichtig gelten³³. Darunter fallen natürlich die Mitglieder der eigenen Familie, der Bekanntenkreis, das soziale, berufliche und private Umfeld und die weitere Öffentlichkeit. Wenn man sich beispielsweise zu einem Urteil durchgerungen hat, das im eigenen sozialen Umfeld nur auf Unverständnis stößt, dann wird man sich eindringlich überlegen, ob man bei diesem Urteil bleibt oder, wenn einem dieses Urteil selbst als zwingend erscheint, ob man damit nicht lieber hinter dem Berg hält. Vor allem wenn große Unsicherheit über die Folgen eines Risikos herrscht und wir – wie bei den schleichenden Risiken – keine eigenen Anhaltspunkte dafür haben, welche der konkurrierenden Aussagen stimmt und welche nicht, werden die Urteile des sozialen Umfeld

des besonders bedeutsam. Denn sich nur auf die peripheren Merkmale der Glaubwürdigkeit zu verlassen, reicht vielen von uns nicht aus. Dann ist es uns wichtig, diese Urteile mit andern abzustimmen und uns rückzuversichern, dass wir bei unseren Urteilen nicht völlig alleine stehen³⁴. Aus der Forschung ist bekannt, dass Individuen Risiken in Gruppensituationen unterschiedlich beurteilen, je nachdem, ob die anderen Gruppenmitglieder eher zu risikofreudigem oder risikoaversivem Verhalten neigen³⁵.

Von besonderem Interesse für das Thema „Impfrisiken“ ist die Einflussnahme der Medien auf die eigene Urteilsbildung. Da die meisten unserer Freunde und Bekannten ebenso sehr unter dem Eindruck von Unsicherheit und Ambivalenz leiden wie wir, ist der Abgleich der Meinungen innerhalb des eigenen sozialen Umfelds oft wenig ertragreich. Die anderen wissen offenbar auch nicht mehr als wir selbst. Dagegen sind die Medien wichtige Informationsträger für die Positionen, die von professionellen Gruppierungen zum Thema Impfung ausgegeben werden. Aber auch hier herrschen Pluralität, Vielfalt und zum Teil Beliebigkeit vor. Da auch Journalisten schlecht beurteilen können, welche Meinung in dem Streit um Impfrisiken wissenschaftlich haltbar ist und welche nicht (was ist absurd, möglich, wahrscheinlich oder sicher?) neigen sie dazu, alle in der Gesellschaft öffentlich vertretenen Positionen nebeneinander zu stellen und damit den Eindruck einer Beliebigkeit zu hinterlassen³⁶. Selbst klare Erkenntnisse aus der Wissenschaft erscheinen dann verwässert und unbestimmt. Dadurch entsteht bei den Medienkonsumenten der Eindruck, die Wissenschaftler hätten entweder selber keine Ahnung von Risiken, über die sie

andauernd forschen, oder sie seien von mächtigen Interessengruppen zur Stellungnahme in die eine oder andere Richtung bestochen oder zumindest beeinflusst worden³⁷. In der Öffentlichkeit herrscht infolgedessen das Bild vor, dass wir alle schwimmen, wenn es um die Einstufung von Impfrisiken geht, und wir Versuchskaninchen (oder, um konsistent im Bild zu bleiben, Versuchsstichlinge) eines gigantischen Impffapparates sind, der selber nicht weiß, warum er dieses Großexperiment ausführt. Da will man lieber nicht mit der Masse mitschwimmen, sondern sich mutig dem Trend entgegenstemmen.

Natürlich sind diese drei Stufen der Risikowahrnehmung, wie ich sie in diesem Aufsatz skizziert habe, nicht als eine Reihenfolge zu sehen, nach der sich Urteile und Meinungen zu Risiken herausbilden. Alle hier diskutierten Schritte, die Selektion von Informationen, die Zuordnung von Bedeutung und Relevanz, die Nutzung von Faustregeln zur Ableitung von generellen Rückschlüssen aus Einzelbeobachtungen und die kontextgebundenen Einflüsse durch soziale, kulturelle und mediale Deutungsanbieter werden im Prozess der eigenen Urteilsbildung simultan wirksam und verstärken sich gegenseitig. Dennoch ist es angebracht, diesen Prozess wie eine Sequenz zu beschreiben, weil er uns plastisch vor Augen führt, nach welchen Kriterien und Mustern unsere Urteilsbildung abläuft.

Schluss: Was können wir tun?

So viel zur Diagnose, warum es in unserer heutigen Gesellschaft so häufig zu problematischen Deutungen von Gesundheits- und insbesondere Impfrisiken kommt. Um es klar zu sagen: Wir

wissen heute mehr über Impfrisiken als jemals zuvor³⁸. Mit den Hilfsmitteln der wissenschaftlichen Methoden der Stochastik können wir diese Risiken besser und treffender beschreiben als jede Generation vor uns. Diese neuen Methoden können zwar keine Gewissheiten und eindeutig beschreibbare Ursache-Wirkungsketten aufzeigen, aber sie geben uns wichtige Einblicke in die relativen Gefährdungen und vermitteln uns verwertbare Erkenntnisse über die Wahrscheinlichkeiten ihrer Verursachung. Das ist zwar weniger, als wir gerne hätten, aber alles andere als pure Beliebigkeit, wie es häufig in den Medien dargestellt wird. Und mit den Mitteln des integrierten Impfschutzes können wir auch die meisten Nebenwirkungen in den Griff bekommen. Diese Wirkungen sind der Fachwelt bekannt, sie sind gemessen worden und man weiß, wie man damit umgehen kann. Das Argument der Unsicherheit, das häufig von Impfgegnern ins Feld geführt wird, ist nur insoweit korrekt, dass wir nicht wissen, wer von den Nebenwirkungen im Einzelnen betroffen sein wird, aber wir können mit unserem Wissen schon klare Aussagen darüber treffen, wie viele im Schnitt darunter leiden müssen und was man tun kann, um den betroffenen Patienten wirksam und schnell zu helfen. Wir leben also gerade nicht in einer Risikogesellschaft, verstanden in dem negativen Sinne, wie es Ulrich Beck in seinem Buch „Die Risikogesellschaft“ skizziert³⁹. Wir haben uns nur mit der Überzeugung angefreundet, in einer Risikogesellschaft zu leben.

Sich der Risiken, aber vor allem unserer eigenen Wahrnehmungsprozesse von Risiken bewusst zu werden und die Fallstricke bei der Bewertung von Informationen zu Risiken zu

kennen, ist ein wichtiger Schritt, um zu adäquaten und realitätsnahen Einsichten über die Gefährdung unserer Person und unserer Gesellschaft zu gelangen. Es ist nicht so sehr entscheidend, dass jeder die Statistik der Impfrisiken und der Nebenwirkungen von Impfungen kennt. Viel wichtiger ist es, dass wir uns stets der Wirkmächtigkeit der Faustregeln bewusst sind, also uns immer selbstkritisch prüfen, ob das Urteil, das wir gerade fällen, nicht ein Resultat einer fehlgeleiteten Faustregel ist. Das gelingt uns besser, wenn wir uns mit anderen Menschen darüber austauschen können. Bewusst soll hierfür das Wort Dialog verwendet werden, weil es um einen selbstbestimmten Bildungsprozess gehen soll und nicht um eine Informationskampagne. Der Dialog basiert auf dem Prozess der Selbstbeobachtung und der kritischen Rückversicherung, ob wir bei unseren Schlussfolgerungen einer der berichteten Faustregeln zum Opfer gefallen sind. Dialoge tragen mit dazu bei, unser eigenes Leben nach bestem Wissen und im Einklang mit unseren Werten und Präferenzen zu gestalten sowie Verantwortung in unserer Gesellschaft zu übernehmen. Die Bewusstwerdung unserer eigenen Mechanismen der Urteilsbildung ertüchtigt uns, in der täglichen Lebenspraxis mit den Herausforderungen komplexer Risiken im Alltag und in unserer Umgebung besser fertig zu werden.

Als Ärzte oder Gesundheitsdienstleister ist es unsere Aufgabe, diesen Dialog professionell und empathisch zu führen. Wir müssen zum einen die Risiken der Erkrankung wie der Impfungen gut kennen, um in der Sache glaubwürdig zu sein. Wir müssen aber auch die Macht der Faustregeln in der Dialogführung beachten und diese Kenntnis in den Dialog einbauen. Vertrau-

er schafft man, indem man sich aufmerksam und empathisch mit den Gedankengängen, Ängsten und Anliegen der betroffenen Patienten auseinandersetzt. Man muss diese Gedankengänge nachvollziehen können, um sie dann auch wirksam bearbeiten zu können. Vor allem kommt es darauf an, die Selbstwirksamkeit der Patienten und ihre eigene Urteilskraft zu stärken, in der Hoffnung, dass sie durch eine Anregung zur kritischen Selbstbeobachtung weniger anfällig werden gegenüber den Fehldeutungen, die mit den Faustregeln häufig verbunden sind.

Schon jetzt gelingt uns das ja bei der überwiegenden Mehrheit der Patienten⁴⁰. Rund zwei Drittel der Deutschen halten Impfungen für notwendig und geben auch an, sich regelmäßig impfen zu lassen. Nur knapp ein Drittel äußert überhaupt Bedenken gegen Impfungen, ohne diese aber generell abzulehnen. Als generelle Impfgegner lässt sich nur einer von hundert in Deutschland einstufen. Dennoch haben wir ja das Ziel, Quoten von über 90 Prozent zu erreichen, um effektive Durchimpfungsraten zu erzielen. Dieses Ziel erreichen wir in Deutschland zurzeit nicht. Ich bin aber zuversichtlich, dass wir mit Hilfe eines Dialogs auf allen Ebenen, von der persönlichen Arzt-Patient-Beziehung bis zu institutionellen mediengestützten Kampagnen, diesem Ziel näher kommen können.

Literaturverzeichnis

1. Dieser Aufsatz ist zum Teil aus meinem Buch: Renn, O. (2014): Das Risikoparadox. Fischer: München, entnommen
2. Ebenda, S. 128ff.
3. Renn, O. (2013): No Risk – No Fun? Von der Risiko- zur Risikowahrnehmungsgesellschaft. In: W. Stenzel (Hrsg.): Zukunftswerkstatt Deutschland: Die Energiewende. Hanse-Studien Nr. 8. Oldenburg. BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, S. 67-82
4. Renn 2014, a.a.O., S. 89
5. <http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2015-02/masern-impfung-risiko-nebenwirkung>
6. Meyer, C.; Reiter, S.; Siedler, A.; Hellenbrand, W. und Rasch, G. (2002): Über die Bedeutung von Schutzimpfungen: Epidemiologie, Durchimpfungsraten, Programme. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 45: 323-331
7. Pott, E.; Lang, P. und Gaczkowska, A. (2011): Impfkampagnen – zielgruppenspezifische Aufklärung der Bevölkerung. Manuskript. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, S. 5
8. Lefrancois, G. R. (1994): Psychologie des Lernens. Springer: Berlin und Heidelberg, S. 160ff. Zu den Formen der selektiven Wahrnehmung und ihrer Bestimmungsgrößen vgl. den Überblicksartikel in: Driver, J. (2001): A Selective Review of Selective Attention Research from the Past Century. In: British Journal of Psychology , 92: 53–78.
9. Geuter, U. (2005): Erinnern und Vergessen. In: Oehler, R.; Bernius, V. und Wellmann, K.-H. (Hrsg.): Was kann Psychologie? Wer wir sind und was wir sein können. Beltz: Weinheim und Basel, S. 48-55
10. Eagly, A. H. and Chaiken, S. (1984): Cognitive Theories of Persuasion. In: Advances in Experimental Social Psychology, 17: 268–359. Später wurde zu diesen beiden noch der Begriff Opportunity hinzugefügt (siehe den MOA Ansatz in: Andrews, J.C. (1988): Motivation, Ability, and Opportunity to Process Information: Conceptual and Experimental Manipulation Issues. In: NA – Advances in Consumer Research 15: 219-225. Meines Erachtens ist opportunity aber schon im Begriff ability ausgedrückt. So habe ich den Begriff ability auch oben übersetzt.
11. „Es geht beim Sehen nicht um eine ‚Bildübertragung‘ sondern um die Übermittlung und Ex-

- traktion von Informationen, die für das Handeln signifikant sind“. Aus: Goldstein, E. (2008): BRUCE: Wahrnehmungspsychologie. Der Grundkurs. Spektrum: Berlin, S. 10
12. Fingham, F. und Hewstone, M. (2003): Attributionstheorie und -forschung. Von den Grundlagen zur Anwendung. In: W. Stroebe, K. Jonas und M. Hewstone (Hrsg.): Sozialpsychologie. Eine Einführung. 4. Auflage. Springer: Heidelberg, S. 215-264, hier S. 217f.
 13. Eine ähnliche Zusammenstellung, wie ich sie oben vorgenommen habe, findet sich bei: Fiske, S.F. (2010): Social Beings. Core Motives in Social Psychology. 2. Auflage. John Wiley: New York, S. 89ff. Susan Fiske benennt die folgenden Grundmotive: Understanding (entspricht meiner Orientierung), Controlling (kommt dem Konzept der Selbstwirksamkeit nahe) und Self-Enhancing (Identitätsentfaltung). Seltsamerweise kommt bei ihr der Nutzen nicht vor, der zweifellos ein wichtiges Motiv darstellt.
 14. Westerhoff, N. (2005): Wahrnehmen und bewusst sein. In: Oehler et al., a.a.O., S. 41-47, hier S. 42
 15. Vgl. zur Rolle der Interventionen: Janich, P. (2012): Das Bild des Menschen in den Wissenschaften. In: P. Janich und R. Oerten (Hrsg.): Der Mensch zwischen Natur und Kultur. Philosophie und Psychologie im Dialog. Vandenhoeck und Ruprecht: Göttingen, S. 9-30, hier S. 13. Zur kollektiven Form der Sinnvermittlung: Berger, P.L. und Luckmann, T. (2012): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. 24. Auflage. Fischer: Frankfurt am Main, S. 144
 16. Wiedemann, P. M. (1993): Tabu, Sünde, Risiko: Veränderungen der gesellschaftlichen Wahrnehmung von Gefährdungen. In: Bayerische Rückversicherung (Hrsg.): Risiko ist ein Konstrukt. Kneesebeck: Hamburg, S. 43-67
 17. Jungermann, H.; Pfister, H.-R.; Fischer, K. (2010): Die Psychologie der Entscheidung. Eine Einführung. 3. Auflage. Spektrum: Berlin und Heidelberg, S. 169ff.
 18. Brafman, O. und Brafman; R. (2008): Sway. The Irresistible Pull of Irrational Behavior. Crown: New York, S. 39
 19. Gigerenzer; G. (2008): Bauchentscheidungen. Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition. Goldmann: München, S. 64ff.
 20. siehe dazu ausführlich: Kahneman, D. (2011): Thinking Fast and Slow. Penguin: London und New York, S. 50ff. und Silver, N. (2012): The Signal and The Noise. Penguin: New York, S. 142ff.
 21. Kahneman (2011), a.a.O., S. 103ff.
 22. siehe dazu den Bestseller: Precht, R.D. (2007): Wer bin ich – und wenn ja wie viele? Eine philosophische Reise. Goldmann: München
 23. Crocker, J. und Park, L.E. (2003): Seeking Self-Esteem: Construction, Maintenance and Protection of Self-Worth. In: Leary, M.R. und Tangney, J.P. (Hrsg.): Handbook of Self and Identity. Guilford Press: New York, S. 291-313
 24. Überblick in: Beckmann, J. (1984): Kognitive Dissonanz. Band 11 von Lehr- und Forschungstexten Psychologie. Springer: Heidelberg. Ursprünglich: Festinger, L. (1957): A Theory of Cognitive Dissonance. Stanford University Press. Stanford, USA
 25. Schmidt, S.J. (2000): Medien- die alltäglichen Instrumente der Wirklichkeitskonstruktion. In: H.R. Fischer und S.J. Schmidt (Hrsg.): Wirklichkeit und Welterzeugung. Carl-Auer-Verlag: Heidelberg, S. 78-84
 26. Tversky, A. und Kahneman, D. (1981): The Framing of Decisions and the Psychology of Choice. In: Science, 211 (4481): 453–458
 27. Slovic, P. (1992): Perception of Risk: Reflections on the Psychometric Paradigm. In: S. Krimsky and D. Golding (Hrsg.): Social Theories of Risk. Praeger: Westport and London, S. 153–178
 28. Rayner S. und Cantor R. (1987): How Fair Is Safe Enough? The Cultural Approach to Societal Technology Choice. Risk Analysis, 7: 3–13
 29. Überblick in: Renn, O.: Die subjektive Wahrnehmung technischer Risiken. In: R. Hölscher und R. Elfgen (Hrsg.): Herausforderung Risikomanagement. Identifikation, Bewertung und Steuerung industrieller Risiken. Gabler: Wiesbaden, S. 73-90
 30. Renn, O. (2004): Perception of Risks. In: The Geneva Papers on Risk and Insurance, 29, (1): 102-114
 31. Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1986). The Elaboration Likelihood Model of Persuasion. In: L. Berkowitz (Hrsg.), Advances in Experimental Social Psychology, Band 19. Academic Press: San Diego, USA, S. 123-205
 32. Renn (2008): Risk Governance. Coping with Uncertainty in a Complex World. Earthscan: London, S. 233ff.
 33. Hogg, M.A. (2007): Social Identity and the Group Context of Trust: Managing Risk and Building Trust through Belonging. In: M. Siegrist, T.C. Earle und H. Gutscher (Hrsg.): Trust in Cooperative Risk Management. Uncertainty and Scepticism in the Public Mind. Earthscan:

- London, S. 51-72, hier S. 55
34. Vgl. dazu die Übersicht in: Günter Wiswede, G. (1976): Soziologie konformen Verhaltens. Kohlhammer: Stuttgart 1976
 35. Van Avermaet, E. (2003): Sozialer Einfluss in Kleingruppen. In: Stroebe et al. (Hrsg.), a.a.O., S. 451-497, hier 476f.
 36. Stocking, S. H. (1999): How Journalists Deal with Scientific Uncertainty. In: S. M. Friedman, S. Dunwoody und C. L. Rogers (Hrsg.): Communicating Uncertainty: Media Coverage of New and Controversial Science. Lawrence Erlbaum: Mahwah, USA, S. 23–41
 37. Vgl. Gardner, D. (2009): Risk. The Science and Politics of Fear. Virgin Press: London, S. 181f. und 197ff. Vgl. auch Ropeik, D. (2010): How Risky Is It Really? Why Our Fears Don't Always Match the Facts. McGraw Hill: New York
 38. Dazu die Überblicke in: Proske, D. (2004): Katalog der Risiken. Risiken und ihre Darstellung. 3. Auflage. Eigenverlag: Dresden. Sowie: Ropeik, D. und Gray, G. (2002): Risk: A Practical Guide for Deciding What's Really Safe and What's Really Dangerous in the World Around You. Mariner Books: New York
 39. Beck, U. (1986): Die Risikogesellschaft. Auf den Weg in eine andere Moderne. Suhrkamp: Frankfurt am Main und kritisch dazu: Campbell, S. and Currie, G. (2006): Against Beck: In Defence of Risk Analysis. Philosophy of the Social Sciences, 36, (2): 149-172
 40. Die Ergebnisse der Elternbefragung (n = 3002) aus dem Jahr 2010 zeigen eine überwiegend positive Einstellung der Eltern zum Impfen:
 - 64 % (n = 1919) der Eltern lassen ihre Kinder regelmäßig impfen (Eltern ohne Vorbehalte gegenüber dem Impfen).
 - 35 % der Eltern haben schon mindestens eine Impfung bei ihrem Kind ausgelassen. Diese Elterngruppe steht dem Impfen nicht grundsätzlich kritisch oder skeptisch gegenüber, sondern vertritt differenzierte Ansichten zur Notwendigkeit, zu geeigneten Impfzeitpunkten oder der Sicherheit einzelner Impfungen (Eltern mit Vorbehalten gegenüber dem Impfen).
 - 1 % der Eltern lehnen Impfungen grundsätzlich ab (Impfkritiker).

Aus: Pott, E. und Reckendress, B. (2013): Nationale Impfaufklärung am Beispiel der Masernimpfung. Berichtband zur 3. Nationalen Impfkonferenz, 15- und 16. Mai 2013. München 2013, S. 3

Masernausbruch in Berlin 2014/2015

Dr. Marlen Suckau

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin

Seit Herbst 2014 gibt es in Berlin einen anhaltenden Masernausbruch. Wie die Erhebungen des Landesamtes für Gesundheit und Soziales zeigen, entwickelten sich in Berlin immer wieder Masernausbrüche (Abb. 1). Ihre Dimension ist aber mit der derzeitigen Epidemie nicht vergleichbar. Aktuell (Stand: 17.06.2015) sind 1.294 Personen in Berlin an Masern erkrankt und ein Ende ist noch nicht absehbar.

1. Epidemiologische Daten

Der Verlauf der Epidemie ist in der Abbildung 2 dargestellt. Begonnen hat es in der 41. Kalenderwoche 2014 mit der Einreise der Indexperson aus Bosnien-Herzegowina. Zunächst blieb das Ausbruchsgeschehen auf die Asylsuchende beschränkt (blaue Balken). Dann dehnte es sich auf die Berliner Bevölkerung aus (rote Balken). Das lag nicht an der fehlenden Bereitschaft zur Durchführung von Impfungen und sonstigen Präventionsmaßnahmen. Vielmehr ist es so zu erklären, dass wegen des unerwarteten Anstiegs der Asylsuchenden die Kapazität der Erstaufnahmestelle für ihre Unterbringung nicht mehr ausreichte. Deshalb mussten sie in Ausweichquartieren (z.B. Youth Hostels) untergebracht werden. Die Erfahrung zeigt, dass sie dort für die Gesundheitsämter schwer erreichbar sind. Deshalb kommt es dort leicht zu Kontakten mit der Bevölkerung, bevor die notwendigen Maßnahmen zum Infektionsschutz ergriffen werden können. Die Folge

davon ist die Verbreitung der eingeschleppten Infektionskeime. Vor diesem Problem stehen im Übrigen alle Bundesländer.

Bislang erkrankten insgesamt 1.294 Personen in Berlin (17.06.2015, weitere Angaben Stand 15.06.2015), davon 705 Männer (55 %), im Alter von unter 1 bis über 70 Jahren. 50 % sind zwischen 4 bis 29 Jahren alt mit einem Median von 16 Jahren. 319 Erkrankte (25 %) mussten stationär behandelt werden und es gab leider einen Todesfall (s. Ziffer 2). Bei 1.207 Erkrankten konnte der Impfstatus erhoben werden. Danach waren 1.040 (86 %) nicht geimpft. Es gab fast in allen Altersgruppen wenige Impfversager, auch bei zweimal Geimpften.

Betrachtet man die Maserninzidenz der Berliner Erkrankten (ohne Asylsuchende), so findet man zwar in der Gruppe der 18- bis 43-Jährigen die höchsten Fallzahlen. Die größte Inzidenz weist aber die Gruppe der nicht geimpften Säuglinge (< 1 Jahr) gefolgt von der Gruppe der einjährigen Kleinkinder auf (s. Abb. 3). Dieser Befund ist in Anbetracht der zu befürchtenden Spätfolgen besorgniserregend.

Genotypisierung

Dem engagierten Einsatz der Bezirksgesundheitsämter ist es zu verdanken, dass 69 % der Masernfälle (Stand: 15.06.2015: 883 von 1.286 Fällen) labor diagnostisch bestätigt werden

konnten. Die Subtypisierung durch das NRZ (Stand: Anfang April 2015) ergab, dass beim Indexfall und weiteren 267 Fällen der Genotyp D8 die Krankheitsursache war. Bei 239 Fällen wurde die identische Masernvirusvariante „Rostov on Don“ und bei 29 Fällen eine enge Verwandte dieser Masernvirusvariante nachgewiesen. Diese Befunde zeigen, dass es sich um ein Ausbruchsgeschehen handelt.

Maserninzidenz nach Bezirken und lebensweltlich orientierten Räumen

Die Verteilung der Maserninzidenz der Berliner Bevölkerung auf die einzelnen Bezirke ist in der Abbildung 4 dargestellt. Danach weisen Bezirke die höchste Inzidenz auf, deren Bewohner tendenziell zu den Impfkritikern gehören (Friedrichshain-Kreuzberg, Neukölln, Reinickendorf, Mitte). Man kann daher annehmen, dass dort Impflücken vorhanden sind, die zu einer erhöhten Inzidenz führen. Insofern ist dieser Befund nicht überraschend. Andererseits rangieren Charlottenburg-Wilmersdorf und Steglitz-Zehlendorf, die bevorzugte Wohnorte des Bildungsbürgertums sind, am Ende der Skala, obwohl diese Schichten häufig eine impfkritische Haltung einnehmen.

Eine weitere Verteilungsmöglichkeit ergibt sich durch die Heranziehung der so genannten lebensweltlich orientierten Räume (Abb. 5). Dabei handelt es sich um eine räumliche Abgrenzung nach fachlichen Kriterien (Baustuktur, Milieubildung, Verkehrsverhältnisse u.a.). Diese kleinteilige Betrachtung ist für die Ermittlung der Problemzonen und die Erarbeitung spezifischer Präventionsmaßnahmen sehr hilfreich.

2. Das verstorbene Kind

Wie dargestellt, verstarb leider einer der Erkrankten. Es handelte sich um ein in der Charité hospitalisiertes Kind. Derzeit ist eine wissenschaftliche Veröffentlichung nicht vorgesehen, da die Charité als behandelnde Einrichtung die Persönlichkeitsrechte der Eltern wahren will. Die nachfolgende kurze Fallbeschreibung ist mit den behandelnden Ärzten abgestimmt und dient in Anbetracht von mehrfach geäußerten Spekulationen der Klarstellung.

Bei dem Verstorbenen handelt es sich um ein 18 Monate altes Kind, das eine Kita besuchte. Das Kind war gegen verschiedene impfpräventable Krankheiten geimpft. Die Eltern hatten sich jedoch gegen eine MMRV-Impfung entschieden. Im Februar 2015 zeigten sich bei ihm grippale Symptome. Nach 4 Tagen erfolgte aufgrund der rapiden Verschlechterung des Gesundheitszustandes die Notaufnahme, wobei schon auf dem Weg ins Krankenhaus eine Reanimation erforderlich wurde. Dort bemühten sich die Ärzte nach Herz-Kreislauf-Stillstand intensiv um das erkrankte Kind. Nach 3 Tagen verstarb das Kind.

Nach Mitteilung der Charité ergab die Obduktion, dass das Kind mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit an den Masern verstorben sei. „Es hatte zwar eine Herzerkrankung. Diese war jedoch vorher nicht bekannt und hat auch keine Beschwerden, wie z.B. mangelnde Belastungsfähigkeit, Luftnot oder bläuliche Lippen, verursacht.“

Die behandelnden Ärzte halten es allerdings für schwer bis unmöglich zu entscheiden, welchen

genauen Anteil die Masernerkrankung und welchen Anteil die zuvor klinisch unauffällige Herzkrankung hatte. Sie seien sich aber alle einig, dass dieses Kind von der eigenen Masernimpfung und/oder einer Herdenimmunität gegen Masern in seiner Umgebung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit profitiert hätte.

Die Haltung der Verantwortlichen der Charité ist nachvollziehbar, da sich die Eltern im Schockzustand befinden und medizinisch betreut werden. Die Feststellung der Ärzte, dass die Masernimpfung bzw. eine Herdenimmunität dem Schutz der Risikogruppen dient, ist ein wichtiger Hinweis zur Versachlichung der Diskussion.

3. Ausbruchsmangement

Der Masernausbruch in Berlin unterscheidet sich grundsätzlich von den Ausbrüchen in Kitas oder sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen, da sich die 1.294 Fälle aus rund 750 Einzelfällen und 160 Klein-Ausbrüchen zusammensetzen. Die letzteren finden vor allem innerhalb von Familien statt. Deshalb sind gezielte Maßnahmen zur Schließung von Impfücken kaum möglich. In dieser Situation besteht die einzige sinnvolle Handlungsoption der Gesundheitsbehörde in der Information der Bevölkerung über die richtigen Verhaltensweisen im häuslichen Bereich und Vereinbarungen mit den Akteuren zur Erleichterung der Durchführbarkeit von Impfungen. Darauf zielten folgende Aktivitäten der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales:

- Presseaufruf in der 6. KW 2015 mit der Kernaussage, fehlende Impfungen nachzuholen.
- Impfaufruf des Berliner Impfbeirates in der 12. KW 2015 zur Verteilung an Schulen und

Kitas mit Basisinformationen zur Impfung von Kindern und Erwachsenen in einfacher Sprache sowie Aufforderung, Babys ab 9 Monaten zu impfen („Wer ein Baby auf den Arm nimmt, muss geimpft sein!“).

- Vereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung, damit ein fachgebietsfremdes Impfen bis 31.12.2015 vergütet werden kann.

Darüber hinaus hat die Senatsverwaltung im vergangenen Mai eine Fortbildungsveranstaltung für Hebammen durchgeführt. Hebammen gehören zu den wichtigen Multiplikatoren und haben eher eine impfkritische Einstellung. Das zeigt sich auch an der niedrigen Teilnehmerzahl (15 TN, bei ca. 1.200 Hebammen in Berlin). Diese Veranstaltung war insofern zielführend, da vereinbart worden ist, dass künftig das Fortbildungsangebot der Senatsverwaltung in den Fortbildungskatalog der Hebammen aufgenommen wird. Auch für die Ärzteschaft sind im Herbst Fortbildungsveranstaltungen und Ausarbeitung von fachlichen Empfehlungen geplant, weil sich gezeigt hat, dass auch bei ihnen Wissenslücken vorhanden sind.

Ein wichtiger Schritt ist die Schaffung der Zentralen Impfstelle für Asylsuchende am Landesamt für Gesundheit und Soziales ab September 2015. Dadurch soll künftig die Durchführung der Impfungen bei Asylsuchenden erheblich erleichtert werden.

Schließlich ist eine wichtige Entscheidung der Charité zu erwähnen. Aufgrund eines Vorstandsbeschlusses wird die Charité künftig den vollständigen berufsbezogenen Impfstatus zur Voraussetzung von Neueinstellungen machen. Dabei muss man berücksichtigen, dass die

Charité jährlich 1.500 neue Mitarbeiter einstellt und die erforderlichen Mittel für diese Impfungen zu Verfügung stellen wird. Insofern bleibt zu hoffen, dass diese Maßnahme eine Signalwirkung haben wird.

4. Schlussfolgerungen

Schlussfolgerungen und Festlegungen im Hinblick auf künftige Vermeidungsstrategien sind zum jetzigen Zeitpunkt nur bedingt möglich, weil das epidemische Geschehen noch andauert. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Schließung der Impflücken die wichtigste Aufgabe ist und bleibt. In allen Altersgruppen gibt es zu viele Personen ohne Impfschutz bzw. er-

worbene Immunität. Impfungen erfolgen leider oft zu spät. Dieses Ziel kann man nur durch intensivere Kommunikation erreichen. Dafür sind:

- alle Möglichkeiten einschließlich Social Media zu nutzen,
- neue Wege zum Nachholen von Impfungen zu finden,
- mutige Schritte wie das Charité-Beispiel zu propagieren,
- Impfhemmnisse abzubauen,
- fachgebietsfremdes Impfen zu verstetigen.

Hierfür praktikable Vorschläge zu erarbeiten, ist eine schwierige, aber lohnende Aufgabe, der sich die drei Arbeitsgruppen widmen werden.

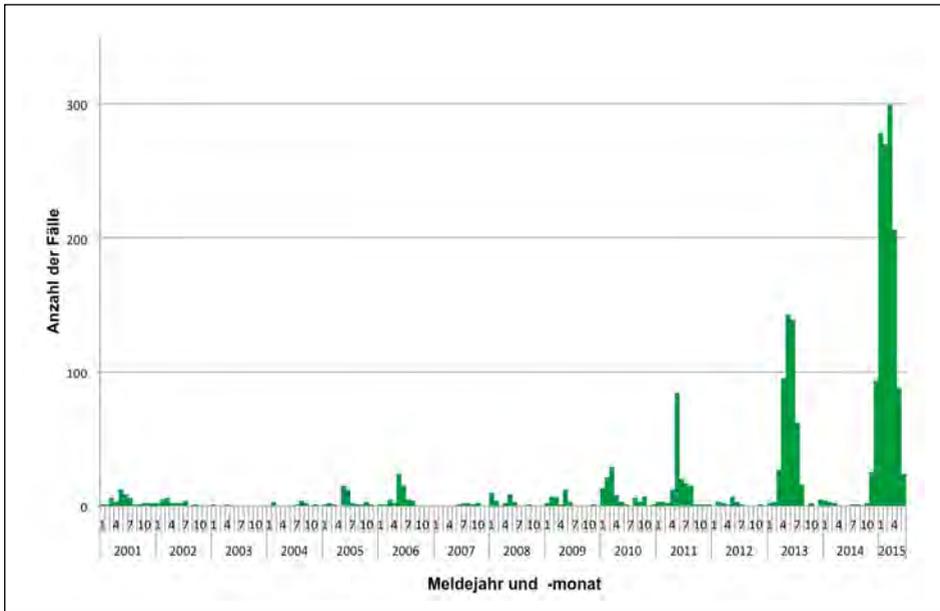


Abb. 1: Masern-Melddaten von Berlin nach IfSG, 2001-2015; Quelle: Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin

1. SESSION PLENUM

MASERNAUSBRUCH IN BERLIN 2014/2015

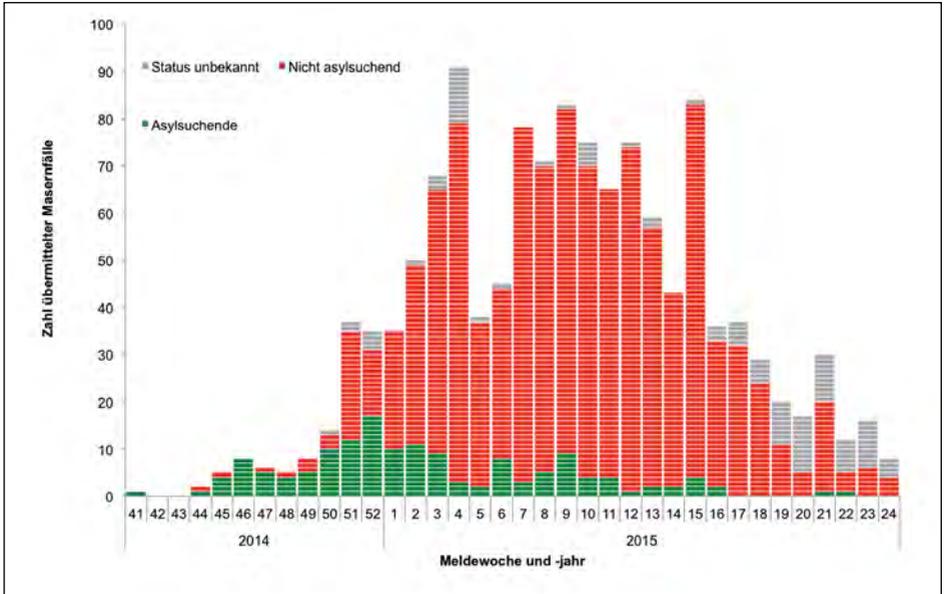


Abb. 2: Epidemiologische Verlaufskurve nach Meldewoche und „Asylstatus“; Quelle: Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin

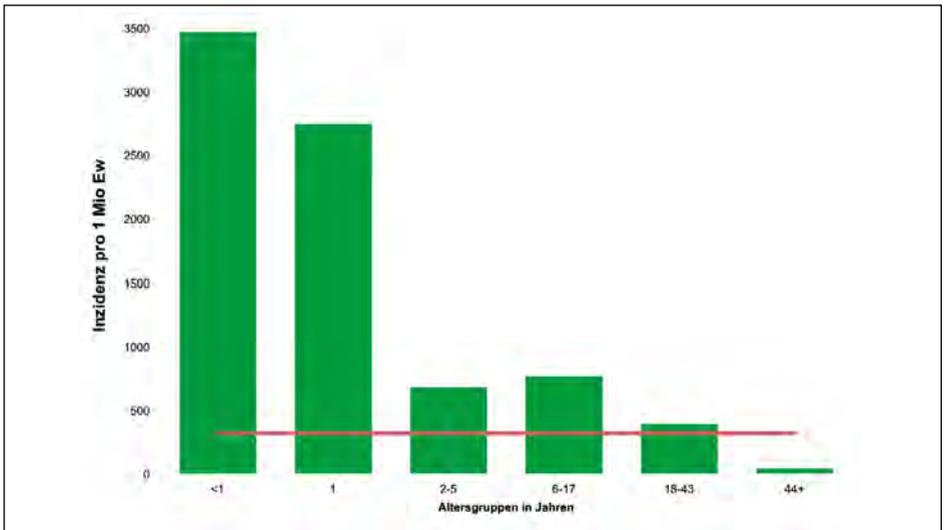


Abb. 3: Masern 2014/2015 – Inzidenz nach Alter (ohne Asylsuchende), Stand: 15.06.2015, n = 1138; Quelle: Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin

1. SESSION PLENUM

MASERNAUSBRUCH IN BERLIN 2014/2015

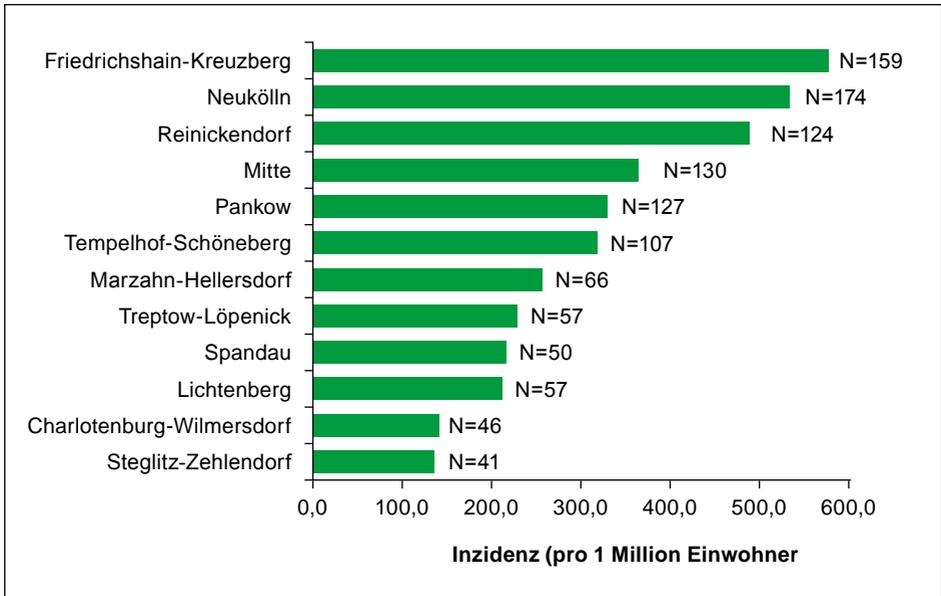


Abb. 4: Maserninzidenz – nach Bezirk (ohne Asylsuchende); Quelle: Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin

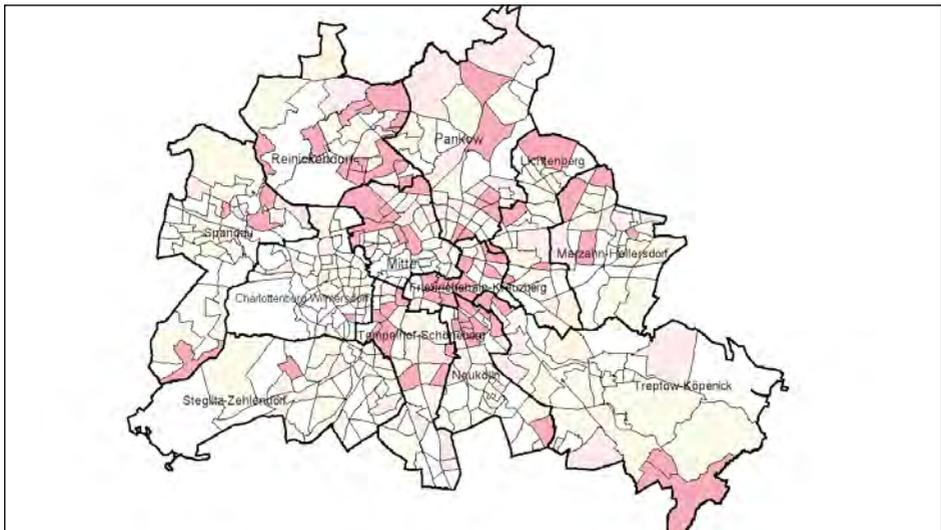


Abb. 5: Maserninzidenz nach lebensweltlich orientierten Räumen, Einfärbung nach Quartilen; Quelle: Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin

Stand der Elimination der Masern und Röteln in Deutschland aus Sicht der Nationalen Verifizierungskommission Masern/Röteln (NAVKO)

Prof. Dr. Oliver Razum

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG Epidemiologie & International Public Health, Bielefeld

Das Motto der 4. Nationalen Impfkonzferenz lautet „Impfen schützt alle – Masern-Elimination ist machbar!“. Es stellt sich deshalb die Frage, wann die Elimination erreicht ist. Zur Beantwortung dieser Frage hat das Regionalbüro der WHO-Region Europa die Mitgliedstaaten ersucht, in jedem Land eine Nationale Verifizierungskommission einzurichten. Diese Kommissionen haben die Aufgabe, den Eliminationsprozess in dem jeweiligen Land zu begleiten und zu dokumentieren sowie jährlich der Regionalen Verifizierungskommission der WHO-Euro über den aktuellen Stand zu berichten.

Arbeitsweise der NAVKO

Die deutsche „Nationale Kommission zur Verifizierung der Elimination von Masern und Röteln“, kurz NAVKO, wurde im Dezember 2012 durch das BMG berufen. Die NAVKO ist am Robert Koch-Institut angesiedelt und wird dort durch eine eigens eingerichtete Geschäftsstelle unterstützt. Die Kommission besteht aus sechs ehrenamtlichen Mitgliedern aus den Gebieten der angewandten Infektionsepidemiologie, Public Health, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Ärzteschaft sowie der Virologie und der Psychologie. Die Berufung gilt für drei Jahre.

Die Kommission erstellt jährlich einen Bericht für die WHO zur Einschätzung des Standes der Elimination von Masern und Röteln in Deutschland. Dazu stellt sie kontinuierlich Daten zur Masern/Röteln-Epidemiologie sowie zur Immunität in der Bevölkerung gegen diese Infektionen zusammen und bewertet die Datenlage. Diese Schritte erfolgen nach einem standardisierten Verfahren („standard operating procedure“, SOP) zur Dokumentation und Verifizierung der Elimination. Dabei orientiert sich NAVKO gewissermaßen an der biblischen Geschichte von Thomas dem Zweifler, der bekanntlich alles selbst sehen und begreifen wollte. Bildlich gesprochen, legt sie auch ihren Finger dort in die Wunde, wo die verfügbaren Daten qualitativ und quantitativ nicht ausreichend sind und ein weiterer Handlungsbedarf für die Zielerreichung besteht.

Die Kommission hat bisher mit Unterstützung der Geschäftsstelle zwei Berichte für 2010-12 und 2013 an die WHO gesendet. Die abschließende Beratung über den Bericht für 2014 ist bereits erfolgt (Stand: Juni 2015). Darüber hinaus erarbeitet sie Kurzberichte für das BMG, in denen die wichtigsten Erkenntnisse und Vorschläge zur Optimierung der Situation zusammengefasst werden. Weitere Einzelheiten über

1. SESSION PLENUM

STAND DER ELIMINATION DER MASERN UND RÖTELN IN DEUTSCHLAND AUS SICHT DER NATIONALEN VERIFIZIERUNGSKOMMISSION MASERN/RÖTELN (NAVKO)

die NAVKO und ihre Publikationen sind auf der Internetseite des RKI einzusehen (http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/NAVKO/NAVKO_node.html).

Verifizierungsprozess der WHO

Die WHO hat bereits 2013 mit dem Verifizierungsprozess begonnen. Die Beurteilung erfolgt aufgrund verschiedener Zielkriterien und Indikatoren. Diese sind:

Diese sind:

- Nachweis der Abwesenheit einer endemischen Zirkulation von Masernvirus (MV) und Rötelnvirus (RV),
- Nachweis einer ausreichenden Immunität in der Bevölkerung (Inzidenz von < 1 Fall/1 Mio. Einwohner und 95 % Impfquote der Routineimpfungen in allen Altersgruppen),
- Nachweis eines sensitiven und spezifischen Surveillancesystems,
- Nachweis einer ausreichenden Genotypisierung.

Die Elimination der Masern und Röteln in Deutschland kann verifiziert werden, wenn unter Erfüllung der von der WHO ausgewiesenen Indikatoren und Kriterien über mindestens 12 Monate eine endemische Transmission von MV und RV ausgeschlossen werden konnte. Dabei ist es sehr wichtig, über ein sensitives und spezifisches Überwachungssystem zu verfügen, um die auftretenden Fälle sicher erkennen zu können.

Beurteilung der epidemiologischen Situation in Deutschland

Masern:

Die an das RKI übermittelten Masernfälle für den Zeitraum 2006-2015 zeigt die Abbildung 1. Daraus lässt sich kein kontinuierlicher Trend oder eine Tendenz hinsichtlich der Erreichung der Elimination der Masern erkennen. So kommt es nach Jahren mit geringeren Fallzahlen immer wieder zu einem Anstieg der Masernfälle. Das Jahr 2014 war geprägt von Ausbrüchen in verschiedenen Bundesländern, die ihren Beginn häufig in Einrichtungen für Asylsuchende und Flüchtlinge nahmen und sich dann in den ungeschützten Teilen der Mehrheitsbevölkerung ausbreiten konnten. Seit September 2014 gibt es in Berlin einen der größten Ausbrüche seit Beginn der Meldepflicht 2001. Er dauert immer noch an, wenn auch inzwischen in abgeschwächter Form. Festzustellen ist, dass selbst in Jahren mit vergleichsweise niedrigen Erkrankungszahlen, z. B. 2012, die Inzidenz von < 1 Fall/1 Mio. Einwohner nicht erreicht wird (s. auch Tab. 1).

In der Tabelle 1 ist die Situation in Deutschland durch weitere WHO-Indikatoren dargestellt. Die Quote für die zweimalige Impfung gegen Masern ist zwar kontinuierlich gestiegen, sie ist jedoch mit rund 93 % weiterhin zu niedrig, um eine Herdenimmunität aufbauen zu können. Eine beachtliche Zunahme lässt sich bei der Rate der laborbestätigten Fälle feststellen, die mittlerweile jedes Jahr die von der WHO geforderten 80 % erreicht.

1. SESSION PLENUM

STAND DER ELIMINATION DER MASERN UND RÖTELN IN DEUTSCHLAND AUS SICHT DER NATIONALEN VERIFIZIERUNGSKOMMISSION MASERN/RÖTELN (NAVKO)

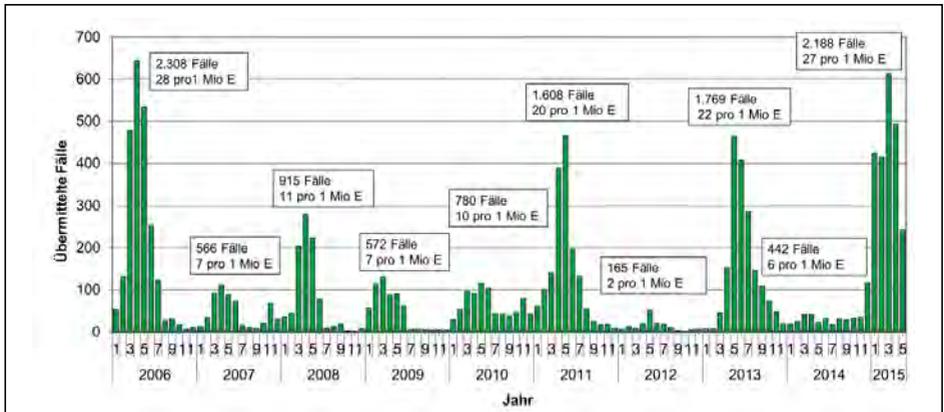


Abb. 1: Übermittelte Masernfälle pro Monat; Quelle: Meldedaten des RKI, Stand: 31.05.2015

Prozessindikator	Inzidenz (je 1.000.000 Einw.)	Impfquote (2 Dosen, in %)	Laborbestätigungsrate (in %)
WHO-Ziel	<1	95	80
	Inzidenz / Fälle	2. Dosis (SEU)	Laborbestätigt (WHO)
2006	28 / 2.308	83 %	50 %
2007	7 / 566	88 %	63 %
2008	11 / 915	89 %	77 %
2009	7 / 571	90 %	79 %
2010	10 / 780	92 %	91 %
2011	20 / 1.608	92 %	87 %
2012	2 / 165	92 %	89 %
2013	22 / 1.769	93 %	80 %
2014	6 / 442	Noch keine Daten	89 %
2015 (31.05.2015)	27 / 2.188	Noch keine Daten	87 %

Tab. 1: WHO-Indikatoren für Deutschland

1. SESSION PLENUM

STAND DER ELIMINATION DER MASERN UND RÖTELN IN DEUTSCHLAND AUS SICHT DER NATIONALEN VERIFIZIERUNGSKOMMISSION MASERN/RÖTELN (NAVKO)

Angesicht der vorliegenden Daten und ergänzenden molekularepidemiologischen Daten stellte die Kommission fest, dass eine andauernde endemische Transmission von Masernviren in Deutschland, insbesondere unter Berücksichtigung der hohen Inzidenzen für die Jahre 2010 bis 2014, sehr wahrscheinlich ist und für 2015 nahezu sicher angenommen werden muss. Zudem können eingeschleppte Viren zu Ausbrüchen mit zum Teil langen Infektionsketten führen, weil ein Teil der Bevölkerung nicht ausreichend geschützt ist.

Röteln:

Seit April 2013 besteht in Deutschland die Meldepflicht für Röteln. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass viele Gesundheitsämter ihre Software zu diesem Zeitpunkt noch nicht aktualisiert hatten und deshalb zunächst noch nicht die erforderlichen Daten zu den Rötelfällen übermitteln konnten. Für 2014 wurden dem RKI insgesamt 151 Rötelfälle nach Referenzdefinition gemeldet (klinisch, klinisch-labordiagnostisch und klinisch-epidemiologisch; Stand: 01.03.2015). Davon wurden nur 38 labordiagnostisch gesichert oder wiesen einen epidemiologischen Link zu einem labordiagnostisch gesicherten Fall auf. Es wurden zwei Ausbrüche mit jeweils zwei und drei Fällen übermittelt. Alle anderen Fälle wurden somit als sporadisch eingeschätzt. In Anbetracht dieser Daten bestanden nach Auffassung der Kommission keine längeren Transmissionsketten.

Immunität der Bevölkerung (2010-2014)

Nach Einschätzung der Kommission ist die Immunitätslage der Bevölkerung in Deutschland

noch nicht ausreichend. Auf folgende Aspekte ist dabei hinzuweisen:

- Kinder werden entsprechend der STIKO-Empfehlung geimpft, allerdings z.T. zu einem späteren Zeitpunkt. So betrug 2013 die Quote für die zweite MMR-Impfung bei 2-Jährigen nach Daten der KV-Surveillance rund 70 %. Zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchungen werden zwar konstant hohe Impfquoten ermittelt (Mittel 92,4 %), die 95 %-Schwelle wird aber verfehlt.
- Bei den Impfquoten gibt es zum Teil erhebliche regionale Unterschiede. Nach den Daten der KV-Impfsurveillance gibt es bundesweit einige Landkreise mit Impfquoten < 70 % (s. Vortrag Torsten Rieck in diesem Berichtsband).
- Es gibt Bevölkerungsgruppen mit suboptimaler Immunität. Dazu gehören 1- bis 4-jährige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie Asylsuchende.
- Es fehlen Daten über die Immunitätslage bestimmter Bevölkerungsgruppen, z. B. Asylsuchende oder Beschäftigte im Gesundheitswesen.
- Informationen zur Einstellung von impfenden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten hinsichtlich Impfungen sind nicht ausreichend verfügbar.

Qualität der Surveillance

Ein wichtiges Instrument zur Elimination von Masern und Röteln ist die Bestimmung des Genotyps, damit die Transmissionsketten und eine endemische Übertragung oder ein Import der Krankheitserreger identifiziert werden können. Im Zusammenhang mit der Qualität der Surveil-

1. SESSION PLENUM

STAND DER ELIMINATION DER MASERN UND RÖTELN IN DEUTSCHLAND AUS SICHT DER NATIONALEN VERIFIZIERUNGSKOMMISSION MASERN/RÖTELN (NAVKO)

lance weist die Kommission auf folgende Aspekte hin:

Nachverfolgung von Masern-Transmissionsketten

Trotz erkennbarer Fortschritte sind weiterhin Aussagen zu Transmissionsketten von Masern oder Röteln (nach deren Import) nur in beschränktem Maße möglich. Zum einen treten zu viele Fälle auf. Zum anderen konnten bisher die IfSG-Melddaten mit NRZ-Daten nicht verlinkt werden.

Ausschluss der Verdachtsfälle durch Labor Diagnostik

Die Labordiagnostik bei Verdacht auf eine akute Rötelerkrankung ist optimierungsbedürftig. Daten zu zirkulierenden Genotypen liegen bisher nicht vor.

Erhebung von ausgeschlossenen Fällen

Zur Einschätzung einer aktiven Surveillance fordert die WHO das Vorliegen von mindestens 2 Fällen / 100.000 Einwohner, bei denen ein Masernverdacht aufgrund der labormedizinischen Diagnose ausgeschlossen werden konnte. Die Kommission begrüßt, dass auf Initiative des RKI ein Laborsentinel-Projekt etabliert wurde, um als Surrogat zu fallbasiert ausgeschlossenen Fällen diese aggregiert erfassen zu können.

Ausbruchmanagement auf kommunaler Ebene

Kenntnisse über Maßnahmen, die bei Auftreten von Fällen und Ausbrüchen in Schulen oder sonstigen kommunalen Einrichtungen ergriffen werden, sind aus Sicht der Kommission unzureichend. Die WHO-Vorgabe lautet, dass bei

Verdacht auf Masern oder Röteln innerhalb von 48 Std. nach Meldung bei mindestens 80 % der Fälle adäquate Maßnahmen einzuleiten sind.

Die jüngsten Erfahrungen zeigen, dass Genotypisierungen im Rahmen von Ausbrüchen entweder ungenügend oder überschießend sind. Es ist wichtig zu vermitteln, dass bei offensichtlichen Kontakten zu einem bekannten Fall nicht alle weiteren Betroffenen labordiagnostisch untersucht werden müssen. Vielmehr ist es zur Identifizierung von Transmissionsketten ausreichend, jeweils wenige zusammenhängende Fälle zu genotypisieren. Eine Genotypisierung sollte hingegen immer bei sporadisch aufgetretenen Masern- und Rötelfällen erfolgen.

Empfehlungen der Kommission

Unter Berücksichtigung der dargelegten Situation empfiehlt die Kommission, folgende Maßnahmen durchzuführen:

- Der Anteil der labordiagnostisch bestätigten Rötelfälle betrug 2014 nur 22 %. Da das Krankheitsbild der Röteln unspezifisch ist und etwa 50 % der Fälle subklinisch verlaufen, sollen labordiagnostische Untersuchungen bei Rötelfällen vermehrt durchgeführt werden.
- Der Anteil der Masern- und Rötelausbrüche mit integrierten Fällen mit einem Virusnachweis (PCR und/oder Genotypisierung) beträgt derzeit nur 55 %. Ziel muss es sein, einen Virusnachweis bei mindestens 80 % der Ausbrüche zu führen.
- Es soll geprüft werden, wie eine Verlinkung der Daten des NRZ und der Meldedaten unter Wahrung des Datenschutzes möglich ist.

1. SESSION PLENUM

STAND DER ELIMINATION DER MASERN UND RÖTELN IN DEUTSCHLAND AUS SICHT DER NATIONALEN VERIFIZIERUNGSKOMMISSION MASERN/RÖTELN (NAVKO)

- Der Impfschutz des medizinischen Personals muss unbedingt erhöht werden. Die Entscheidung des Charité-Vorstandes, künftig den vollständigen berufsbezogenen Impfstatus zur Voraussetzung von Neueinstellungen zu machen, hält die Kommission für eine zielführende Maßnahme.
- Es werden repräsentative aktuelle Daten benötigt zur
 - Einstellung der Ärztinnen und Ärzte bezüglich der Impfung und Elimination von Masern und Röteln und
 - Immunität von Beschäftigten im Gesundheitsdienst.
- Ebenso fehlen aktuelle Informationen zu unverzüglichen Maßnahmen der Gesundheitsämter im Ausbruchsfall.
- Das Ausbruchsberichtsformat, das seit Ende 2014 für Masern- und Rötelausbrü-

che zur Verfügung steht, verbessert nach Auffassung der Kommission die Datenlage zur Einschätzung der durchzuführenden Maßnahmen. Es soll daher verstärkt zur Anwendung kommen.

Defizite bei Impfmaßnahmen

Die Kommission ist der Auffassung, dass die Elimination der Masern und Röteln in Deutschland zusätzlich zu den dargelegten methodischen und organisatorischen Verbesserungen gesundheitspolitische Unterstützung braucht. Insbesondere fehlt ein klares gesundheitspolitisches Bekenntnis zur Elimination der Masern und Röteln. Wichtig sind auch Angaben über das Engagement der Ärzteschaft als wichtigste Mediatoren und zusätzliche Impfangebote durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (s. Abb. 2).

- Das bestehende nationale gesundheitspolitische Bekenntnis zur Elimination der Masern und Röteln führte bisher **nicht** zu:
 - einem bundesweiten Ausdruck eines starken gemeinsamen politischen Willens,
 - bundesweiten Impfkationen für ungenügend geimpfte Bevölkerungsgruppen,
 - einer Verbesserung der epidemiologischen Lage (meist bestimmte Länder von Ausbrüchen betroffen; insgesamt Stagnation seit über 10 Jahren),
 - einem systematischen und ausreichendem finanzierten Vorgehen in Erstaufnahmestellen für Asylsuchende, bei dem Impfschutz und Unterbringung gleichermaßen berücksichtigt wurden.
- Es ist weitestgehend **unbekannt**, welche gezielten Maßnahmen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte als wichtigste Mediatoren ergreifen.
 - Interventionen zur Erinnerung könnten vermutlich wirksam sein.
- **Nur noch in Ausnahmefällen** finden zusätzliche Impfangebote durch den öffentlichen Gesundheitsdienst statt.

Abb. 2: Defizite bei Impfmaßnahmen

Erarbeitung eines Nationalen Aktionsplans 2015 bis 2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland

Dr. Osamah Hamouda

Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Berlin

Hintergrund

Deutschland hat sich zu den Zielen der WHO-Euro bekannt, bis zum Jahr 2015 die Elimination der Masern und Röteln anzustreben. Dazu hat jeder Mitgliedsstaat nachzuweisen, dass über 12 Monate keine endemische Transmission der Masern- und Rötelnviren mehr vorliegt. Grundvoraussetzung ist dabei das Vorhandensein eines Surveillancesystems von hoher Qualität. Bisher konnte es nicht gelingen, in Deutschland die Maserninzidenz auf das von der WHO geforderte Niveau von weniger als einem Masernfall pro 1.000.000 Einwohner und Jahr zu bringen

und Impfquoten von mindestens 95 % für zwei Masernimpfungen bundesweit, in den Bundesländern und in allen Land- und Stadtkreisen zu erreichen. Aktuell findet in Berlin der größte Ausbruch von Masern seit über 10 Jahren statt. Für das Jahr 2015 (Stand: 31.05.2015) weisen die östlichen Bundesländer (ohne Berlin) erstmals eine höhere Maserninzidenz als die westlichen Bundesländer (einschließlich Berlin) auf (47,8 Fälle pro 1 Mio. Einwohner versus 23,3 Fälle pro 1 Mio. Einwohner). Anfang des Jahres 2015 wurde in Deutschland die höchste Zahl von Masernfällen in Ländern der EU und der Europäischen Wirtschaftszone beobachtet (Abb. 1).

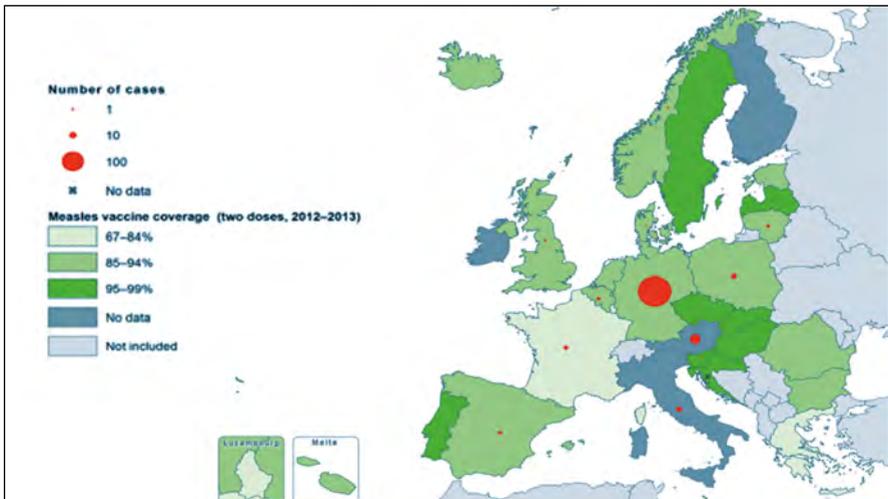


Abb. 1: Impfquoten (2012/ 13) und Masernfälle in Ländern der EU und der Europäischen Wirtschaftszone (Daten des ECDC von März 2015; http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/measles/epidemiological_data/Pages/measles_maps.aspx)

1. SESSION PLENUM

ERARBEITUNG EINES NATIONALEN AKTIONSPANS 2015 BIS 2020 ZUR ELIMINATION DER MASERN UND RÖTELN IN DEUTSCHLAND

Erarbeitung des Aktionsplans und Konsensfindung

Im Juli 2014 fand sich unter Federführung des RKI eine Arbeitsgruppe zusammen, die aus Vertretern der Bundesländer Bayern, Niedersachsen, Berlin, Hessen und Sachsen sowie des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD), des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), der Bundesärztekammer (BÄK), des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bestand. Die Arbeitsgruppe hatte zum Ziel, einen konsensfähigen Entwurf für einen aktualisierten Nationalen Aktionsplan zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland zu erarbeiten.

Dieser Plan folgt dem „Interventionsprogramm Masern, Mumps, Röteln (MMR)“ des Bundes und der Länder aus dem Jahr 1999, in dem erstmals Leitziele für eine Elimination der Masern in Deutschland festgelegt wurden. Diese Leitziele wurden durch den Nationalen Impfplan (NIP) im Jahr 2012 aufgegriffen und weiterentwickelt. Der NIP unterstrich das WHO-Ziel der Masern- und Rötelnelimination bis 2015 und regte eine Aktualisierung des deutschen Interventionsprogramms an. Die Erarbeitung des „Nationalen Aktionsplans 2015 bis 2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland“ kommt dieser Forderung nach. Das Fundament des Aktionsplanes bildet der politische Wille zur Unterstützung aller Akteure, die an der Erreichung des Eliminationszieles beteiligt sind. Hierauf stehen die drei Säulen Primärprävention (einschl. Imp-

fungen), Kommunikation und Sekundärprävention (einschl. Fallmanagement und Surveillance), die zur Zielerreichung wesentlich beitragen.

Ein erster Entwurf wurde im Rahmen einer nationalen Konferenz im Dezember 2014 in Berlin vorgestellt. Die dabei entwickelten Vorschläge wurden erneut diskutiert und in den Entwurf eingearbeitet. Dieser wurde im Februar 2015 im Rahmen eines Stellungnahme-Verfahrens an über 50 Organisationen, Gremien und Verbände verschickt, von denen insgesamt 30 Rückmeldungen eingingen. Der überarbeitete Plan erhielt die Zustimmung der Obersten Landesgesundheitsbehörden und eine einstimmige Empfehlung der Amtschefs an die Gesundheitsministerkonferenz, die schließlich im Juni 2015 dem Masern- und Röteln-Aktionsplan ebenfalls ihre Zustimmung gab.

Inhalte des Aktionsplans

Der Plan nimmt eine Bestandsaufnahme der epidemiologischen Situation vor, identifiziert die Bevölkerungsgruppen, für die noch besonderer Handlungsbedarf im Hinblick auf die Elimination der Masern und Röteln besteht, benennt strategische und messbare Ziele und schlägt konkrete Maßnahmen und Aktionen sowie mögliche Akteure zu ihrer Umsetzung vor.

Unter Berücksichtigung der aktuellen Epidemiologie und Daten zur Immunität identifizierte die Arbeitsgruppe die folgenden Bevölkerungsgruppen mit besonderem Handlungsbedarf:

- Kinder im Alter von 11 bis 24 Monaten, insbesondere vor Eintritt in die Kita,
- 10- bis 17-jährige Jugendliche,

1. SESSION PLENUM

ERARBEITUNG EINES NATIONALEN AKTIONSPANS 2015 BIS 2020 ZUR ELIMINATION DER MASERN UND RÖTELN IN DEUTSCHLAND

- nach 1970 geborene Erwachsene (damit zur Zeit jünger als 45 Jahre),
- Bevölkerungsgruppen mit einer potenziellen gesundheitlichen Unterversorgung wie Beschäftigte im Gesundheitswesen oder Asylsuchende und Flüchtlinge,
- Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlich motivierten Impfvorbehalten.

Ziele

Oberstes Leitziel des Aktionsplans ist das Erreichen der dauerhaften Elimination der Masern und Röteln in Deutschland als Beitrag für eine weltweite Eradikation.

Ein wesentliches strategisches Ziel ist die Unterstützung aller relevanten Akteure durch den Ausdruck eines starken politischen Willens für die Masern- und Röteln-Elimination. Ein wesentliches Ziel besteht in der umfassenden Information und Aufklärung der Bevölkerung zum Thema Masern und Röteln, die die erwarteten Effekte ebenso einschließt wie mögliche unerwünschte Wirkungen der Impfungen gegen diese Virusinfektionen. Weitere Ziele sind die Erhöhung der Impfquoten für die Masern-Röteln-Standardimpfungen bei Kindern und Erwachsenen sowie in der Optimierung von Masernsurveillance und Ausbruchmanagement.

Die Umsetzung der strategischen Ziele soll anhand von messbaren Zielen verfolgt und evaluiert werden; diese sind:

1. die Steigerung des Anteils der Bevölkerung, der einer Masern-Mumps-Röteln (MMR)-Impfung grundsätzlich positiv gegenüber steht,
2. das Erreichen und Aufrechterhalten einer

Impfquote von über 95 % für die MMR-Erstimpfung bei Kindern im Alter von spätestens 15 Monaten,

3. das Erreichen und Aufrechterhalten einer Impfquote von über 95 % für zwei MMR-Impfungen bei Kindern in den Schuleingangsuntersuchungen,
4. das Erreichen und Aufrechterhalten einer Bevölkerungsimmunität in allen Altersgruppen, die eine Transmission von Masern- bzw. Rötelnviren verhindert,
5. die Steigerung des Anteils (gemäß WHO-Definition) der laborbestätigten übermittelten Masern- und Rötelnfälle auf mindestens 80 % der klinisch diagnostizierten Masern- oder Rötelnfälle,
6. Stärkung des Ausbruchmanagements auf kommunaler Ebene und Berichterstattung von 80 % der jährlich gemeldeten Masern- und Rötelnausbrüche.

Vorgehen

Zu jedem messbaren Ziel sind Vorschläge für mögliche Maßnahmen mit diesbezüglichen konkreten Aktionen und Akteuren aufgeführt. Der Aktionsplan beschreibt dabei auch Maßnahmen, die zum Teil bereits im Nationalen Impfplan vorgeschlagen wurden und führt diese vielfach weiter aus. Die Aktionen sind als Vorschläge zu verstehen und können für jedes Ziel nach Maßgabe des lokalen Kontextes und unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen entwickelt bzw. angepasst werden. Folgende mögliche Maßnahmen wurden aufgenommen und durch Vorschläge für konkrete Aktionen weiter ausgeführt:

1. SESSION PLENUM

ERARBEITUNG EINES NATIONALEN AKTIONSPLANES 2015 BIS 2020 ZUR ELIMINATION DER MASERN UND RÖTELN IN DEUTSCHLAND

Informationsaktivitäten für die Bevölkerung fortführen und ausbauen

- bundesweite und regionale Informationskampagnen,
- Nachweis einer ärztlichen Beratung für Personensorgeberechtigte bei Aufnahme des Kindes in die Kita,
- Informationen für Personensorgeberechtigte bei Aufnahme des Kindes in eine Gemeinschaftseinrichtung,
- Informationen von (Berufs-) Schülern und Studenten bei Aufnahme in eine Lehrereinrichtung.

Förderung der Aufmerksamkeit von Multiplikatoren

- gezielte und aktuelle Informationen über den Aktionsplan und über aktuelle STIKO-Empfehlungen,
- Durchführung einer Studie zur Einstellung von Ärztinnen und Ärzten hinsichtlich Impfungen,
- Steigerung der Attraktivität von Impfleistungen für Ärztinnen und Ärzte,
- Verankerung des Ausbildungsinhaltes Impfen in der Approbationsordnung,
- Gestaltung der Aus- und Fortbildungen hinsichtlich Impfungen für das ärztliche Personal wie auch für das medizinische Fachpersonal und weitere Multiplikatoren,
- Prüfung der Einführung und des Ausbaus von Erinnerungs- und Einbestellungssystemen.

Prüfung und Schließen von Impflücken durch subsidiäre Maßnahmen des ÖGD

- Möglichkeit der Durchführung unentgeltlicher Impfungen nach § 20 IfSG stärker nutzen,
- Anstellung von Gesundheitsfachpersonal zur Verstärkung des ÖGD im Rahmen von Imp-

faktionen ermöglichen bzw. Honorarmittel bereitstellen.

Erleichterung des Zugangs zu Impfungen für Bevölkerungsgruppen mit besonderem Handlungsbedarf

- Informationen zur J1-Untersuchung zur Verfügung stellen,
- Prüfung des Impfstatus von Jugendlichen im Rahmen verschiedener Anlässe nutzen (Erste-Hilfe-Kurse, Schulwechsel, Jugendschutzuntersuchungen, Tauchkurse etc.),
- Einbindung von Impftemen in den Schulunterricht,
- Prüfung der Möglichkeit aufsuchender Impfangebote und Impfungen für Asylsuchende,
- Prüfung der Möglichkeit abrechnungstechnischer Voraussetzungen für die Arbeitsmediziner zum Schließen von MMR-Impflücken über die bestehenden arbeitsmedizinischen Regelungen hinaus,
- Prüfung einer Änderung der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) hinsichtlich einer Pflichtvorsorge auch im schulischen Bereich.

Steigerung der MR-Diagnostik (Labordiagnostik, Genotypisierung)

Erarbeitung eines generischen Leitfadens zum Ausbruchmanagement auf kommunaler und regionaler Ebene

- Erhöhung der Rate zeitgerechter Meldungen von Masern- oder Rötelfällen an das zuständige Gesundheitsamt,
- Informationsmaterialien für den Fall des Auftretens eines Masern- oder Rötelfalles oder eines Ausbruchs entwickeln und vorhalten,

1. SESSION PLENUM

ERARBEITUNG EINES NATIONALEN AKTIONSPANS 2015 BIS 2020 ZUR ELIMINATION DER MASERN UND RÖTELN IN DEUTSCHLAND

- umgehende Umsetzung von Riegelungsimpfungen im Rahmen von Ausbrüchen.

Integration und Nutzung eines Berichtsmates für Ausbrüche im elektronischen Meldesystem des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Im Rahmen des Stellungnahme-Verfahrens hatte der Aktionsplan grundsätzliche Zustimmung von den teilnehmenden Organisationen erfahren. So wurde sehr häufig betont, wie wichtig es sei, so schnell wie möglich konkrete und zielführende Maßnahmen durchzuführen. Häufige Kommentare zum Entwurf des Aktionsplans waren:

- Erreichbarkeit der Elimination nicht möglich ohne die zusätzliche Bereitstellung von Ressourcen,
- Zweifel an Realisierbarkeit der gesetzten Zeitpunkte,
- Aufnahme weiterer Altersgruppen in den messbaren Zielen (z.B. 24 Monate alte Kinder),
- berufspolitische Forderungen (z.B. monetäre Erleichterungen von Impfungen).

Daneben gab es weitere Vorschläge für Maßnahmen, wie z.B. die Einführung einer Impfpflicht oder eines Impfreisters, die Durchführung einer nationalen Impfkampagne im Sinne eines Catch-Up und für Aktionen (wie z.B. Impfungen der Eltern im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen). Viele vorgeschlagene Anregungen und Vorschläge gingen nach erneuter Diskussion in der Arbeitsgruppe in den Entwurf ein, andere konnten aufgrund eines fehlenden Konsenses nicht berücksichtigt werden. Es wurde jedoch betont, dass spezifische Aktionen im Rahmen einer begleitenden Arbeitsgruppe weiter diskutiert werden sollten und daraus weitere konkrete Maßnahmen erwach-

sen sollten.

Alle benannten Akteure, Bund, Länder und Kommunen sind nun aufgefordert, auf nationaler wie auf regionaler und lokaler Ebene zu prüfen, welche der beschriebenen Aktionen und Maßnahmen umgesetzt werden können und ob gegebenenfalls auch darüber hinausgehende Maßnahmen zu ergreifen sind. Eine mögliche regelmäßige Berichterstattung und Diskussion wird helfen, die Erfahrungen zu bündeln und gezielt hilfreiche Maßnahmen durchführen zu können. Die bestehende Arbeitsgruppe schlägt aus diesem Grund vor, dass die Umsetzung des Masern- und Röteln-Aktionsplanes durch eine nationale Arbeitsgruppe begleitet und unterstützt wird. Diese Arbeitsgruppe könnte dann von der neu eingerichteten Geschäftsstelle „Nationaler Impfplan“ koordiniert werden.

Fazit

Der Aktionsplan 2015 bis 2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland bildet ein Konsenspapier mit messbaren Zielen und Zeitvorgaben, bis wann diese Ziele erreicht werden müssen. Ferner werden mögliche konkrete Aktionen und Akteure zu ihrer Umsetzung vorgeschlagen. Zu seiner Entwicklung wurde eine Vielzahl von Akteuren eingebunden und die Zustimmung von politischen Entscheidungsträgern erreicht. Aktionen erfolgen bereits auf vielen Ebenen. Für eine Intensivierung ist eine politische und wissenschaftliche Unterstützung dringend erforderlich. Die Arbeitsgruppe Aktionsplan beendet hier ihren Auftrag und empfiehlt die Einrichtung einer neuen Arbeitsgruppe unter der Koordination der Geschäftsstelle „Nationaler Impfplan“ zur Begleitung der Umsetzung, Erarbeitung weiterer Vorschläge sowie zur Unterstützung der Länder. Durch die gemeinsame Anstrengung auf allen Ebenen sollte es auch in Deutschland gelingen, die Masern und Röteln zu eliminieren.

Sachstand Implementierung einer Geschäftsstelle Nationaler Impfplan am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)

Dr. Wolfgang Hierl

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Referat Öffentlicher Gesundheitsdienst, Infektionsschutz und Hygiene, München

Für das Impfen gibt es in Deutschland sehr gute Rahmenbedingungen, die unter anderem im Infektionsschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch V verankert sind. Der Staat bekennt sich zum Impfen und kommt seiner Verantwortung in vielerlei Hinsicht nach. Von der Überwachung der Entwicklung, Herstellung und Marktzulassung von Impfstoffen über die Informations- und Aufklärungspflicht der Bevölkerung bis hin zur Erfassung von eventuellen Impfnebenwirkungen gibt es vielfältige gesetzliche Vorgaben und Rahmenbedingungen. Allerdings mangelt es bisher noch an der Koordination der vielfältigen Akteure und Aktionen, die durch folgende Schritte überwunden werden sollen.

Nationaler Impfplan (NIP)

- Auf der 1. Nationalen Impfkonzferenz in Mainz kamen im März 2009 erstmalig Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Gesundheitspolitik, Forschung, Ärzteschaft, Öffentlichem Gesundheitsdienst, der Kostenträger und auch Vertreter kritischer Stimmen zu einem konstruktiven Dialog zusammen. Auf der Konferenz wurden Ziele entsprechend der deutlich gewordenen Prioritäten formuliert, die den Impfschutz der Bevölkerung fördern und die Koordination der vielfältigen Akteure und Aktionen zum Thema Impfen verbessern sollen.
- Zur Umsetzung dieser Ziele haben die Länder im Juni 2009 beschlossen, mit Unterstützung der Fachbehörden auf Bundesebene einen Nationalen Impfplan zu entwickeln.
 - Der Nationale Impfplan soll über die komplexe Organisation des deutschen Impfwesens informieren und Transparenz für die Fachwelt und für die interessierte Öffentlichkeit schaffen.
 - Bund und Länder sollen gemeinsame Ziele für das Impfwesen in Deutschland und zu einzelnen impfpräventablen Erkrankungen formulieren.
 - Die Ziele sollen mit den anderen für das Impfen zuständigen Partnern abgestimmt, in den Nationalen Impfplan aufgenommen und evaluiert werden.
 - Die Entwicklung und Fortschreibung des Nationalen Impfplanes wird von den politischen Entscheidungsträgern gefördert und begleitet. Zwischenergebnisse werden auf den alle zwei Jahre stattfindenden Nationalen Impfkonzferenzen vorgestellt und diskutiert. Hier werden auch weitere gemeinsame Ziele vereinbart.
- Die Endabstimmung erfolgte am 13.12.2011 durch Vertreter BMG, RKI, PEI, BZgA und Länder.

2. SESSION PLENUM

SACHSTAND IMPLEMENTIERUNG EINER GESCHÄFTSSTELLE NATIONALER IMPFPLAN AM BAYERISCHEN LANDESAMT FÜR GESUNDHEIT UND LEBENSMITTELSICHERHEIT (LGL)

- Die 84. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 2011 hatte eine Veröffentlichung des Nationalen Impfplans beschlossen.
- Die 86. GMK 2013 hatte unter TOP 9.2 beschlossen, dass die Umsetzung, Überprüfung der Umsetzung und Fortschreibung des Nationalen Impfplans auf der Grundlage der zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und den Ländern abgestimmten Beschreibung erfolgen soll. Grundlage für den GMK-Beschluss vom Juni 2013 für alle erfolgten Planungen und auch für die bayerische Bewerbung um die Geschäftsstelle war, dass der Bund 50 % der Kosten trägt und die übrigen Kosten nach dem Königsteiner Schlüssel zwischen den Ländern aufgeteilt werden.
- Für die Errichtung der Geschäftsstelle hatten 2013 die Charité – Berlin School of Public Health sowie das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) ihr Interesse bekundet. Nach Abwägung der im Rahmen der beiden vorliegenden Interessenbekundungen vorgelegten Unterlagen wurde durch die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) im August 2013 dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit der Vorzug gegeben.
- Aufgaben bzw. Funktion der zu errichtenden Geschäftsstelle für den Nationalen Impfplan sollen in erster Linie sein (s. Abb.):
 - Unterstützung der „Nationalen Lenkungsgruppe Impfen“ (NaLI),
 - Erstellung und Pflege einer Homepage / eines Internetauftritts,
 - Ansprechpartner für alle Fragen zum Impfen – die ggf. an die zuständigen Institutionen weitergeleitet werden,
 - Einberufung, Vorbereitung und Protokollierung von Sitzungen.

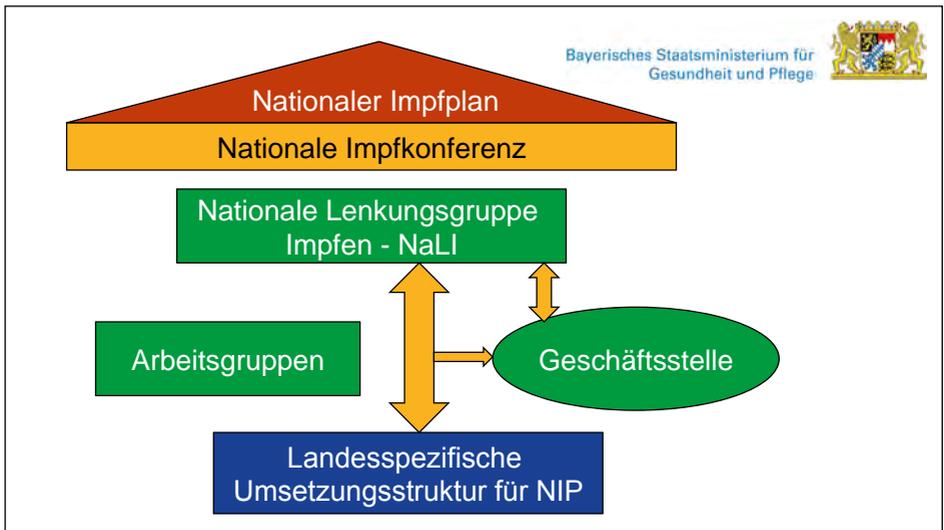


Abbildung. : Aufgaben und Strukturen zur Umsetzung des NIP

2. SESSION PLENUM

SACHSTAND IMPLEMENTIERUNG EINER GESCHÄFTSSTELLE NATIONALER IMPFPLAN AM BAYERISCHEN LANDESAMT FÜR GESUNDHEIT UND LEBENSMITTELSICHERHEIT (LGL)

- Für die Geschäftsstelle ist folgende Struktur vorgesehen:
 - 1 Vollzeitstelle mit fundierten Fachkenntnissen im Impfen,
 - 1 Vollzeitstelle Sachbearbeitung,
 - Festlegung von Aufgaben und Struktur der Nationalen Lenkungsgruppe Impfen (inkl. Aufgaben der Geschäftsstelle) in Geschäftsordnung.
- Für die Nationale Lenkungsgruppe Impfen (NaLI) hat die 86. GMK folgende Aufgaben vorgegeben:
 - Steuerungs- und Lenkungsgruppe,
 - Verabschiedung von Beschlüssen zu Impfzielen und zum nationalen Impfplan (NIP) im Rahmen der Tagung Nationale Impfkongferenz,
 - Koordinierung der Umsetzung, Erfolgskontrolle und Fortschreibung NIP,
 - Priorisierung von Themen/Impfzielen, Vorschlag Maßnahmen zur Umsetzung des NIP, Koordination der Fortschreibung,
 - Begleitung der nationalen Umsetzung und Erfolgskontrolle NIP,
 - Tagung mind. 2x zwischen Nationalen Impfkongferenzen,
 - als Mitglieder sind vorgesehen: GMK, Bund, GKV-Spitzenverband, PKV, BÄK, KBV.
- Einrichtung von Arbeitsgruppen durch NaLI und ihre Aufgaben:
 - Umsetzung der Ziele des NIP konkretisieren, fachliche Fragen bearbeiten,
 - fachliche Vorarbeit zu Beschlussvorlagen analog zur Prioritätensetzung und den 6 Themen des NIP,
 - Erstellung von Good Practice Manuals,
 - Zusammensetzung: themenspezifisch unter Beiziehung von Patientenverbänden,

STIKO sowie Fachgesellschaften.

- Landesspezifische Umsetzungsstrukturen:
 - Umsetzung des Nationalen Impfplans,
 - Entwicklung und Umsetzung landesspezifischer Maßnahmen,
 - Berichterstattung an NaLI,
 - Koordinierung mit den im Land verantwortlichen Akteuren z.B. Landesarbeitsgemeinschaft Impfen.

Der lange Weg einer Einigung

- In der Folgezeit wurden unterschiedliche Auffassungen über die Art der Beteiligung des Bundes und eine mögliche zeitliche Befristung diskutiert und führten zu Beschlüssen der 33. Sitzung der AOLG und der 87. GMK.
- Nach erfolgter Absprache des Vorsitzlandes der AOLG und dem BMG im März 2015 wurde die zeitliche Befristung der Kooperationsvereinbarung fallen gelassen, so dass nunmehr eine Grundlage für eine dauerhafte Finanzierung der Geschäftsstelle bestand.
- Die Errichtung und Finanzierung der Geschäftsstelle wird in einer gemeinsamen Verwaltungsvereinbarung zwischen den Ländern festgeschrieben. Diese gemeinsame Verwaltungsvereinbarung wurde zwischenzeitlich auf Arbeitsebene erarbeitet und abgestimmt. Die Ländervereinbarung sieht vor, dass die Länder gemeinsam den Finanzbedarf der Geschäftsstelle tragen, soweit dieser nicht vom Bund getragen wird. Bei einer planmäßigen hälftigen Beteiligung des Bundes (über das RKI) verbleibt somit ein hälftiger Finanzierungsanteil bei den Ländern. Für den Fall eines späteren Ausstiegs des Bundes tragen die Länder als Vereinbarungspartner gemeinsam den gesamten Fi-

2. SESSION PLENUM

SACHSTAND IMPLEMENTIERUNG EINER GESCHÄFTSSTELLE NATIONALER IMPFPLAN AM BAYERISCHEN LANDESAMT FÜR GESUNDHEIT UND LEBENSMITTELSICHERHEIT (LGL)

nanzbedarf der Geschäftsstelle.

- Die Ländervereinbarung tritt nach ihrer derzeitigen Entwurfsfassung erst in Kraft, wenn sie von den Vereinbarungspartnern unterzeichnet wurde und zusätzlich das LGL angezeigt hat, dass die Kooperationsvereinbarung zwischen RKI und LGL geschlossen wurde. Hierdurch soll vermieden werden, dass die Länder ohne eine Beteiligung des Bundes in Vorleistung treten.
- Die Entwürfe der Verwaltungs- und Kooperationsvereinbarung wurden im Anschluss an die 35. AOLG am 18./19.03.2015 in Mainz im Umlaufverfahren mit den Ländern abgestimmt und am 04.05.2015 geeint.
- Der Entwurf der Ländervereinbarung wurde durch das GMK-Vorsitzland am 05.05.2015 an das Vorsitzland der Finanzministerkonferenz (FMK) versandt mit der Bitte um Beratung in der FMK am 28.05.2015. Ein zustimmender Beschluss wurde von der FMK am 29.05. gefasst.
- Ein Unterzeichnungstermin der Verwaltungsvereinbarung durch die GMK-Mitglieder ist am Rande der 88. GMK am 24./25.06.2015 avisiert.
- LGL und RKI haben die Kooperationsvereinbarung an die Ländervereinbarung angepasst und am 19.05./03.06.2015 unterzeichnet.

Standort der Geschäftsstelle

- Das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), an dem die Geschäftsstelle des NIP eingerichtet wird, ist die zentrale Fachbehörde des Freistaats Bayern für Lebensmittelsicherheit, Gesundheit, Veterinärwesen und Arbeits-

schutz/Produktsicherheit.

- Das LGL ist dem Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Verbraucherschutz (StMUV), dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) und dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration (StMAS) nachgeordnet.
- Mit dem LGL gibt es in Bayern eine einheitliche, interdisziplinäre Fachbehörde für den gesamten Bereich des Gesundheits- und Verbraucherschutzes.
- Moderne Gesundheits- und Verbraucherpolitik braucht eine wissenschaftliche Grundlage. Das LGL
 - erfasst und bewertet vorausschauend gesundheitliche Risiken für die Bevölkerung,
 - informiert Verbraucherinnen und Verbraucher und schützt sie vor Irreführung und Täuschung,
 - forscht anwendungsorientiert und in Zusammenarbeit mit Herstellern, Hochschulen und Behörden,
 - unterstützt die amtliche Lebensmittelüberwachung, den öffentlichen Gesundheitsdienst, das amtliche Veterinärwesen und die Arbeitsschutzverwaltung in Bayern.
- Leistungsspektrum LGL betrifft folgende Bereiche:
 - Analytik von mehreren hunderttausend Proben jährlich aus den Bereichen Lebensmittel, Produkte sowie Human- und Veterinärmedizin,
 - anwendungsorientierte Forschungsarbeiten, teilweise in Kooperation mit Hochschulen,
 - Gremienarbeit,
 - Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, Präventionskam-

2. SESSION PLENUM

SACHSTAND IMPLEMENTIERUNG EINER GESCHÄFTSSTELLE NATIONALER IMPFPLAN AM BAYERISCHEN LANDESAMT FÜR GESUNDHEIT UND LEBENSMITTELSICHERHEIT (LGL)

- pagen,
- fachliche Beratung der Gewerbeaufsicht, der Veterinärverwaltung, der Gesundheitsämter und im gesundheitlichen Verbraucherschutz,
- Aus-, Fort- und Weiterbildung für Mitarbeiter des Geschäftsbereiches.

Fazit

Nach Unterschrift der Ländervereinbarung durch die GMK kann unmittelbar eine Stellenausschreibung erfolgen. Bayern freut sich auf den Beginn der Arbeit der Geschäftsstelle. Eine erfolgreiche Arbeit benötigt aber das Engagement und die aktive Unterstützung aller im Impfwesen Beteiligten und das Bewusstsein, dass sie alle durch die nationale Geschäftsstelle vertreten werden.

Einstellung, Wissen und Verhalten zur Masernimpfung in Deutschland – Ergebnisse aus dem bundesweiten Survey 2014 der BZgA zum Infektionsschutz

Peter Lang, Dr. Linda Seefeld

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Vor dem Hintergrund des auch von deutscher Seite unterstützten Ziels der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Elimination der Masern zu erreichen, hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) seit 2012 ihre Kommunikationsmaßnahmen zur Masernimpfung intensiviert und zur bundesweiten Aufklärungskampagne „Deutschland sucht den Impfpass“ ausgebaut.

2014 führte die BZgA eine Folgestudie zu der in 2012 erfolgten ersten repräsentativen Befragung von Jugendlichen und Erwachsenen zu Einstellungen, Wissen und Verhalten zum Infektionsschutz durch. Der Artikel stellt einen Teil der Ergebnisse dieser Studie und die daraus folgenden Maßnahmen anhand folgender Abschnitte dar:

- Hintergrund
- Zielsetzung der Studie
- Methodische Aspekte
- Ergebnisse
- Schlussfolgerungen und Fazit

1. Hintergrund

In Deutschland erkranken weiterhin jährlich mehrere hundert Menschen an Masern. Es kommt immer wieder zu lokalen und regionalen

Ausbrüchen. So wurden im Jahr 2015 allein bis zum 17. Juni 2.203 Fälle gemeldet¹. Rund die Hälfte der Erkrankungen betreffen Jugendliche und nach 1970 geborene Erwachsene. Daher sprach die Ständige Impfkommission (STIKO) 2010 zusätzlich zur Masern-Impfempfehlung für Kinder eine Impfempfehlung für alle nach 1970 geborenen Erwachsenen ohne Impfung, mit nur einer Impfung in der Kindheit oder mit unklarem Impfschutz aus².

Die im Jahr 2012 durch die BZgA gestartete Aufklärungskampagne „Deutschland sucht den Impfpass“ richtet sich vor allem an Jugendliche und junge Erwachsene und ergänzt die bestehenden Informationsangebote der BZgA für Eltern von Kindern zwischen 0 und 14 Jahren.

2. Zielsetzung der Studie

Das Ziel der vorliegenden Studie war Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Infektionsschutz (Impfen und Hygiene) von Erwachsenen in Deutschland zu erfassen und entsprechenden Aufklärungsbedarf zu identifizieren. In diesem Zuge wurden folgende masernspezifische Aspekte erfasst:

- die generelle Einstellung zur Masernimpfung,

2. SESSION PLENUM

EINSTELLUNG, WISSEN UND VERHALTEN ZUR MASERNIMPFUNG IN DEUTSCHLAND –
ERGEBNISSE AUS DEM BUNDESWEITEN SURVEY 2014 DER BZGA ZUM INFEKTIONSSCHUTZ

- Kenntnis der Masern-Impfempfehlungen für 1970 und später geborene Erwachsene,
- Gründe für den Verzicht auf die Impfung,
- die Absicht der Masernimpfung,
- Bekanntheit der BZgA-Aufklärungskampagne „Deutschland sucht den Impfpass“.

3. Methodische Aspekte

Die vorliegende Untersuchung ist eine Wiederholung der Baseline-Studie aus dem Jahr 2012 und liefert repräsentative Daten über den Kenntnisstand der Menschen in Deutschland sowie über die in der Bevölkerung vorhandenen Meinungen, Einstellungen und Verhaltensweisen in Bezug zum Infektionsschutz. Auf dieser Grundlage erfolgt eine zielgerichtete Weiterentwicklung und Planung künftiger Maßnahmen zur Verbesserung des Schutzverhaltens.

Um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der beiden Befragungen (2012 und 2014) zu gewährleisten, wurden das Erhebungsverfahren, das Auswahlverfahren, das Erhebungsinstrument sowie die Interviewerschulung und der Interviewereinsatz weitestgehend konstant gehalten. 2012 wurden 4.483 16- bis 85-Jährige (1.822 1970 und später Geborene) in der Zeit von Juni-August mittels computergestützter Telefoninterviews (CATIs) befragt. Die Ausschöpfungsrate mittels Festnetz lag bei 53,2 % und über mobile Anschlüsse bei 38,7 %.

2014 wurden im Zeitraum von Ende Juli bis Mitte September 2014 bundesweit 4.491 16- bis 85-Jährige (1.971 nach 1970 geborene Personen) mittels CATIs zufällig befragt. Die Ausschöpfungsrate mittels Festnetz lag hier bei 49,7 % und über mobile Anschlüsse bei 38,6 %.

4. Ergebnisse

27 % aller Befragten stufen die Masernimpfung als „besonders wichtig“ ein. 48 % halten die Impfung für „wichtig“. 23 % schätzen die Impfung gegen Masern als „nicht so wichtig“ ein. Als „besonders wichtig“ wird die Impfung gegen Masern überdurchschnittlich häufig von Befragten zwischen 30 und 44 Jahren, Schwangeren und Angehörigen des medizinischen Personals eingestuft. Als „nicht so wichtig“ wird die Impfung gegen Masern vergleichsweise häufig von den Westdeutschen eingeschätzt. Von denjenigen, die dem Impfen grundsätzlich ablehnend gegenüberstehen, hält die Hälfte die Masernimpfung für „nicht so wichtig“. Von den Impfbefürwortern meint dies knapp ein Fünftel. Der Vergleich der Studienergebnisse in der Zielgruppe der nach 1970 Geborenen von 2012 (N = 1.822) und 2014 zeigt, dass die Wahrnehmung der Wichtigkeit der Masernimpfung („besonders wichtig“ oder „wichtig“) gestiegen ist (von 72 % auf 77 %, $p = 0,107$). Es bestehen jedoch keine signifikanten Unterschiede im Zeitvergleich zwischen Ost und West sowie zwischen den Geschlechtern. (siehe Abbildung 1)

Die Empfehlung der STIKO zur Masernimpfung für nach 1970 oder später geborene Erwachsene ist vielen noch nicht bekannt. 26 % der Befragten, die dieser Indikationsgruppe zuzuordnen sind, kennen diese Empfehlung; 74 % geben an, diese Information bisher nicht erhalten zu haben. Überdurchschnittlich gut zeigen sich hier die Schwangeren informiert, von denen 38 % angeben, Kenntnis von der Impfempfehlung für Masern zu haben. Befragten mit Migrationshintergrund ist diese Empfehlung für Erwachsene vergleichsweise selten bekannt. Auch wenn weiterhin lediglich

2. SESSION PLENUM

EINSTELLUNG, WISSEN UND VERHALTEN ZUR MASERNIMPFUNG IN DEUTSCHLAND –
 ERGEBNISSE AUS DEM BUNDESWEITEN SURVEY 2014 DER BZgA ZUM INFektionSSCHUTZ

eine Minderheit der Angehörigen der Indikationsgruppe (nach 1970 geborene Personen) von der Impfpflicht für Masern Kenntnis hat, ist hier dennoch eine positive Entwicklung zu verzeichnen:

Der Anteil derjenigen, die bereits von der Impfpflicht für Masern gehört haben, ist im Vergleich zu 2012 von 17 % auf 26 % signifikant gestiegen ($p = 0,024$). (siehe Abbildung 2)

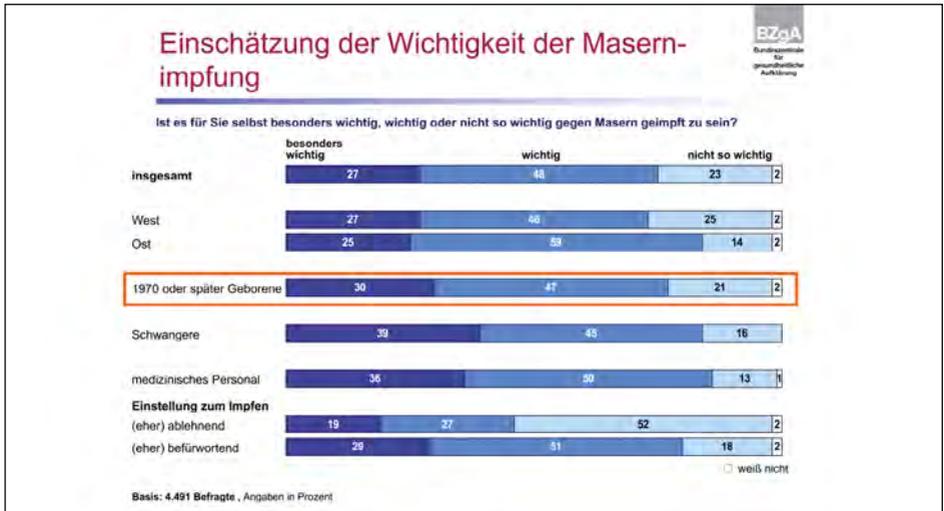


Abb. 1: Einschätzung der Wichtigkeit der Masernimpfung (BZgA-Infektionsschutzstudie 2014)

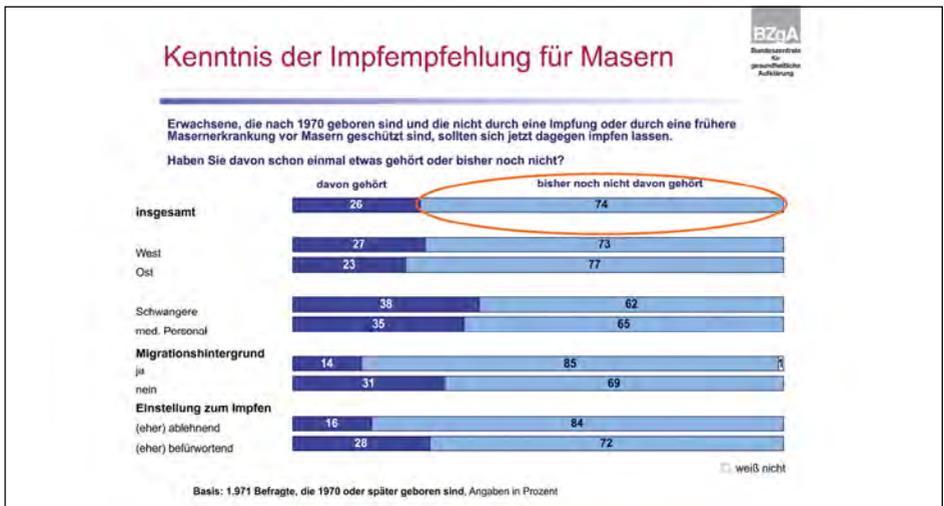


Abb. 2: Kenntnis der Impfpflicht für Masern (BZgA-Infektionsschutzstudie 2014)

2. SESSION PLENUM

EINSTELLUNG, WISSEN UND VERHALTEN ZUR MASERNIMPFUNG IN DEUTSCHLAND –
ERGEBNISSE AUS DEM BUNDESWEITEN SURVEY 2014 DER BZGA ZUM INFEKTIONSSCHUTZ

Insgesamt erinnern sich 57 % der ab 1970 Geborenen an eine Masernimpfung. Entweder in den letzten 5 Jahren, als Erwachsene vor 2009 oder in Ihrer Kindheit bzw. Jugend. Bei diesen Antworten ist jedoch zu berücksichtigen, dass es sich um rein subjektive Erinnerungen handelt und der Anteil der Befragten, die sich hier unschlüssig sind, ist relativ hoch. Daher ist ein Rückschluss auf den tatsächlichen Impfstatus nicht bzw. nur sehr begrenzt möglich. Darüber hinaus erinnern sich 35 % der 1970 und später Geborenen an eine Masernerkrankung in der Kindheit oder als Erwachsener. Ein Rückschluss auf den Immunstatus der Befragten durch die Summe der Geimpften und der Erkrankten ist hier ebenfalls nicht möglich, u. a. deshalb, weil die Befragten häufiger sowohl eine Erkrankung als auch eine Impfung angeben und beide Gruppen folglich Überschneidungen aufweisen. (siehe Abbildung 3)

Bei den Gründen, warum 1970 oder später Geborene, die nicht ausreichend gegen eine Masernerkrankung geschützt sind oder deren Immunstatus unklar ist, sich bisher nicht gegen Masern haben impfen lassen, spielen Wissensdefizite die größte Rolle: Die Mehrheit der Befragten sagt, dass sie niemand auf die (Notwendigkeit einer) Impfung hingewiesen hat (70 %) und knapp jeder Fünfte (19 %) beurteilt sich selbst als nicht zu einer Indikationsgruppe gehörend. Ein Viertel (25 %) nennt die Angst vor Nebenwirkungen als Impfhindernis. 19 % schätzen Masern als keine besonders schwere Krankheit ein und 18 % haben sich bisher nicht dagegen impfen lassen, weil sie Zweifel an der Wirksamkeit der Impfung haben. Seltener werden verpasste Impftermine oder die Angst vor Spritzen (jeweils 9 %) sowie eine chronische

Erkrankung oder der Rat eines Arztes, sich nicht gegen Masern impfen zu lassen (jeweils 2 %), als Gründe genannt, weshalb die Impfung nicht wahrgenommen wurde. (siehe Abbildung 4)

Die Motivation der 1970 oder später Geborenen, die nicht ausreichend gegen eine Masernerkrankung geschützt sind oder deren Immunstatus unklar ist, sich in nächster Zeit gegen Masern impfen zu lassen, ist relativ gering. Lediglich 1 % der Befragten gibt an sich „auf jeden Fall“ in den nächsten 12 Monaten impfen lassen zu wollen. 36 % wollen sich „eventuell“ und 55 % „auf keinen Fall“ gegen Masern impfen lassen.

40 % der nach 1970 geborenen Befragten hätten gern weitere Informationen zum Impfen von Erwachsenen. 60 % geben keinen diesbezüglichen Bedarf an. Die Ergebnisse dieser Befragung unterstreichen die Schlüsselrolle der Ärzteschaft bei der Aufklärung zu gesundheitsrelevanten Themen in allen betrachteten Bevölkerungsgruppen: Auf die Frage, welche Möglichkeiten sie „geeignet“ finden, um sich über Impfungen zu informieren, nennen nahezu alle Befragten (96 %) ein persönliches Gespräch mit einem Arzt oder einer Ärztin. Aber auch Krankenkassen, die Gesundheitsämter oder entsprechende Behörden werden als relevante Absender genannt. In der Zielgruppe der 1970 oder später Geborenen stellt auch das Internet eine wichtige Informationsquelle dar. (siehe Abbildung 5)

2. SESSION PLENUM

EINSTELLUNG, WISSEN UND VERHALTEN ZUR MASERNIMPFUNG IN DEUTSCHLAND –
 ERGEBNISSE AUS DEM BUNDESWEITEN SURVEY 2014 DER BZgA ZUM INFektionSSCHUTZ



Schutz gegen Masern für 1970 und später Geborene



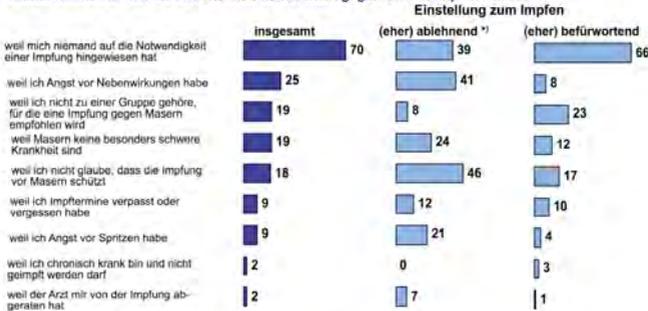
Basis: 1.971 Befragte, die 1970 oder später geboren sind, Angaben in Prozent

Abb. 3: Schutz gegen Masern für 1970 und später Geborenen (BZgA-Infektionsschutzstudie 2014)



Impfhindernisse Masern

Warum haben Sie sich als Erwachsener bisher nicht gegen Masern impfen lassen?



*) nur Tendenzangaben aufgrund geringer Fallzahlen

Basis: 307 Befragte, die nach 1970 geboren sind und nicht durch eine Impfung oder Erkrankung gegen Masern geschützt sind bzw. das nicht genau wissen, Angaben in Prozent

Abb. 4: Impfhindernisse Masern (BZgA-Infektionsschutzstudie 2014)

2. SESSION PLENUM

EINSTELLUNG, WISSEN UND VERHALTEN ZUR MASERNIMPFUNG IN DEUTSCHLAND –
ERGEBNISSE AUS DEM BUNDESWEITEN SURVEY 2014 DER BZgA ZUM INFektionSSCHUTZ

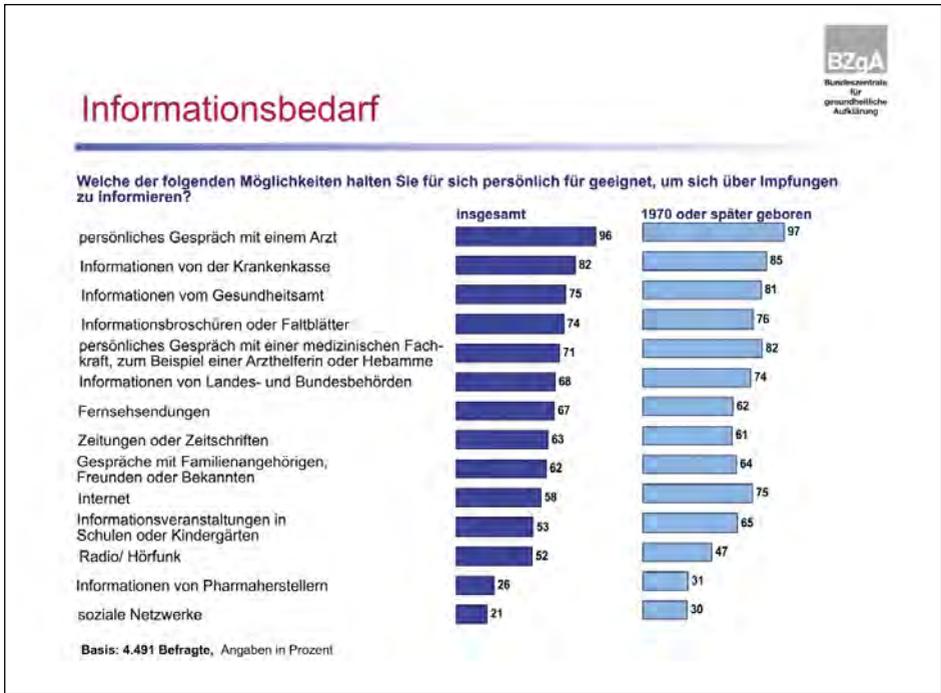


Abb. 5: Informationsbedarf (BZgA-Infektionsschutzstudie 2014)

Die Plakate oder den Kinospot unter dem Titel „Deutschland sucht den Impfpass“ haben 16 % der 16- bis 85-Jährigen schon einmal gesehen. 1970 oder später Geborene (24 %), Schwangere (31 %) und Angehörige des medizinischen Personals (26 %) geben dies etwas häufiger als der Durchschnitt an.

5. Schlussfolgerungen und Fazit

Die Ergebnisse verdeutlichen eine gesteigerte Aufmerksamkeit der nach 1970 Geborenen im Hinblick auf die Masernimpfung. Um das angestrebte Ziel der Elimination der Masernerkrankungen in Deutschland zu erreichen, ist es

erforderlich, die weiterhin bestehenden Informationsdefizite und Ängste in der Bevölkerung zu reduzieren. Dies kann nur durch verstärkte Aktivitäten auf der Grundlage wissenschaftlich fundierter Ergebnisse und den Einbezug aller an der Impfaufklärung beteiligten Akteure gelingen. Die wichtigsten Zielgruppen für diese Maßnahmen sind folgende:

- Männer,
- Altersgruppen 16- bis 20-Jährige sowie über 30-Jährige,
- Personen mit eher ablehnender Einstellung zum Impfen,
- Westdeutsche,

2. SESSION PLENUM

EINSTELLUNG, WISSEN UND VERHALTEN ZUR MASERNIMPFUNG IN DEUTSCHLAND –
ERGEBNISSE AUS DEM BUNDESWEITEN SURVEY 2014 DER BZGA ZUM INFEKTIONSSCHUTZ

- Personen mit Migrationshintergrund,
- Frauen im gebärfähigen Alter bzw. mit Kinderwunsch,
- medizinisches Personal.

Die im Herbst 2012 gestartete Kampagne „Deutschland sucht den Impfpass“ ist in ihrer Zielgruppe überdurchschnittlich häufig bekannt. Dennoch kennen drei Viertel der Zielgruppe die Kampagne noch nicht. Nach 1970 Geborene sind besonders affin für Informationen, die ihnen vom Arzt, der Krankenkasse, dem Gesundheitsamt oder entsprechenden anderen Behörden zur Verfügung gestellt werden. Präferierte Informationswege für Impffragen sind persönliche Gespräche mit dem Arzt, Informationsbroschüren sowie das Internet.

Diese Ergebnisse zeigen Möglichkeiten für die Weiterentwicklung von Interventionsmaßnahmen zur Reduktion der Impfhindernisse in den relevanten Zielgruppen auf. Mit deren Umsetzung kann sichergestellt werden, dass relevante Themen für eine kompetente Impfentscheidung kommuniziert werden.

Literaturverzeichnis

- i RKI, SurvStat
- ii Robert Koch-Institut (2014) Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/ Stand: August 2014. Epidemiol Bull 34: 305-340

2. SESSION PLENUM

IMPFUNGEN VON ASYLBEWERBERN: ZUSTÄNDIGKEITEN, UMGANG MIT STIKO-EMPFEHLUNGEN, FINANZIERUNG AUS SICHT EINES BUNDESLANDES

Impfungen von Asylbewerbern: Zuständigkeiten, Umgang mit STIKO-Empfehlungen, Finanzierung aus Sicht eines Bundeslandes

Dr. Inka Daniels-Haardt, Dr. Sebastian Thole

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW), Fachbereich Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung, Münster

Ausgangslage

Ca. 21 % der in Deutschland eintreffenden Asylbewerber werden nach dem „Königsteiner Schlüssel“ Nordrhein-Westfalen zugewiesen. Im gesamten Jahr 2014 waren das etwa 40.000 Menschen, bis Juni 2015 schon 20.000. Bis Jahresende wird mit einer Gesamtzahl von 85.000 gerechnet. Die Zugangszahlen lagen in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre im 20.000er Bereich und fielen bis 2007 auf einen Stand um 5.000. Seitdem ist

ein kontinuierlicher Anstieg zu beobachten, der 2014/2015 zu Höchstständen geführt hat (s. Abb.).

Die große Zahl der Asylbewerber stellt das Aufnahmesystem vor nie dagewesene Herausforderungen. Die Menschen müssen möglichst schnell untergebracht, registriert und versorgt werden. Erstes Ziel ist die Vermeidung von Obdachlosigkeit. Zusätzlich erschwerend ist es, dass der Zustrom von Asylsuchenden täglich schwankt und nicht vorhersehbar ist. Im Prinzip

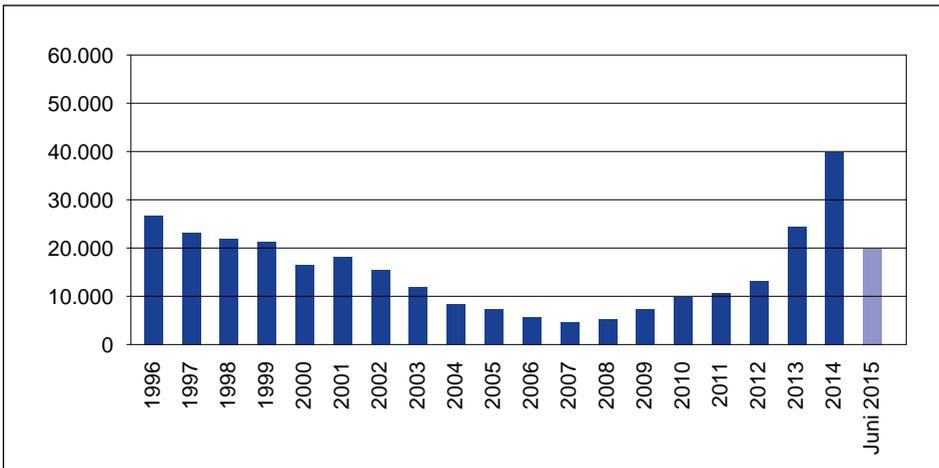


Abb.: Asylbewerberzugänge in NRW 1996 bis Juni 2015 – Erstanträge

2. SESSION PLENUM

IMPFUNGEN VON ASYLBEWERBERN: ZUSTÄNDIGKEITEN, UMGANG MIT STIKO-EMPFEHLUNGEN, FINANZIERUNG AUS SICHT EINES BUNDESLANDES

ist vorgesehen, die Asylbewerber in einer der Erstaufnahmeeinrichtungen in Dortmund, Bielefeld und Burbach (Kreis-Siegen-Wittgenstein) aufzunehmen und hier bei einer Aufenthaltsdauer von ca. 2 Tagen persönliche Daten zu erheben, den Asylantrag zu stellen und erste Gesundheitsuntersuchungen, in erster Linie Ausschluss einer Tuberkulose, durchzuführen und wenn erforderlich, Versorgungsmaßnahmen einzuleiten. Aus den Erstaufnahmeeinrichtungen werden die Asylbewerber einer der 24 zentralen Unterbringungseinrichtungen des Landes zugewiesen und nach ca. 14 Tagen in kommunalen Einrichtungen untergebracht.

Dieses System wurde durch den massiven Anstieg der Asylbewerberzahlen im Herbst 2014 überfordert. Um den Ansturm zu bewältigen, mussten kurzfristig Entlastungs- und Notunterkünfte geschaffen werden. Die Aufenthaltsdauer in den Erstaufnahmeeinrichtungen reduzierte sich häufig auf wenige Stunden. Die Menschen wurden in vielen Fällen ohne Registrierung weitergeleitet. Durch Infektionsgeschehen brachen zusätzlich zeitweise bis zu 40 % der Unterbringungskapazitäten weg.

Insbesondere im Zeitraum August bis Oktober 2014 wurden vermehrt Einzelfälle, aber auch Ausbrüche impfpräventabler Erkrankungen wie Masern oder Windpocken in Asylbewerberunterkünften gemeldet. Oftmals waren Kinder im Alter bis sieben Jahre und junge Erwachsene (Alter: 20-30 Jahre) aus unterschiedlichen Herkunftsländern betroffen. Verschiedene Faktoren erschwerten das Fall- und Ausbruchmanagement. Aufgrund der Vielzahl von Menschen und der damit verbundenen räumlichen Enge in den Unterkünften gab es eine

große Zahl ansteckungsverdächtiger Kontaktpersonen und nur sehr begrenzte Kapazitäten zur Isolierung von erkrankten Personen. Zum Teil wurden nicht geimpfte Personen, die sich noch in der Inkubationsphase oder im Prodromalstadium einer Infektion befanden, in andere Unterkünfte verlegt, wodurch es zu Transmissionen der Erreger in weitere Einrichtungen kam. Bei den möglichen Kontaktpersonen lag zudem in der Regel keine valide Dokumentation des Impf- und Immunstatus vor.

Die jeweils zuständigen Gesundheitsämter leiteten – zum Teil unter großen personellen und finanziellen Anstrengungen – Maßnahmen ein, um die Ausbreitung der Infektionen einzudämmen. So wurden z.B. Riegelungsimpfungen durchgeführt, Erkrankte oder Personen mit besonderem Risiko räumlich abgetrennt untergebracht. Oftmals wurden serologische Antikörper-Screenings durchgeführt, um den Immunstatus der Bewohnerinnen und Bewohner festzustellen.

Letztlich führte diese Situation dazu, dass zur gleichen Zeit für sechs verschiedene Einrichtungen Transferstopps von zwei bis drei Wochen angeordnet wurden, um die Ausbreitung der Erkrankungen zu verhindern. Dadurch wurden die Unterbringungskapazitäten zusätzlich deutlich reduziert. In dieser Phase wurde vom Innenministerium ein fünftägiger Aufnahmestopp für Asylsuchende in Nordrhein-Westfalen erwirkt.

Lösungsansätze

Zum Management der Aufnahme und Verteilung der Asylbewerber wurde bei der Bezirksregierung Arnsberg ein zusätzliches Dezernat

2. SESSION PLENUM

IMPFUNGEN VON ASYLBEWERBERN: ZUSTÄNDIGKEITEN, UMGANG MIT STIKO-EMPFEHLUNGEN, FINANZIERUNG AUS SICHT EINES BUNDESLANDES

mit landesweiter Zuständigkeit geschaffen. Bis Frühjahr 2015 gelang es, die Unterbringungs-kapazitäten auf 7.900 im Regelsystem und 2.900 in Notunterkünften zu erhöhen.

Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) nahm im September 2014 Beratungen mit dem Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen (MIK) auf, um den § 62 des Asylverfahrensgesetzes (AsylVfG) (http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/asylvfg_1992/gesamt.pdf) für das Land zu konkretisieren. Gemäß § 62 sind „Ausländer, die in einer Aufnahmeeinrichtung oder Gemeinschaftsunterkunft zu wohnen haben“ verpflichtet, „eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane zu dulden“. Die oberste Landesgesundheitsbehörde bestimmt den Umfang der Untersuchung. Für die Finanzierung der Untersuchungen ist in NRW das MIK zuständig. Die Abstimmung erfolgte im Spannungsfeld zwischen Erfordernissen der schnellen Unterbringung, dem notwendigen Gesundheitsschutz und den budgetären Limitierungen. Ziel war es sicherzustellen, dass so früh wie möglich das basal Notwendige für den gesundheitlichen Schutz des Einzelnen und der Gemeinschaft getan wird.

Im Oktober 2014 wurde die „Bestimmung des Gesundheitsministeriums zum Umfang der Gesundheitsuntersuchungen von Asylbegehrenden in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften“ veröffentlicht. Festgelegt wurden der Umfang der medizinischen Maßnahmen, der Zeitraum, in dem sie zu erfolgen haben und die Verpflichtung zur Dokumentation.

Die ärztliche Erstuntersuchung umfasst eine orientierende Anamnese, die Impfausweiskontrolle, eine orientierende körperliche „Inaugenscheinnahme“, den Ausschluss einer Tuberkulose und, wenn indiziert, weitere serologische oder Stuhluntersuchungen.

Zusätzlich werden die Aufnahmeeinrichtungen verpflichtet, ein Impfangebot zu machen, das mindestens besteht aus:

- für Kinder ab 8 Wochen: Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, HiB, Polio,
- für Kinder ab 11. Monat zusätzlich: Masern, Mumps, Röteln, Varizellen,
- für Erwachsene: Masern, Mumps, Röteln, Diphtherie, Polio.

Das Angebot deckt nicht komplett die entsprechenden STIKO-Empfehlungen ab (s. Tabelle) und ist explizit als Mindestangebot zu verstehen. Wenn z. B. Kombinationsimpfstoffe zur Verfügung stehen, die in der Beschaffung wirtschaftlicher sind, können diese selbstverständlich verwendet werden. Auch bei begründeter Indikation kann das Angebot – im Einzelfall – erweitert werden.

Es wird festgelegt, dass Untersuchungen und Impfungen „so früh wie möglich“ – also in der Regel in der Erstaufnahmeeinrichtung – durchgeführt werden, um den einzelnen Asylbewerber vor Infektionen zu schützen, die Weiterverbreitung von Infektionskrankheiten, in erster Linie Tuberkulose und impfpräventable Erkrankungen, zu verhindern und evtl. akuten medizinischen Behandlungsbedarf zu erkennen.

Die Bestimmung besagt des Weiteren, dass Verlegungen aus bzw. in Einrichtungen, in de-

2. SESSION PLENUM

IMPFUNGEN VON ASYLBEWERBERN: ZUSTÄNDIGKEITEN, UMGANG MIT STIKO-EMPFEHLUNGEN, FINANZIERUNG AUS SICHT EINES BUNDESLANDES

nen es zu Infektionshäufungen gekommen ist, nur erfolgen dürfen, wenn eine „Gefährdung Dritter nicht mehr in Betracht kommt“. Die Entscheidung über notwendige Maßnahmen wie Riegelungsimpfungen und evtl. notwendige Transferstopps trifft der zuständige Amtsarzt. Auch für die Durchführung der Riegelungsimpfungen ist das Gesundheitsamt zuständig.

Das Regelimpfangebot liegt dagegen in der Verantwortung der Einrichtungen bzw. der zuständigen Ausländerbehörde, die dafür Ärzte

aus dem ambulanten Bereich oder aus Krankenhäusern rekrutiert und honoriert.

Erfahrungen aus dem ÖGD

In vielerlei Hinsicht waren und sind die Gesundheitsämter an der Umsetzung und Sicherstellung einer (zumind. basalen) gesundheitlichen Versorgung beteiligt. Über originäre Aufgaben wie z. B. Sicherstellung des Infektionsschutzes im Ausbruchfall hinaus leisteten viele der unteren Gesundheitsbehörden wertvolle Koordinie-

STIKO 2014	§ 62 AsylVfG Bekanntmachung MGEPA 2014
Kinder/Jugendliche	
Tetanus Diphtherie Pertussis H. influenzae Typ b (Hib) Poliomyelitis Hepatitis B Pneumokokken Rotaviren (Säuglinge) Meningokokken C Masern Mumps Röteln Varizellen HPV	Tetanus Diphtherie Pertussis Hib Poliomyelitis Masern Mumps Röteln Varizellen
Erwachsene	
Diphtherie Tetanus Pertussis Poliomyelitis Masern Mumps Röteln Pneumokokken (ab 60 Jahre) Influenza (ab 60 Jahre)	Diphtherie Poliomyelitis Masern Mumps Röteln

Tab.: STIKO-Impfempfehlungen (Quelle: Epid Bull Nr. 34/25.08.2014) und Impfangebot für Asylbewerber

2. SESSION PLENUM

IMPFUNGEN VON ASYLBEWERBERN: ZUSTÄNDIGKEITEN, UMGANG MIT STIKO-EMPFEHLUNGEN, FINANZIERUNG AUS SICHT EINES BUNDESLANDES

rungs- und Beratungsarbeit an der Schnittstelle zwischen Einrichtung, Bezirksregierung und Ärzteschaft. In manchen Fällen musste die Versorgung von Asylbewerbern ad hoc und mit eigenen personellen und finanziellen Ressourcen sichergestellt werden, um ein Minimum an Untersuchungen und Impfungen sicherzustellen.

Die Rückmeldung der Erfahrungen verschiedener Gesundheitsämter, die in einem Arbeitstreffen im LZG.NRW gebündelt wurden, ermöglichte eine qualitative Übersicht über grundlegende und wiederkehrende Probleme im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden.

An erster Stelle ist hierbei die Dokumentation und Weitergabe von Informationen zu nennen. Das betrifft insbesondere Daten zu durchgeführten Impfungen sowie medizinische Befunde und Ergebnisse von Untersuchungen auf übertragbare Krankheiten. Wichtige Unterlagen wie z.B. der Impfpass gehen nach Aushändigung oftmals verloren und stehen somit nicht für die weitere Gesundheitsversorgung zur Verfügung. Offenbar werden medizinische Unterlagen mitunter bei Transfer in andere Unterkünfte von den Asylbewerbern bewusst nicht vorgelegt, aus Sorge, die Informationen könnten einen negativen Einfluss auf das Asylverfahren haben. Diese Situation erschwert die Weiterführung der Gesundheitsversorgung in den jeweils nachfolgenden Einrichtungen. Ebenso fehlen wichtige Informationen über den Immunstatus, übertragbare Krankheiten wie z.B. Tuberkulose oder andere gesundheitlich relevante Angaben beispielsweise Schwangerschaften, was sowohl für die individuelle Behandlung der Patienten als auch aus bevölkerungsmedizinischer

Sicht hinderlich ist. Hinzu kommen sprachliche Barrieren und kulturelle Verschiedenheiten, die besonders die Ärzte und medizinisches Personal immer wieder vor eine besondere Herausforderung stellen.

Neben diesen patientenbezogenen Informationsdefiziten führt die Tatsache, dass der Zustrom von Personen auf Prognosen beruht, dazu, dass eine Bedarfsermittlung nur eingeschränkt möglich und in der Folge die notwendige Logistik zur Durchführung von Impfungen und Gesundheitsuntersuchungen nur schwer planbar ist. In vielen Fällen mangelt es an Transparenz über kurzfristig eingerichtete Unterkünfte, zu erwartende Personenströme und Zuständigkeiten bei der Versorgung der Asylsuchenden.

In diesem Zusammenhang wurden auch Defizite in der Kenntnis der vorhandenen Strukturen und Zuständigkeiten deutlich, die eine Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Instanzen erschwerte.

Zusammen mit einer Arbeitsgruppe aus Vertretern von Gesundheitsämtern arbeitet LZG.NRW im Dialog mit der Bezirksregierung Arnsberg an der Verbesserung von Dokumentation und Informationsweitergabe. In der Diskussion ist die Konzeption eines einheitlichen Laufzettels und einer „elektronischen Gesundheitsakte“. Aus Datenschutzgründen dürfen nur Daten gespeichert werden, die für das Asylverfahren von Bedeutung sind. Daher sind in der aktuellen Programmversion nur wenige Einträge vorgesehen, die eine Abfrage erlauben, an welchem Ort Daten zur TB-Diagnostik oder Impfung vorhanden sind. Um weitere Informationen

2. SESSION PLENUM

IMPFUNGEN VON ASYLBEWERBERN: ZUSTÄNDIGKEITEN, UMGANG MIT STIKO-EMPFEHLUNGEN, FINANZIERUNG AUS SICHT EINES BUNDESLANDES

zu Untersuchungsergebnissen und Impfstatus einsehbar zu machen, wird zurzeit geprüft, ob durch Einverständniserklärung der jeweiligen Person umfangreichere Daten erfasst und weitergegeben werden können.

Zum Management von Windpockenausbrüchen in Aufnahmeeinrichtungen wurden eine Handreichung und ein Transferschema erarbeitet. Das Transferschema dient als Grundlage für die Entscheidung des zuständigen Amtsarztes über die Notwendigkeit von Transferstopps. Empfehlungen für weitere impfpräventable Erkrankungen nach dem Vorbild der Dokumente zu Varizellen sollen in der nächsten Zeit erarbeitet und wenn möglich auch bundesweit abgestimmt werden.

Als weitere Hilfestellung wurde ein Musterhygieneplan für Gemeinschaftseinrichtungen für Erwachsene durch das LZG.NRW erstellt. Anhand dieses kontinuierlich aktualisierten Dokumentes können die Einrichtungen einen, auf die örtlichen Gegebenheiten zugeschnittenen, Hygieneplan erstellen.

Zum Austausch von Empfehlungen, Fragebögen und weiteren hilfreichen Materialien wurde im geschützten, d. h. nur für den ÖGD durch die Eingabe des Passworts zugänglichen Bereich eine Plattform eingerichtet.

Zusammenfassung und Ausblick

Bis auf weiteres ist mit steigenden Asylbewerberzahlen zu rechnen; die Prognosen für Nordrhein-Westfalen gehen von einer Gesamtzahl von 85.000 Menschen für 2015 aus. Vordringlich sind die Schaffung ausreichender Unterbringungseinrichtungen und die Optimie-

rung des Verfahrensablaufs einschließlich der medizinischen Versorgung.

Zur Evaluation der Verfahren und Maßnahmen nach § 62 Asylverfahrensgesetz ist die Schaffung einer Datenbasis zu durchgeführten Untersuchungen und Impfungen sowie der erreichten Impfquoten erforderlich.

Der ÖGD sollte dabei nicht nur beim Management von Ausbrüchen und subsidiär als „Feuerwehr“ eingebunden werden, sondern auch seine Rolle als Ansprechpartner, Berater und Moderator im Kontext der Gesundheitskommunikation in der Kommune wahrnehmen.

Die Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Evaluationen bei Impfpfehlungen

Dr. rer. medic., Dipl.-Volkswirt Bernhard Ultsch

Robert Koch-Institut, Fachgebiet Impfprävention, Berlin

Die finanziellen Herausforderungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und ihrer damit begrenzten finanziellen Ressourcen haben dazu geführt, dass in vielen Bereichen auch im deutschen Gesundheitswesen die Gesundheitsökonomie an Relevanz gewonnen hat. Gesundheitsökonomische Evaluationen (GEs) werden bereits in vielen europäischen Ländern z. B. bei der Erarbeitung von Impfpfehlungen routinemäßig herangezogen. Diese Länder folgen damit der Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die die Durchführung von GEs bei der Erarbeitung von Impfpfehlungen rät.

Ziel der Gesundheitsökonomie ist in erster Linie die Rationalisierung, also beispielsweise eine effizienzorientierte Ausgabensteuerung. Erst als „ultima ratio“ ist die Rationierung, also z. B. das Vorenthalten von medizinisch notwendigen Maßnahmen, Gegenstand der Gesundheitsökonomie. Bei der Anwendung von Gesundheitsökonomie im Bereich Impfungen ist jedoch die Rationalisierung die zugrundeliegende Motivation.

Ein Instrument der Gesundheitsökonomie ist hierbei die GE. GEs basieren bei Impfungen in der Regel auf umfassenden mathematischen Transmissionsmodellen (s. Abb. 1). Im Rahmen dieser Modelle wird die Zielpopulation, z. B. die Bevölkerung eines Landes, zunächst mit ihren demographischen Eigenschaften nachgebildet,

um dann die Zielerkrankung, die Gegenstand der jeweiligen Forschungsfrage ist, zu implementieren und ihre Ausbreitung in dieser Zielpopulation für einen gewissen Zeithorizont zu extrapolieren. In einem weiteren Schritt wird die entsprechende Impfung im Modell implementiert und auf die gleiche Bevölkerung, abhängig von der Ausgestaltung der Impfstrategie, angewendet. Danach wird analysiert, inwieweit die jeweilige Strategie einen Einfluss auf die Krankheitsausbreitung hat. Ziel ist es zunächst, die Public Health-relevanten Fragen nach Anzahl (verhinderter) Ereignisse, beispielsweise Erkrankungsfälle, Hospitalisierungen und/oder Todesfälle, und aufgetretener unerwünschter Impfstoffwirkungen auf Populationsebene mit und ohne implementierter Impfung zu berechnen und zu vergleichen. Die GE addiert zu diesen Public Health-Aspekten die entsprechenden direkten und indirekten Kosten für die Behandlung sowie die Kosten für die Impfung, um daraus gesundheitsökonomische Kennzahlen wie etwa das inkrementelle Kosten-Effektivitätsverhältnis (englische Abkürzung: ICER) zu berechnen. Hierbei bestehen je nach Forschungsfrage verschiedene Möglichkeiten der Vergleiche wie z. B. „Nicht-Impfen“ im Vergleich zum „Impfen“, ein Screening-Programm im Vergleich zum „Impfen“ oder auch eine bereits empfohlene Impfstrategie im Vergleich zu einer neuen Impfstrategie gegen die gleiche Krankheit (z. B. Verlegen des

3. SESSION PLENUM

DIE BERÜCKSICHTIGUNG GESUNDHEITSÖKONOMISCHER EVALUATIONEN BEI IMPFEMPFEHLUNGEN

Impfalter oder Impfung ausschließlich von Mädchen vs. Impfung von Mädchen und Jungen).

In Deutschland wurden in den letzten Jahren bereits zu diversen impfpräventablen Erkrankungen GEs durchgeführt, unter anderem auch sechs GEs im Auftrag von bzw. in enger Kooperation mit dem RKI zur Unterstützung von Entscheidungen der Ständigen Impfkommission (STIKO). Hierbei wurden verschiedene Mehrwerte, die mit GE bei Impfungen entstehen, sehr deutlich. Vier dieser Mehrwerte werden im Folgenden kurz aufgegriffen:

(i) Die Identifizierung der effizientesten Impfstrategie kann mittels GEs bewerkstelligt werden, indem unterschiedlich ausgestaltete Impfstrategien (bspw. Impfalter, Zielgruppe, etc.) mittels GEs berechnet und miteinander verglichen werden. Die Impfstrategie mit dem geringsten ICER repräsentiert die effizienteste Impfstrategie. Bei der Impfung gegen Herpes zoster konnte z. B. gezeigt werden, dass unter gegebenen Annahmen das Impfen im Alter von 60 Jahren am effizientesten ist (s. Abb. 2).

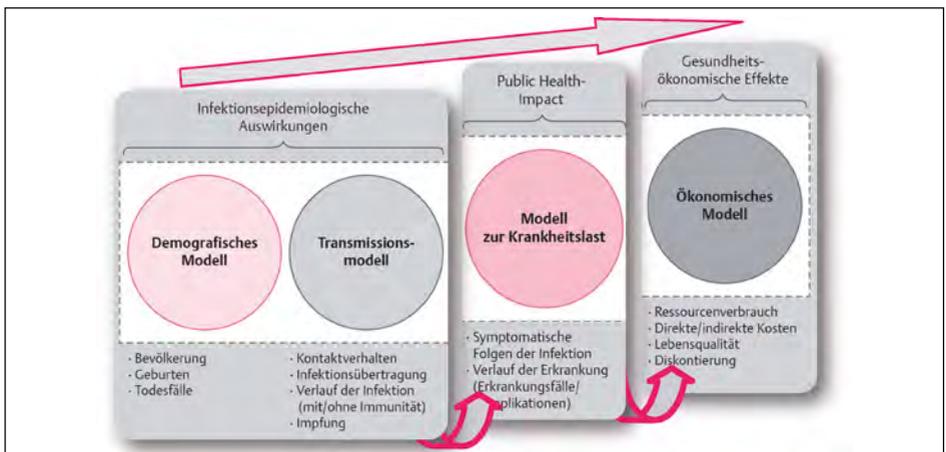


Abb. 1: Gesundheitsökonomische Evaluationen (GEs) von Impfungen basieren auf mathematischen Modellen [1]

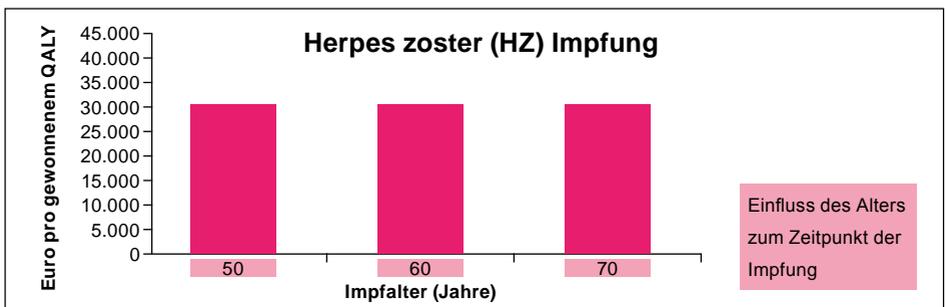


Abb. 2: Effizientestes Impfalter am Beispiel der Herpes zoster Impfung in Deutschland [2]

3. SESSION PLENUM

DIE BERÜCKSICHTIGUNG GESUNDHEITSÖKONOMISCHER EVALUATIONEN BEI IMPFEMPFEHLUNGEN

(ii) Die Identifizierung kritischer Inputparameter, die in ein Modell eingehen, kann in Unsicherheitsanalysen im Rahmen von GEs durchgeführt werden. Ziel hierbei ist es einerseits darzustellen, wie sich das Gesamtergebnis ändert, wenn man einzelne Inputparameter in ihrer Größe variiert. Je kleiner die Änderung des Gesamtergebnisses ist, desto robuster und damit sicherer in ihrer Aussagekraft sind die jeweiligen Inputparameter. Andererseits zeigen große Änderungen der Gesamtergebnisse aufgrund der Variation

von einzelnen Inputparametern einen Forschungsbedarf hinsichtlich der Reduktion der Unsicherheit einzelner Inputparameter auf. Anhand der GE bei der Herpes zoster-Impfung konnte z.B. gezeigt werden, dass die Inputparameter „Impfstoffpreis“ und die „Schutzdauer der Impfung“ hohen Einfluss auf die Gesamtergebnisse hatten, wohingegen die Variation der „Behandlungskosten von Herpes zoster pro Patient“ geringe Änderungen beim Gesamtergebnis bewirkten und somit als robust einzuschätzen sind (s. Abb. 3).

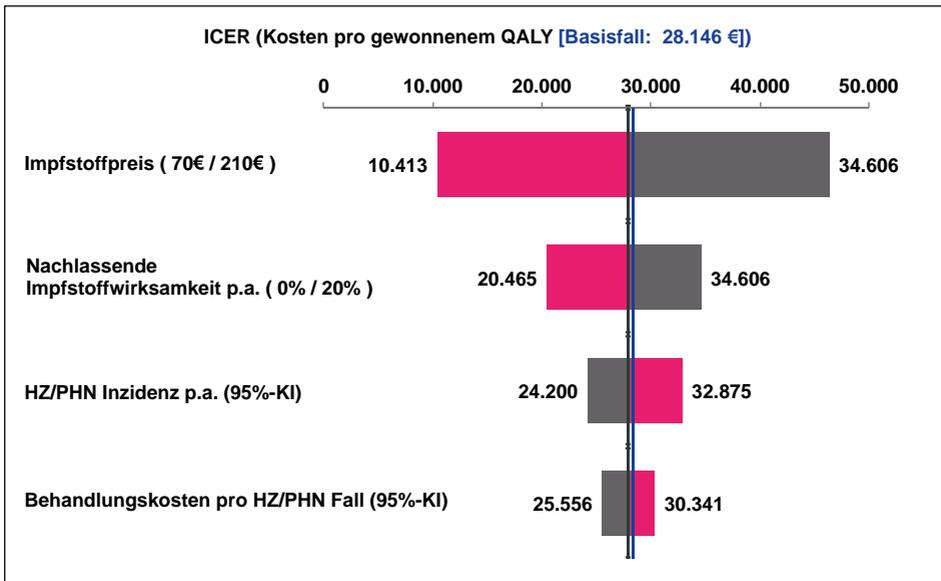


Abb. 3: Identifizierung kritischer Inputparameter [2]; (Magenta Balken stellen jeweils niedrigere Inputwerte dar)

3. SESSION PLENUM

DIE BERÜCKSICHTIGUNG GESUNDHEITSÖKONOMISCHER EVALUATIONEN BEI IMPFEMPFEHLUNGEN

(iii) Die Analyse unterschiedlicher Impfstoffklassen: Durch Innovationen in der Impfstoffforschung besteht die Möglichkeit, dass künftig häufiger Impfstoffe mit beispielsweise unterschiedlichem Wirkkonzept und/oder Serotypen-Abdeckung zur Prävention der gleichen Erkrankung zugelassen werden. Mittels GE können hier nicht nur die medizinisch effektiveren, sondern auch effizienteren Impfstoffklassen identifiziert werden. Im Rahmen einer GE wurde bei bestehender universeller Pneumokokken-Kinderimpfung (mit einem 13-valenten Konjugat-Impfstoff) verschiedene Strategien einer zusätzlichen Pneumokokken-Impfung bei Erwachsenen im Alter 60+ verglichen (Optionen: keine Erwachsenen-Impfung, nur 13-valenter Konjugat-Impfstoff, nur 23-valenter Polysaccharid-Impfstoff oder sequentielle Impfung mit 13-valentem Konjugat-Impfstoff gefolgt vom 23-valenten Polysaccharid Impfstoff).

Durch die GE konnte die effizienteste Pneumokokken-Impfstrategie bei Erwachsenen zusätzlich zur bestehenden Pneumokokken-Kinderimpfung für Deutschland identifiziert werden (s. Abb. 4).

(iv) Impfstoffpreisanalyse: Mittels GEs kann gezeigt werden, wie ein Preis einer bestimmten Impfung festgelegt sein müsste, damit eine Impfung sogar zu Kosteneinsparungen führen würde. Für die Impfung gegen Rotaviren wurde beispielsweise berechnet, dass beide verfügbaren Impfungen um etwa 2/3 gesenkt werden müssten, wenn Kosteneinsparungen realisiert werden sollten [4].

In Deutschland sind GEs aktuell kein Standard, jedoch werden in der STIKO epidemiologische Modelle und GEs für neue Impfungen bzw. Impfstrategien bereits vorgestellt und diskutiert. Eine Vorgehensweise, wie Ergebnisse aus diesen Modellierungen in den Entscheidungspro-

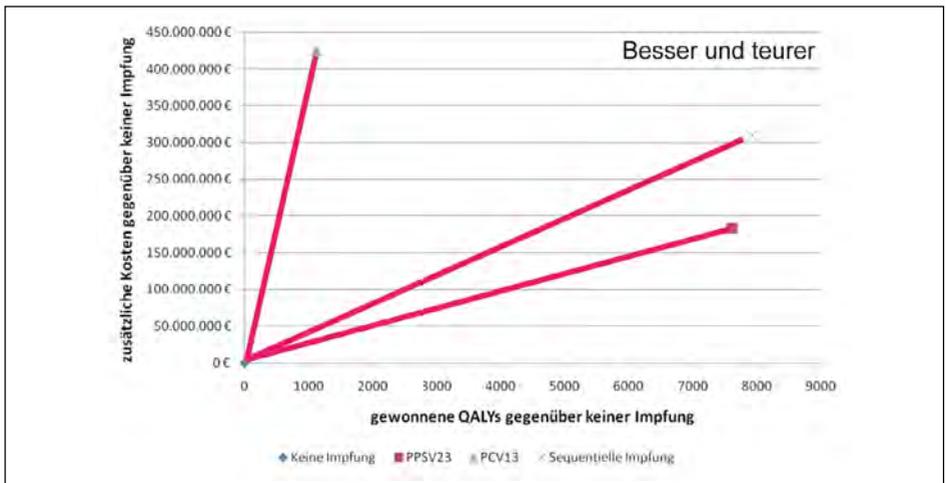


Abb. 4: Identifizierung der effizientesten Pneumokokken-Impfstrategie bei Erwachsenen [3]

3. SESSION PLENUM

DIE BERÜCKSICHTIGUNG GESUNDHEITSÖKONOMISCHER EVALUATIONEN BEI IMPFEMPFEHLUNGEN

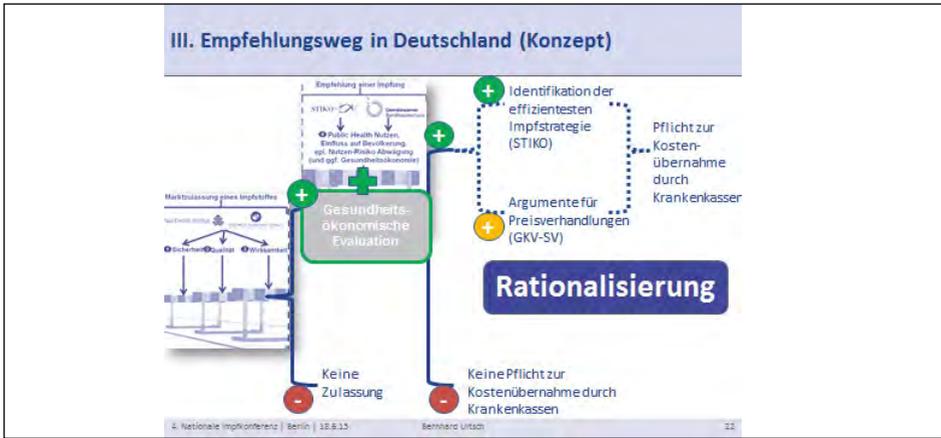


Abb. 5: Von der Zulassung bis zur Erstattung von Impfstoffen in Deutschland – Konzept [eigene Darstellung]

zess der STIKO eingehen, gibt es derzeit nicht. Ein mögliches Konzept sieht vor, dass GEs im Vorfeld einer STIKO-Empfehlung durchgeführt und Ergebnisse hierzu der STIKO vorgestellt und mit dieser diskutiert werden, damit die STIKO zum einen nicht nur die effektivste, sondern auch die effizienteste Impfstrategie identifizieren und unter Abwägung weiterer Kriterien möglicherweise empfehlen kann (s. Abb. 5). Bisherige GEs haben gezeigt, dass die Expertise der STIKO bereits bei der Entwicklung von Modellen einfließen sollte und in Kooperation relevante Inputparameter festgelegt werden sollten. Die Ergebnisse solcher GEs könnten dann im weiteren Verlauf veröffentlicht und zur Verfügung gestellt werden, um dann von weiteren Institutionen im Gesundheitswesen, etwa zu möglichen Impfstoffpreisverhandlungen, herangezogen zu werden.

Derzeit wird ein vom Bundesministerium für Gesundheit finanziertes Forschungsprojekt am Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführt, das zum Ziel hat, eine Methodik zur Durchführung und zur

Berücksichtigung von GEs für Deutschland zu entwickeln (www.rki.de/steering). Das RKI steht hierbei im engen Austausch mit nationalen und internationalen Experten und wird der STIKO alsbald einen Methodenentwurf vorlegen

Literaturverzeichnis

1. Damm O., Ultsch B.: Health Economic Evaluation of Vaccines. *Gesundh ökon Qual manag.* 2015; 20: 1-10
2. Ultsch B., Weidemann F., Reinhold T., Siedler A., Krause G., Wichmann O.: Gesundheitsökonomische Evaluation der Impfung gegen Herpes Zoster und postherpetische Neuralgie in Deutschland. *Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie*; Essen: DGGÖ; 2013, p. 147
3. Kuhlmann A., Treskova M., Ultsch B., Weidemann F., Falkenhorst G.: Gesundheitsökonomische Evaluation unterschiedlicher Impfszenarien gegen Pneumokokkenerkrankungen bei Erwachsenen in Deutschland. *7 Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie*; Bielefeld: DGGÖ; 2015, p. 100
4. Aidselburger P., Grabein K., Bohm K., Dietl M., Wasserm J., Koch J., et al.: Cost-effectiveness of childhood rotavirus vaccination in Germany. *Vaccine.* 2014; 32 (17): 1964-74

Impfungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung – Was kann aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verbessert werden?

Martin Lack, MPH

Kassenärztliche Bundesvereinigung, Geschäftsbereich Ärztliche und veranlasste Leistungen,
Abteilung Arzneimittel, Berlin

Schutzimpfungen gehören zu den wichtigsten und effektivsten Präventionsmaßnahmen in der Medizin. Eine Impfung bedeutet nicht nur Schutz für die einzelne geimpfte Person, sondern gleichzeitig auch Schutz für die Gemeinschaft. Ziel sollte es sein, möglichst hohe Impfraten in der Bevölkerung zu erreichen, da damit die Möglichkeit verbunden ist, einzelne Krankheiten regional oder sogar weltweit zu eliminieren.

Entwicklung der Regelungen

Vor dem Erlass des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) wurden Schutzimpfungen lediglich als Satzungsleistungen der Krankenkassen bzw. im Rahmen von Impfvereinbarungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen bzw. Krankenkassenverbänden angeboten. Einheitliche Regelungen zur automatischen Übernahme der jeweils aktuellen STIKO-Empfehlungen gab es nicht.

Erst mit dem Erlass des GKV-WSG im Jahr 2007 und der Einführung des § 20d SGB V wurden Schutzimpfungen in den Katalog der Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. Gleichzeitig wurde auch die Grundlage für die Schutzimpfungs-

Richtlinie (SI-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geschaffen, an deren Erarbeitung und Weiterentwicklung neben dem GKV-Spitzenverband auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung maßgeblich beteiligt ist. Dadurch wurde ein bundesweit einheitlicher GKV-Leistungsrahmen geschaffen, der unter anderem die zeitnahe Berücksichtigung der jährlich aktualisierten Empfehlungen der STIKO gewährleistet.

Im so genannten „Rumpftext“ der SI-RL werden allgemeine Vorgaben gemacht bzw. allgemeine Aussagen getroffen, z.B. zu Aufklärungs- und Dokumentationspflichten des Arztes. In Anlage 1 sind auf Basis der STIKO-Empfehlung alle Impfungen aufgeführt, für die ein Leistungsanspruch der gesetzlich Krankenversicherten besteht. Die Anlage 2 enthält detaillierte Vorgaben zur Dokumentationspflicht bei Durchführung von Impfungen. So ist jede Impfung durch eine fünfstellige Ziffernfolge zu identifizieren (z.B. Rotavirus: 89127). Eine Verpflichtung, dass diese Dokumentationsziffern auch bei der Abrechnung zu verwenden sind, besteht zwar nicht und diese kann auch vom G-BA nicht ausgesprochen werden. Sie werden aber von den meisten Kassenärztlichen Vereinigungen auch als Abrechnungsziffern verwendet. Hierdurch

3. SESSION PLENUM

IMPFUNGEN IM RAHMEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG – WAS KANN AUS SICHT DER KASSEN-ÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG VERBESSERT WERDEN?

werden Analysen wie z.B. die auf der 4. NIK vorgestellte KV-Impfsurveillance ermöglicht.

Mit diesen Regelungen ist insgesamt eine gute Basis für eine flächendeckende Versorgung gesetzlich Krankenversicherter in Deutschland vorhanden. Dennoch bleiben die Impfquoten für bestimmte Impfungen und Bevölkerungsgruppen hinter den Erwartungen zurück. Dies zeigt, dass neben der Aufrechterhaltung oder sogar Steigerung der Motivation und Information der

Vertragsärzte weitere flankierende Maßnahmen notwendig sind.

Präventionsgesetz

Zu den Maßnahmen, die zum Abbau noch bestehender Hemmnisse beitragen sollen, gehören Änderungen, die im Rahmen des Präventionsgesetzes ergriffen werden können (s. Tab. 1). Es soll zum 01.08.2015 in Kraft treten.

Geplante Änderungen durch das Präventionsgesetz:

- Nationale Präventionsstrategie: Berücksichtigung u. a. der STIKO-Empfehlungen
- Überprüfung des Impfstatus im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen, aber auch bei Erwachsenen
- Bei Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung Vorlage eines Nachweises, dass eine ärztliche Beratung bzgl. des Impfschutzes des Kindes erfolgt ist
- Abschluss von Verträgen zur Durchführung von Schutzimpfungen auch mit Betriebsärzten
- Leistungsanspruch auf Impfausweisvordruck gegenüber der Krankenkasse
- Textfeld im Impfausweis für Terminvorschlag für die nächste Impfung
- Möglicher Bonus für Versicherte für Inanspruchnahme von Schutzimpfungen
- Bei Auftreten von Masern in Gemeinschaftseinrichtung Ausschluss von ungeimpften Personen möglich

Tab. 1: Impfungen im Rahmen der GKV; Maßnahmen zum Abbau noch bestehender Hemmnisse

3. SESSION PLENUM

IMPFUNGEN IM RAHMEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG – WAS KANN AUS SICHT DER KASSEN-ÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG VERBESSERT WERDEN?

Was kann noch verbessert werden?

Aus Sicht der KBV bestehen folgende Verbesserungsansätze:

- Erarbeitung einer nationalen Präventionsstrategie. Vorstellbar wären beispielsweise Impfkampagnen zu Masern wie in Österreich oder Aufklärungsinitiativen bereits in Schulen. Eine wichtige Rolle kommt hierbei der BZgA zu.
- Der Ärzteschaft kommt bezüglich der Prävention eine sehr bedeutende Rolle zu. Sie sind an der Entwicklung der Nationalen Präventionsstrategie und der Nationalen Präventionskonferenz zwingend zu beteiligen.
- Ein weiterer Punkt betrifft Liefer- bzw. Rabattverträge, die mit der Einführung des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes möglich geworden sind. Die Erfahrungen mit dem Grippeimpfstoff – in den vergangenen Jahren gab es immer wieder Versorgungsengpässe aufgrund von Produktionsausfällen bei Herstellern, mit denen Krankenkassen Liefer- bzw. Rabattverträge geschlossen hatten – zwangen den Gesetzgeber zum Handeln. So wurde beispielsweise festgelegt, dass entsprechende Verträge mit mindestens 2 Herstellern abgeschlossen werden müssen (§ 132e Abs. 2 SGB V). Ob diese gesetzlichen Nachbesserungen ausreichen, kann noch nicht abschließend bewertet werden.
- Zu den Impfhindernissen gehört auch die Verunsicherung bei der Ärzteschaft. Diese gibt es z.B. nach wie vor bei der Verabreichung der Tetanusimpfung im Verletzungsfall. Die STIKO empfiehlt hier die gleichzeitige Gabe der Impfungen gegen

Tetanus, Diphtherie und ggf. Keuchhusten. Die Verabreichung der Tetanuskomponente ist dabei jedoch anders abzurechnen bzw. zu versorgen als die anderen beiden (unterschiedliche regionale „Gepflogenheiten“). Aufgrund von Regressanträgen von Krankenkassen gegenüber Ärztinnen und Ärzten bzw. Notfallambulanzen der Krankenhäuser wird dann ggf. nur die Tetanuskomponente geimpft.

- Darüber hinaus legen Analysen der Landesarbeitsgemeinschaft Impfen in Bayern nahe, dass ein Zusammenhang zwischen Regressanträgen von Krankenkassen und einer nachlassenden Impfbereitschaft der Ärzteschaft besteht. Impfstoffe werden in der Regel auf „Vorrat“, d.h. als Sprechstundenbedarf zu Lasten der Krankenkassen verordnet. Der Versicherte kann dadurch bei Bedarf sofort geimpft werden, ohne dass dieser den Impfstoff vorher in der Apotheke holen muss, was ggf. mit einer Nichteinhaltung der Kühlkette einhergehen könnte. Diese Vorratshaltung ist jedoch nicht immer exakt planbar. Gerade im Zusammenhang mit der Grippeimpfung sind der Bedarf und die Inanspruchnahme von zahlreichen Faktoren abhängig und damit schwer abschätzbar. Einzelne Krankenkassen sind dennoch dazu übergegangen, bereits ab 10 % zu viel bestelltem Impfstoff Regressanträge zu stellen.

Information der Ärzte

Die Information der Ärzte und der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Thema Impfen hat aus Sicht der KBV eine ganz zentrale Bedeutung (s. Abb. 1). So wurde kürzlich als Qualitäts-

3. SESSION PLENUM

IMPFUNGEN IM RAHMEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG – WAS KANN AUS SICHT DER KASSEN-ÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG VERBESSERT WERDEN?

sicherungsinstrument der so genannte „Mein PraxisCheck“ Impfen online gestellt, in dessen Rahmen der Arzt den Umgang mit dem Thema Impfen in seiner Praxis überprüfen und ggf. verbessern kann.

Bereits seit mehreren Jahren gibt es die sogenannte KBV-Präventionsinitiative mit jährlich wechselnden Schwerpunkten. Das Thema Impfungen wird dabei immer berücksichtigt, jedoch mit unterschiedlichen Gewichtungen. Aufgrund der immer noch andauernden Masernepidemie in Berlin sowie des auf der 4. NIK vorgestellten „Nationalen Aktionsplans zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland“, an dessen Erarbeitung auch die KBV wesentlich beteiligt war, hat die KBV für dieses Jahr umfangreiches Infomaterial zur Masern-Schutzimpfung entwickelt. Neben der Information der Ärzteschaft

z.B. zu den aktuellen Regelungen der SI-RL wurde auch ein Patientenflyer zur Impfung von Erwachsenen entwickelt, die den Arztpraxen zur Weitergabe an ihre Patienten zur Verfügung gestellt werden. Gerade auch Erwachsene waren bzw. sind vom aktuellen Masernausbruch in großem Umfang betroffen. Mit dem Flyer soll das Bewusstsein über die Notwendigkeit und Bedeutung der Masernimpfung geschärft werden.

Darüber hinaus hat die KBV über das äzq (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) entsprechende zweiseitige und damit ausführlichere Wartezimmerinformationen für Erwachsene sowie für Eltern zur Auslage in der Praxis erarbeitet, die in prägnanter Form die relevanten Informationen zur Masernimpfung zusammenfassen (s. Abb. 2). Weitere Informationen z.B. zur Rötelnimpfung sind geplant.

4. Nationale Impfkongferenz • 18.06.2015 • 9 KBV

Informationen für Ärzte „Mein PraxisCheck“ Impfen

- Insgesamt 11 Fragen zur Verabreichung von Impfungen in der Arztpraxis, z. B.
 - Ansprache und Aufklärung des Patienten
 - Dokumentation und Abrechnung der Impfungen
 - Beschaffung und Lagerung von Impfstoffen
 - Erfassung und Meldung von Impfkomplicationen
- Feedback mit
 - Ergebnisbericht mit Tipps
 - Hinweisen zu Verbesserungsmöglichkeiten
 - umfangreichen Hintergrundinformationen

http://www.kbv.de/html/mein_praxischeck.php

»Wir arbeiten für Ihr Leben gern.« www.kbv.de/html/mein_praxischeck.php

Abb. 1: Informationen der KBV für Ärztinnen und Ärzte „Mein PraxisCheck“

3. SESSION PLENUM

IMPFUNGEN IM RAHMEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG – WAS KANN AUS SICHT DER KASSEN-ÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG VERBESSERT WERDEN?

4. Nationale Impfkonzferenz • 18.06.2015 • 11 

Informationen für Ärzte und Patienten

KBV-Präventionsinitiative 2015: Masern-Schutzimpfung

▪ **Patienten-Flyer**



Masern-Impfung – auch für Erwachsene wichtig!!!

- **Auch Erwachsene können Masern bekommen**
Die Masern treten in Deutschland wieder verstärkt auf. Dabei betreffen etwa die Hälfte der Masernfälle Jugendliche und Erwachsene, die gar nicht oder nicht ausreichend geimpft sind.
- **Masern: keine harmlose Kinderkrankheit!**
Neben Komplikationen wie Mittelohr- oder Lungenentzündung kommt es bei etwa jeder 1.000 Erkrankung zu einer Entzündung des Gehirns. Sie kann tödlich enden oder zu bleibenden körperlichen Schäden führen. Schwere Verläufe sind bei Jugendlichen und Erwachsenen deutlich häufiger als bei Kindern.
- **Impfen schützt!**
Impfen ist eine der einfachsten und wirksamsten vorbeugenden Maßnahmen zum Schutz gegen die Masern. Dabei schützen Impfungen nicht nur den Geimpften. Und geimpfte Menschen romanisieren, können außerdem einzelne Krankheitsberegner wie das Masernvirus eliminieren werden.



Wer sollte sich gegen Masern impfen lassen?

- Alle nach 1970 geborenen Erwachsenen, wenn sie:
 - **in der Kindheit nur einmal geimpft wurden**
 - **nicht wissen, ob sie bereits geimpft wurden oder früher Masern hatten**

Kinder sollten ab dem Alter von 11 Monaten bis zum Abschluss des 2. Lebensjahres zweifach geimpft werden. Danach besteht ein vollständiger Impfschutz.

Wichtig für Frauen mit Kinderwunsch: Vor der Schwangerschaft prüfen, ob der Masernimpfschutz komplett ist – denn während der Schwangerschaft kann nicht geimpft werden. Und Frauen, die gegen Masern immun sind, schützen automatisch auch ihr Kind in den ersten Lebensmonaten, in denen es noch nicht geimpft werden kann (Herdschutz).

Mehr Informationen im Internet unter www.kbv.de/conzorg

»Wir arbeiten für Ihr Leben gern.« www.ihre-aerzte.de

Abb. 2: Informationen der KBV für Ärzteschaft und Patienten

3. SESSION PLENUM

KV-IMPFSURVEILLANCE – EIN WERKZEUG ZUR ERHEBUNG VON IMPFQUOTEN UND IMPFEFFEKTEN IN DER POST-MARKETINGPHASE

KV-Impfsurveillance – Ein Werkzeug zur Erhebung von Impfquoten und Impfeffekten in der Post-Marketingphase

Dipl.-Biol. Thorsten Rieck, MScIH

Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Berlin

Mit dreihundert Millionen Datensätzen zu abgerechneten Impfungen und mehr als drei Milliarden Einträgen, die weitere Arztbesuche beschreiben, bildet das Projekt „KV-Impfsurveillance“, das in Zusammenarbeit mit den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Deutschlands entwickelt wurde, die größte Datenbank der Abteilung Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts. Sie umfasst anonymisierte Daten zu abgerechneten Impfleistungen, erbrachten Diagnosen und durchgeführten Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen seit dem Jahr 2004 und beinhaltet damit Leistungen für 85 % der Bevölkerung (dem gesetzlich krankenversicherten Anteil). Die Patientendaten sind anonymisiert und lassen keine Re-Identifizierung zu; dennoch ist eine Verknüpfung von Daten auf individueller Ebene möglich, was eine Vielzahl von relevanten Analysen zum Impfverhalten der Bevölkerung, aber auch zur Effektivität von Impfungen ermöglicht.

Da es in Deutschland kein Impfreister gibt, konnte mit der Auswertung der KV-Daten das Wissen um Impfquoten in Deutschland deutlich verbessert werden. Dieses Wissen ist essentiell für die Evaluierung der Umsetzung nationaler Impfpfehlungen, für die Anpassung von Kommunikationsmaßnahmen zu Impfungen, für die Interpretation der Epidemiologie der jeweiligen impfpräventablen Erkrankung und für die Inter-

pretation der Signale von Impfnebenwirkungen auf Bevölkerungsebene. Zusätzlich liefert oder ergänzt die KV-Impfsurveillance Schätzungen zu Inzidenzen impfvermeidbarer Erkrankungen und ermöglicht so z. B. die Abschätzung einer potentiellen Untererfassung der Meldungen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), die Abschätzung der Krankheitslast in der Bevölkerung oder mögliche Krankheitstrends nach Einführung einer neuen Impfung. Die Kombination verschiedener Ansätze der Datenanalyse ermöglicht darüber hinaus sogar die Berechnung der Impfeffektivität, also der Wirksamkeit einer Impfung unter Routineanwendung außerhalb des klinischen Studienumfelds.

Entsprechend den nationalen Impfpfehlungen der Ständigen Impfkommision am RKI (STIKO) sollte die Grundimmunisierung bei Kindern im Alter von 24 Monaten vollständig abgeschlossen sein. Für diese junge Altersgruppe existierte bisher jedoch kein System des Impfquoten-Monitorings. Auch Daten zu neu empfohlenen Impfungen waren bisher nur mit mehrjähriger zeitlicher Verzögerung bundesweit im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung verfügbar. Die Querschnittsanalysen der KV-Impfsurveillance füllen diese Lücke zwischen empfohlenem Impfalter und Einschulalter und zeigen moderate Impfquoten bei Kleinkindern für die meisten Impfungen und eine steigende Inanspruchnahme neu ein-

3. SESSION PLENUM

KV-IMPFSURVEILLANCE – EIN WERKZEUG ZUR ERHEBUNG VON IMPFQUOTEN UND IMPFEFFEKTEN IN DER POST-MARKETINGPHASE

Die KV-Impfsurveillance zeigt, dass gerade einmal 36 % der 16-jährigen Mädchen vollständig gegen die sexuell übertragbare Infektion geimpft sind (Abb.3). Dies ist insofern kritisch, als Studien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zeigen, dass bereits 50 % der 16-jährigen Mädchen Geschlechtsverkehr hatten. Außerdem weisen die KV-Datenanalysen nach, dass lediglich 80 % aller begonnenen Impfserien auch mit der Gabe aller drei erforderlichen Impfungen abgeschlossen werden. Daher sind Wege für ein verbessertes Impfangebot erforderlich. Die KV-Impfsurveillance zeigt, dass die Jugendvorsorgeuntersuchung J1 ein wichtiges Werkzeug zur Optimierung des HPV-Impfangebots darstellt: Die J1 ist mit einer bis zu siebenfach höheren und früheren Inanspruchnahme der HPV-Impfung assoziiert

– doch zeigen die Auswertungen auch, dass nicht mehr als 50 % der Mädchen diese Vorsorgeuntersuchung in Anspruch nehmen.

Für die Ermittlung von Inzidenzen wird ein aufwändiger Algorithmus zur Aufbereitung der Abrechnungsdiagnosen in den KV-Daten eingesetzt. Damit generierte Masern-Inzidenzen deuten auf eine rund dreifache Untererfassung im bestehenden Meldesystem hin. Regionalisierte Auswertungen der KV-Daten spiegeln Trendverläufe wider, wie sie auch in den IfSG-Melddaten abgebildet werden: Beide Datenquellen zeigen einen sinkenden Trend in westlichen Regionen, steigende Zahlen in östlichen Regionen sowie schwankende Verläufe, charakterisiert durch ausbruchsbedingte Spitzen, im Norden und Süden Deutschlands (Abb. 4).

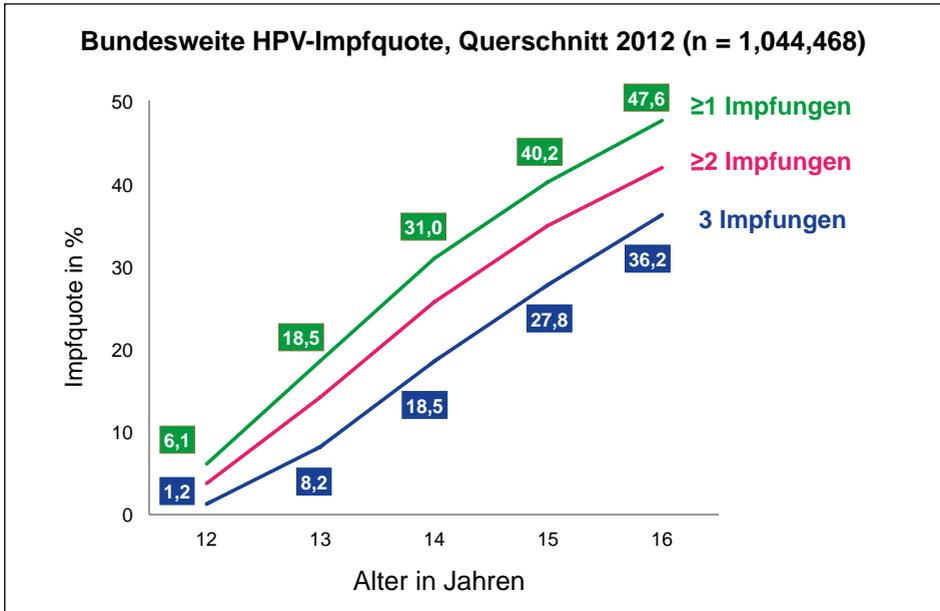


Abb. 3: Querschnittsanalyse bundesweiter HPV- Impfquoten

3. SESSION PLENUM

KV-IMPFSURVEILLANCE – EIN WERKZEUG ZUR ERHEBUNG VON IMPFQUOTEN UND IMPFEFFEKTEN IN DER POST-MARKETINGPHASE

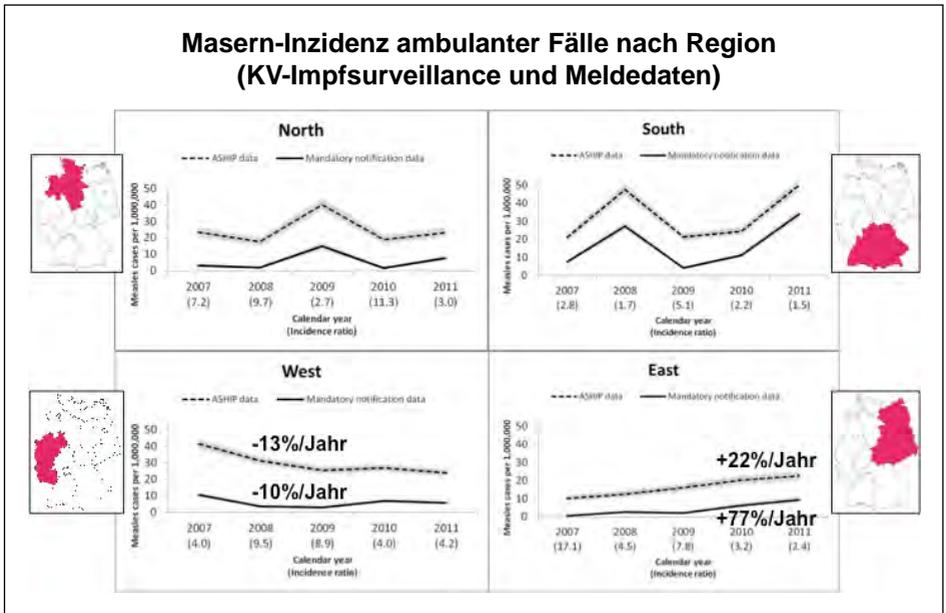


Abb. 4: Masern-Inzidenz ambulanter Fälle nach Regionen

Um Impfeffektivitäten zu berechnen, können die bereinigten Abrechnungsdiagnosen zu Windpocken-Erkrankungen auch jungen Patienten zugeordnet und im Rahmen eines retrospektiven Kohortenansatzes mit ihrem jeweiligen Impfstatus korreliert werden: Überlebenszeit-Modellierungen wurden mit Daten von zirka 1,5 Millionen Kindern durchgeführt, denen rund 35.000 Varizellen-Erkrankungsfälle zugeordnet werden konnten. Die resultierenden Impfeffektivitäten weisen auf ein um 80 % (mit einer Impfung) und 93 % (mit zwei Impfungen) reduziertes Erkrankungsrisiko hin.

Durch umfangreiche Validierungen, die im Rahmen des Projekts vorgenommen wurden, konnte gezeigt werden, dass die KV-Impfsurveillance als ein Werkzeug genutzt werden kann,

welches zur Bewertung der Umsetzung und der Effektivität des in Deutschland implementierten Impfprogramms entscheidend beizutragen vermag.

Literaturverzeichnis

Rieck T, Feig M, Eckmanns T, Benzler J, Siedler A, Wichmann O.: Vaccination coverage among children in Germany estimated by analysis of health insurance claims data. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 2014; 10: 563–571

Rieck T, Feig M, Delere Y, Wichmann O.: Utilization of administrative data to assess the association of an adolescent health check-up with human papillomavirus vaccine uptake in Germany. *Vaccine* 2014; 32 (43): 5564–5566
Takla A, Wichmann O, Rieck T, Matysiak-Klose D.: Measles incidence and reporting trends in Germany, 2007–2011. *Bulletin of the World Health Organization* 2014; 92: 742–749

Impfmüdigkeit: Das Individuum und die Gesellschaft

PD Dr. Cornelia Betsch

Universität Erfurt, CEREB – Center of Empirical Research in Economics and Behavioral Sciences Erfurt

In der Regel wird das Phänomen der Impfmüdigkeit aus individueller Perspektive betrachtet: Die Risikowahrnehmung von Nebenwirkungen verzerrt sich, wenn Eltern beispielsweise Berichte über angebliche Impffolgen im Internet lesen. Die Risikowahrnehmung von Krankheiten hingegen verzerrt sich, da wir mangels Erfahrung mit impfpräventablen Erkrankungen, die aus dem täglichen Leben verschwunden sind, keine Repräsentation der wahren Gefahr mehr haben. Dies kann dazu führen, dass der Eindruck entsteht, Impfen sei gefährlicher als die Krankheit selbst. In diesem Vortrag möchte ich die Konsequenzen dieser verzerrten Risikowahrnehmung aufzeigen: Die Impfscheidung wird so zu einem sozialen Dilemma, da das, was individuell rational erscheint – nämlich nicht zu impfen – gesamtgesellschaftlich negative Folgen hat. Eine Reihe von Studien zeigt, dass es bei der individuellen Entscheidung eine Rolle spielt, wie hoch die Durchimpfung in der Gesellschaft ist. So verlassen sich manche Mitglieder der Gesellschaft auf den Herdenschutz, der durch das Impfverhalten der anderen Mitglieder entsteht. Verschiedene Interventionen werden diskutiert, mögliches Trittbrettfahrertum, also das Verlassen auf eine gut geimpfte Gesellschaft, zu reduzieren.

Traditionelle Erklärung von Impfmüdigkeit

In der Regel wird das Phänomen der Impfmüdigkeit aus individueller Perspektive betrachtet:

Die Risikowahrnehmung von Nebenwirkungen verzerrt sich, wenn Eltern beispielsweise Berichte über angebliche Impffolgen im Internet lesen (Betsch et al., 2010). Dazu tragen einige kognitive Verzerrungen (engl.: *bias*) bei: So werden beispielsweise Informationen, die über die Existenz eines Risikos berichten, stärker gewichtet als Informationen, die über die Nicht-Existenz eines Risikos berichten (negativity bias, Siegrist & Cvetkovich, 2001). So werden also z.B. Mythen über angebliche schädliche Zusatzstoffe in Impfstoffen anders verarbeitet, als wenn dieser Mythos widerlegt wird und die Botschaft lautet „Da ist kein Risiko“. Zudem verzerrt narrative Einzelfallinformationen, also Geschichten über (angeblich) impfgeschädigte Kinder, die vornehmlich auf Internetseiten oder in Publikationen von Impfgegnern vorkommen, die Risikowahrnehmung: Nach dem Lesen dieser Geschichten werden Impfrisiken als erhöht wahrgenommen und Impfintentionen sinken, auch wenn das tatsächliche Nebenwirkungsrisiko bekannt ist (narrative bias, Betsch et al., 2011). Zudem verzerrt sich die Risikowahrnehmung von Krankheiten, da wir mangels Erfahrung mit impfpräventablen Erkrankungen, die oftmals aus dem täglichen Leben verschwunden sind, keine Repräsentation der wahren Gefahr mehr haben (Chen, 1999). Symptome wie z.B. Fieber oder ein epileptischer Anfall werden zudem als weniger schlimm bewertet, wenn sie durch eine unterlassene Handlung entstanden sind – also durch eine Krankheit,

nachdem die Impfung unterlassen wurde, als wären dieselben Symptome durch eine Handlung, also die Impfung, entstanden (omission bias: Brown et al., 2010). Eine Krankheit wird also eher als Schicksal akzeptiert, während bei Nebenwirkungen die Frage der Schuld durch den Entscheider, beispielsweise die Eltern, im Raum steht. Insgesamt kann also sowohl die Art und Menge der aufgesuchten Informationen (Kata, 2012; Betsch et al., 2011) als auch verschiedene kognitive Verzerrungen bei der Verarbeitung der Information dazu führen, dass der Eindruck entsteht, Impfen sei gefährlicher als die Krankheit selbst.

Strukturanalyse: Nicht zu impfen kann aus individueller Perspektive rational sein

Die Konsequenzen dieser verzerrten Risikowahrnehmung sind weitreichend. Die Impfscheidung wird so zu einem sozialen Dilemma, da das, was individuell rational erscheint – nämlich nicht zu impfen – gesamtgesellschaftlich negative Folgen hat. Dies ist bedingt durch das Phänomen der Herdenimmunität, bei der nicht nur die Infektion des Individuums selbst, sondern durch den indirekten Effekt der Impfung auch die Transmission des Erregers verhindert wird. So ist eine Gesellschaft auch ohne Impfquoten von 100 % geschützt, was theoretisch die Elimination verschiedener Krankheiten erlaubt (Masern, Röteln, Polio). Personen, denen dieses Phänomen bekannt ist, können nun wahrnehmen, dass für sie – auch aufgrund des Gemeinschaftsschutzes – individuell wenig Nutzen für eine Impfung besteht und sich gegen eine Impfung entscheiden. Dies wird in der Folge Trittbrettfahren genannt. Eine Reihe von Studien zeigt, dass es bei der individuel-

len Entscheidung eine Rolle spielt, wie hoch die Durchimpfung in der Gesellschaft – und somit der Herdenschutz – ist. So verlassen sich manche Mitglieder der Gesellschaft auf den Herdenschutz, der durch das Impfverhalten der anderen Mitglieder entsteht (Ibuka et al., 2014). Insbesondere zeigte sich, dass Personen, die eher den individuellen als den gemeinschaftlichen Nutzen im Blick haben, zu Trittbrettfahrtum neigen (Böhm, Betsch & Korn et al., subm.).

Interventionen: Trittbrettfahren vermeiden

In verschiedenen Studien wurde der soziale Nutzen von Impfungen kommuniziert. Diese Maßnahme führte nicht zu einer allgemeinen Erhöhung der Impfbereitschaft. Jedoch kam es dadurch zu einem geringeren Anteil an Trittbrettfahren (Betsch et al., in prep.; Betsch, Böhm & Korn, 2013). Da der soziale Nutzen salient ist, wird dieser in die Impfscheidung einbezogen und eine Entscheidung für Impfen wird wahrscheinlicher (siehe auch Korn et al., 2015).

Gründe gegen Impfungen: Die vier „C“s und passende Interventionen

Häufig wird davon ausgegangen, dass ungenügende Impfquoten mit Impfgegnern und zu wenig Vertrauen in Impfungen gleichzusetzen ist. Eine Arbeitsgruppe der WHO (SAGE Vaccine hesitancy Working Group) hat sich mit der Frage beschäftigt, welche Faktoren zu Impfmüdigkeit führen. Neben mangelndem Vertrauen in Impfstoffe (*Confidence*) wurden zwei andere Faktoren identifiziert: fehlende Aufmerksamkeit (*Complacency*), also die Wahrnehmung, dass Impfen nicht relevant ist, da z.B. Infektionskrankheiten kaum sichtbar sind,

sowie organisatorische Hindernisse (*Convenience*) – also z. B. komplizierte Abläufe der Impfstoffbeschaffung im Impfprozess, der Alltagsorganisation von arbeitenden Eltern mit mehreren Kindern, etc. Ich möchte einen weiteren Grund hinzufügen: Rationale Berechnung (*Calculation*). Hier wird auf der Basis einer umfassenden Informationssuche entschieden – dies kann zum Trittbrettfahren führen, also zu keiner Impfung, da ausreichend viele andere Personen geimpft sind und so das Erkrankungsrisiko gering ist. Außerdem kann es zu einer Flut an widersprüchlichen Informationen führen, so dass letztlich gar keine Entscheidung getroffen werden kann, da augenscheinlich gleich vieles für wie gegen Impfen spricht. Dass diese Gruppe verhältnismäßig groß ist, zeigt eine Umfrage der BZgA: In Deutschland gaben 31 % der von der BZgA Befragten an, Impfen „teils/teils“ gegenüber zu stehen. Diese Gruppe wird im Englischen auch „fence-sitters“ genannt (Leask, 2011), es sind also die, die auf dem Zaun sitzen und nicht wissen, ob sie rechts oder links davon herunterspringen sollen.

Diese vier Gruppen sollten mit unterschiedlichen Strategien, die unterschiedlichen Informationsgehalt und differenzielle Zielsetzung beinhalten, adressiert werden. Die Gruppe der Berechnenden (*calculation*) verändert ihre Entscheidung, wenn der soziale Nutzen von Impfungen kommuniziert wird – denn hier wird ein zusätzlicher Nutzen sichtbar. Zusätzlich können auch Anreize für Impfungen wirkungsvoll sein. Auch sollte der Arzt in der Lage sein, Falschinformation kompetent zu widerlegen. Dies ist ebenfalls wichtig für die Gruppe mit mangelndem Vertrauen (*confidence*) – hier wird gute Information benötigt, die Falschwissen korrigiert

und den Nutzen von Impfungen darstellt. Diese muss zwingend aus einer vertrauenswürdigen Quelle kommen, z. B. vom Arzt (Henninger, 2006; Hesse et al., 2005). Für Personen, die keine Abneigung gegen Impfungen haben, denen Impfen an sich aber eher unwichtig ist (*complacency*), eignen sich möglicherweise Nudging-Strategien (*nudging*, engl. = „Anstupsen“), wie z. B. die Zusendung von Impfterminen (Chapman et al., 2010). Letztlich sollten Barrieren im Impfprozess analysiert und Möglichkeiten zu ihrer Beseitigung optimiert werden – hierzu zählen beispielsweise die eigenständige Beschaffung eines Impfstoffes durch den Patienten mit Zwischenlagerung im heimischen Kühlschrank oder ungünstige Öffnungszeiten von Ärzten oder Gesundheitsämtern.

Zuhören!

Um die vorherrschenden Gründe gegen eine Impfung zu eruieren, ist ein konstantes Monitoring der Einstellung innerhalb der Bevölkerung wichtig, um kommunikative und strategische Maßnahmen sinnvoll und effektiv zu gestalten. Zusätzlich zu den regelmäßigen Repräsentativbefragungen der BZgA eignen sich hierzu Varianten des *Infoveillance*-Ansatzes (z. B. durch die Analyse von tweets; Eysenbach, 2006; Vaccine Confidence Project, Larson et al., 2013), die z. T. auch in anderen Ländern dauerhaft oder bei speziellem Bedarf angewandt werden (z. B. RIVM, Niederlande). Dies erlaubt zudem eine prompte Reaktion, z. B. wenn neue Mythen in den (sozialen) Medien auftauchen – wie etwa aktuell die Diskussion, ob der in Berlin an den Masern gestorbene Junge überhaupt an den Masern gestorben ist. Je genauer die Bevölkerung und bestimmte Subgruppen sowie ihre

Impfhindernisse bekannt sind, desto genauer können Advocacy-Maßnahmen und Strategien zur Erhöhung der Impfbereitschaft geplant werden und desto eher ist ein Erfolg der Maßnahmen und Strategien zu erwarten (vgl. Tailoring Immunization Programmes (TIP), WHO Europe; Butler & MacDonald, 2015; WHO Europe, 2013). Hierfür ist eine Stärkung der interdisziplinären Forschung, insbesondere mit verhaltens- und sozialwissenschaftlicher Ausrichtung, zu begrüßen, um auf der Basis derartiger „Behavioral Insights“ zielgruppengerechte Interventionen zu entwickeln.

„Target the fence-sitters“

Insbesondere für die große Gruppe der fence-sitters in Deutschland (ca. 31 %, BZgA, 2013) wird Informationsmaterial aus vertrauenswürdiger Quelle benötigt (also keine Angebote der Industrie; Betsch & Sachse, 2012), das Mythen über Impfungen effektiv korrigiert (Cook & Lewandowsky, 2011; ECDC, 2014). Durch die geplante Neuerung im Präventionsgesetz, die eine Pflichtberatung zum Thema Impfen vorsieht, entsteht eine besondere Gelegenheit, diese Zielgruppe anzusprechen. Angesichts der verteilten Zuständigkeiten in Deutschland ist rechtzeitig zu überlegen, welche Organisation oder Behörde die Bereitstellung von Informationsmaterialien für diesen wichtigen Termin übernimmt. Während die BZgA den Bürger und das Robert Koch-Institut das Fachpersonal informiert, eröffnet sich durch diese spezielle Beratungssituation eine Lücke, die dringend geschlossen werden muss: die Arzt-Patient-Interaktion. Gerade vor dem Kita-Eintritt kann auch der soziale Nutzen von Impfungen effektiv kommuniziert werden, da das Kind Teil einer

Gemeinschaft und damit potenzieller Teil von Infektionsketten wird. Die soziale Verantwortung und der individuelle Schutz durch Impfungen sollte hier diskutiert und eventuelles Falschwissen (z. B. durch impfkritische Publikationen) effektiv widerlegt werden.

Familienvorsorge – ein Konzept mit Zukunft?

Ein Umdenken in der Versorgung von Kindern und Erwachsenen scheint mir des Diskutierens wert. Mit dem Ziel der *Familienvorsorge* (family immunization) könnte unter dem Motto „Impfen schützt Dich und Deine Familie“ ein Präventionsprogramm angeboten werden, das Impfungen für die gesamte Familie bei gemeinschaftlichen Praxisterminen beinhaltet. So könnten bereits Schwangerschaftsvorsorgetermine unter „Familienvorsorge“ laufen und Schwangerschaftsimpfungen würden Teil einer Routinevorsorge. Die werdende Mutter kann früh die Erfahrung machen, dass Impfungen auch ihr Kind mitschützen. Dies sollte den Gedanken an den Gemeinschaftsschutz durch Impfungen früh vermitteln. Mit gemeinsamen Praxisterminen würde der Ablauf für Eltern unter Praktikabilitätsaspekten optimiert und Eltern können auch selbst nachgeimpft werden, was angesichts der hohen Fallzahlen von Masern bei Erwachsenen absolut notwendig erscheint. Dieses Konzept zeigt nicht nur den individuellen Nutzen von Impfungen auf, sondern betont auch den sozialen Nutzen dort, wo er Menschen westlicher Prägung am nächsten ist: in der Familie. In Berlin wurden im Masern-Ausbruch 2015 bereits kassenärztliche Regularien dahingehend gelockert, dass Eltern beim Kinderarzt mitgeimpft werden können. Dies scheint ein erster Schritt in diese Richtung zu sein.

Fazit

Insgesamt ist es also wichtig, neben dem individuellen Schutz durch Impfung auch den Gemeinschaftsschutz zu betonen. Dies kann eventuelles Trittbrettfahren reduzieren. Möglicherweise kann diese kommunikative Maßnahme in neue Konzepte eingebettet werden, wie beispielsweise die Impfberatung vor dem Kita-Eintritt oder in eine gemeinschaftliche Familienvorsorge. Verstärktes Augenmerk sollte auf die Gruppe der Unentschlossenen gelegt werden – dafür ist ein regelmäßiges Monitoring unerlässlich, das die Gründe gegen Impfungen in den Bereichen confidence, complacency, convenience und calculation verortet und die Veränderungen über die Zeit erfasst und so entsprechend maßgeschneiderte Maßnahmen erlaubt. So können die Zielstellungen, die im European Vaccine Action Plan formuliert sind, erreicht werden: Immunisierung wird politisch eine hohe Priorität zugeschrieben, Bürger verstehen die Bedeutung und Wichtigkeit von Impfungen, Bürger werden durch zielgruppenorientierte Strategien erreicht und Immunisierung ist als integraler Bestandteil im Gesundheitssystem verankert. Auch wenn Deutschland in allen Bereichen bereits erfolgreich ist, zeigt der aktuelle Masernausbruch, dass immer noch Nachholbedarf besteht und effektive Aufklärung sowie maßgeschneiderte Kampagnen notwendig sind.

Literaturverzeichnis

Betsch, C., Böhm, R., & Korn, L. (2013). Inviting free-riders or appealing to prosocial behavior? game-theoretical reflections on communicating herd immunity in vaccine advocacy. *Health Psychology, 32*(9), 978-85

Betsch, C., Böhm, R., Korn, L., & Holtmann, C. (in prep.). *Influenza Risk Perception and Communication – Towards evidence-based communication strategies*

for culture-sensitive vaccine advocacy

Betsch, C., Renkewitz, F., Betsch, T., & Ulshöfer, C. (2010). The influence of vaccine-critical websites on perceiving vaccination risks. *Journal of Health Psychology, 15*(3), 446-455

Betsch, C., & Sachse, K. (2012). Debunking Vaccination Myths: Strong Risk Negations Can Increase Perceived Vaccination Risks. *Health Psychology, 32*(2)

Betsch, C., Ulshöfer, C., Renkewitz, F., & Betsch, T. (2011). The influence of narrative vs. statistic information on perceiving vaccination risks. *Medical Decision Making, 31*(5), 742-753

Böhm, R., Betsch, C., & Korn, L. (subm.). Strategic Vaccination: Experimental Evidence from an Interactive Vaccination Game. *Journal of Economic Behavior & Organization*

Brown, K. F., Kroll, J. S., Hudson, M. J., Ramsay, M., Green, J., Vincent, C. A., Sevdalis, N. (2010). Omission bias and vaccine rejection by parents of healthy children: implications for the influenza A/H1N1 vaccination programme. *Vaccine, 28*(25), 4181-5

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013). *Einstellungen, Wissen und Verhalten der Allgemeinbevölkerung zu Hygiene und Infektionsschutz*. Retrieved from <http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/impfen-und-hygiene/>

Butler, R., & MacDonald, N. E. (2015). Diagnosing the determinants of vaccine hesitancy in specific subgroups: The Guide to Tailoring Immunization Programmes (TIP). *Vaccine*

Chapman, G. B., Li, M., Colby, H., & Yoon, H. (2010). Opting in vs opting out of influenza vaccination. *JAMA, 304*(1), 43-44

Chen, R. T. (1999). Vaccine risks: Real, perceived and unknown. *Vaccine, 17*, 41-46

Cook, J., & Lewandowsky, S. (2011). *The debunking handbook*. Retrieved from http://www.skepticalscience.com/docs/Debunking_handbook_draft2.pdf

ECDC (2014). *Measles and rubella elimination: communicating the importance of vaccination* Stockholm: ECDC. Retrieved from <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Measles-rubella-elimination-communicating-importance-vaccination.pdf>

Eysenbach, G. (2006). *Infodemiology: tracking flu-related searches on the web for syndromic surveillance*. AMIA Annual Symposium Proceedings / AMIA Symposium. AMIA Symposium, 244-248

3. SESSION PLENUM

IMPFMÜDIGKEIT: DAS INDIVIDUUM UND DIE GESELLSCHAFT

Heininger, U. (2006). An internet-based survey on parental attitudes towards immunization. *Vaccine*, 24(37-39), 6351-6355

Hesse, B. W., Nelson, D. E., Kreps, G. L., Croyle, R. T., Arora, N. K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2005). Trust and Sources of Health Information. *Archives of Internal Medicine*, 165, 2618-2624

Ibuka, Y., Li, M., Vietri, J., Chapman, G. B., & Galvani, A. P. (2014). Free-Riding Behavior in Vaccination Decisions: An Experimental Study. *PLoS ONE*, 9, e87164

Kata, A. (2012). Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm – An overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement. *Vaccine*, 30, 3778-3789

Korn, L., Holtmann, C., Betsch, C., & Böhm, R. (2015). Die Impfbereitschaft verstehen und verbessern: Wenn persönliche Impfentscheidungen im Konflikt mit dem Gemeinwohl stehen und wie man dieses Dilemma auflösen kann. *Das In-Mind Magazin*, 2

Larson, H. J., Smith, D. M. D., Paterson, P., Cumming, M., Eckersberger, E., Freifeld, C. C., Madoff, L. C. (2013). Measuring vaccine confidence: Analysis of data obtained by a media surveillance system used to analyse public concerns about vaccines. *The Lancet Infectious Diseases*, 13(7), 606-613

Leask, J. (2011). Target the fence-sitters. *Nature* 473, 443-445

Siegrist, M., & Cvetkovich, G. (2001). Better negative than positive? Evidence of a bias for negative information about possible health dangers. *Risk Analysis*, 21(1), 199-206

WHO Europe (2013). Package for Accelerated Action: 2013-2015. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe. Retrieved from http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0020/215480/PACKAGE-FOR-ACCELERATED-ACTION-20132015.pdf

Mumpsausbrüche bei Adoleszenten und jungen Erwachsenen – ein zunehmendes Problem (?)

Univ.-Prof. Dr. Stephan Gehring, Dr. rer. nat. Claudius U. Meyer
 Universitätsmedizin Mainz, Mainz

Der Blick über die Grenze nach Finnland offenbart eine beeindruckende Erfolgsgeschichte. Vor mehr als 30 Jahren hat man in Finnland begonnen, Masern, Mumps und Röteln (MMR) zu eliminieren. Das finnische Impfprogramm umfasste eine erste Impfung im 14. bis 18. Lebensmonat, eine zweiten Impfung im 6. Lebensjahr sowie Nachholimpfungen für Schulkinder, Studenten, Rekruten und das Personal im Gesundheitswesen. Ab 1995 konnte eine Impfrate von deutlich über 95 % für die zweimalige MMR-Impfung erreicht werden, ab 1997 wurden keine Fälle von

MMR mehr dokumentiert. Ausnahmen bleiben die „importierten“ Fälle (Peltola et al. 2008).

Eindrücklich ist der Unterschied in der Inzidenz der Mumpsinfektionen und der damit assoziierten klinischen Erscheinungsbilder vor und nach Einführung der Impfung (Tab.1). Die durch Mumps bedingte Meningitis war Anfang der 1970er Jahre mindestens so häufig wie heute die Meningitis durch Meningokokken B und C. Die klassische Komplikation einer Mumpserkrankung, die Orchitis mit bis zu

	1971 (vor Impfung)	2008
Gesamtzahl	22.980	0
Hospitalisierungen	900 (4 %)	0
Meningitis	450 (2 %)	0
Enzephalitis	64 (0,3 %)	0
Pankreatitis	120 (0,5 %)	0
Hörschädigung	30 – 60 (0,1 – 0,3 %)	0
Hörverlust	3 (0,01 %)	0
Beidseitige Orchitis	752 (3 %)	0

Tab. 1: Mumps in Finnland (verändert nach: Peltola et al. 2008)

3. SESSION PLENUM

MUMPSAUSBRÜCHE BEI ADOLEZENTEN UND JUNGEN ERWACHSENEN – EIN ZUNEHMENDES PROBLEM (?)

10 % Infertilität, ist in Finnland heute unbekannt. Neben Finnland wurde die Mumpsimpfung meist in Kombination als MMR-Immunsierung Anfang der 1990er Jahre auch in anderen Ländern eingeführt, was bei zwei Impfdosen immer mit einer erheblichen Reduktion der Inzidenz verbunden war. So konnte die Erkrankungsrate auch in Dänemark um 99 % gesenkt werden, in England hingegen, wo lediglich eine Dosis empfohlen wurde, sank die Erkrankungsrate nur um 88 %. In Ländern ohne Mumpsimpfung war im gleichen Zeitraum nur ein leichter Rückgang der Erkrankungsraten erkennbar, was nochmals sehr deutlich die Wirksamkeit einer hohen Durchimpfung demonstriert.

Mit der erfolgreichen Reduktion der Erkrankungsrate durch Immunisierungsprogramme können sich allerdings neue epidemiologische

Risiken ergeben. In Abwesenheit von natürlich zirkulierenden Wildtyp-Viren kommt es zu keiner inapparenten Auffrischung der Immunsierung. Der geänderte Selektionsdruck kann in den verbleibenden Viruspopulationen anderen viralen Genotypen Gelegenheit geben, sich zu verbreiten. Sind diese dann nicht mehr durch die impfbedingte Immunität abgedeckt, so muss letztlich trotz zweier Impfdosen im Kindesalter davon ausgegangen werden, dass in einer Population das Immungedächtnis über die Jahre abnimmt und damit die Suszeptibilität für Mumps wieder größer wird. Vor diesem Hintergrund wird den seit einigen Jahren vermehrt dokumentierten Ausbrüchen an Mumps mit besonderer Aufmerksamkeit begegnet. Spätestens seit dem Jahr 2005 häufen sich sowohl international als auch in Deutschland Berichte von lokalen Mumpsausbrüchen (Abb.1).

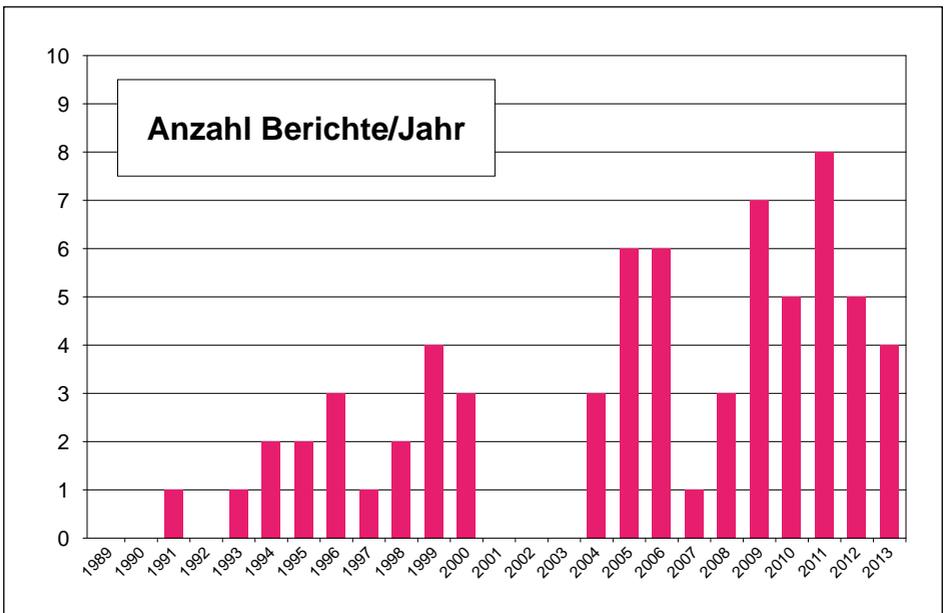


Abb. 1: Anzahl der in im Zeitraum von 1989 bis 2013 in PubMed veröffentlichten Mumpsausbrüchen

3. SESSION PLENUM

MUMPSAUSBRÜCHE BEI ADOLESCENTEN UND JUNGEN ERWACHSENEN – EIN ZUNEHMENDES PROBLEM (?)

Die Diskussion über die Ursachen dieser Ausbrüche konzentriert sich im Wesentlichen auf folgende Aspekte:

- Ablehnung der Impfung
- Konzeptionelle Lücken in den Impfprogrammen
- Impfstoffzusammensetzung
- Immunologische Limitationen

Ablehnung der Impfung

Wie alle Impfungen, so ist auch die Mumpsimpfung freiwillig. Eine Entscheidung für oder gegen eine Immunisierung sollte jedoch auf der bestmöglichen Sachgrundlage erfolgen. Ein instruktives Beispiel für die Folgen einer kollektiven Entscheidung gegen eine Mumps-Immunsierung wurde für Holland dokumentiert, wo in einer geographisch benennbaren Region eine Ablehnung der Mumpsimpfung zu einer klar erhöhten Inzidenz an Mumpserkrankungen führte (Abb. 2)

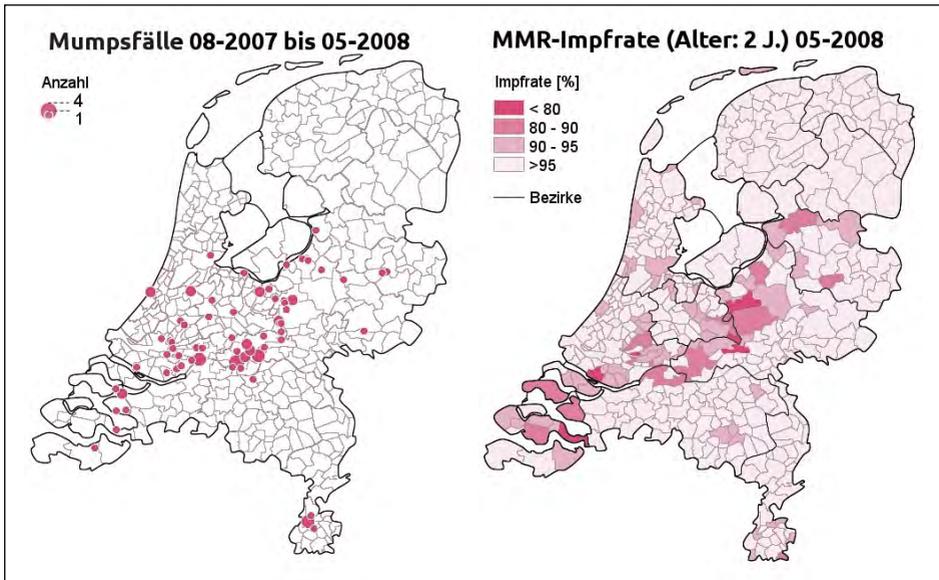


Abb.2: Zusammenhang Impfrate und Mumpsinzidenz (verändert nach Karagiannis et al. 2008)

Im Bundesgebiet zeigt die Analyse von KIGGS-Daten (Poethko-Müller und Mankertz 2012), dass bei Kindern und Jugendlichen (0-17 Jahre) in den zurückliegenden Jahren lediglich 88,8 % mindestens eine Dosis MMR erhalten hatten. In 2010 lag der Anteil jener, die bei der Schuleingangsuntersuchung bereits zwei Impfdosen erhalten hatten, in den östlichen Bundesländern bei 92,7 %, in den westlichen Bundesländern bei 91,0 % (Koch und Takla 2013). Diese Durchimpfungsraten liegen noch nicht verlässlich über den epidemiologisch als notwendig erachteten 93 % (Plans-Rubió 2013). Zu einem Teil ist diese Impflücke der in Deutschland traditionell sehr kritischen Diskussion über Impfstoffe geschuldet, zum größeren Teil stößt man hier aber auch auf mögliche Lücken in den Impfprogrammen.

Konzeptionelle Lücken in den Impfprogrammen

Die erfreuliche Verbesserung der Durchimpfungsraten bei Schuleingangskindern darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Impfprogramme in Deutschland weiter verbessert werden sollten. Erst seit 1991 gilt auch für die östlichen wie schon für die westlichen Bundesländer die Empfehlung der zweimaligen Mumpsimpfung, während zuvor in den östlichen Bundesländern keine konsequente Durchimpfung gegen Mumps gewährleistet wurde. Die mittlerweile durchweg erwachsenen Kohorten an nicht gegen Mumps-geimpften-Personen aus den östlichen Bundesländern sollten nachgeimpft werden, da diese sonst als „lost cohort“ potentiell zur Inzidenz an Mumpserkrankungen beitragen.

Seit den 1990er Jahren konnte der Erhalt der zweiten Impfdosis deutlich gesteigert werden, bleibt jedoch unter dem geforderten Anteil für eine „Herdenimmunität“ (Plans 2013, Cockman et al. 2011). Dieser je nach betrachteter Altersgruppe unterschiedliche, jedoch insgesamt kleine, aber wichtige Anteil der Impfkohorte darf nicht strategisch „vergessen“ werden. Mit der Einführung der Meldepflicht für Mumpserkrankungen seit 2013 wird die Datenbasis für den Erfolg notwendig hoher Durchimpfungsraten messbar werden.

Kürzlich wurde eine dritte Immunisierung gegen Mumps ins Gespräch gebracht. Diese Überlegungen werden von der Beobachtung befeuert, dass sich die Krankheitslast nach der Einführung der zweimaligen Impfung in höhere Altersklassen verschoben hat – vor allem Jugendliche und junge Erwachsene sind betroffen – und dass Mumpsausbrüche sich bevorzugt in Ausbildungseinrichtungen wie weiterführenden Schulen, Universitäten oder Sportvereinen ereignen. Die bislang verfügbaren Daten zu einer dritten Mumpsimpfung zeigen zwar eine nochmalig erhöhte Seroprävalenz auch ein Jahr nach der dritten Dosis an (Fiebelkorn et al. 2014), darüber hinaus kann derzeit jedoch noch keine Bewertung hinsichtlich eines epidemiologischen Nutzens formuliert werden.

Impfstoffzusammensetzung

Eines der Charakteristika der Mumpsausbrüche der letzten Jahre war die Erkrankung von bereits geimpften Personen, was nahelegt, dass neben einer sich abschwächenden Immunantwort („waning immunity“) die aktuellen Impfstoffe für die kursierenden und damit epi-

demologisch relevanten Mumpsviren-Genotypen keine ausreichend starke Immunantwort erzeugen.

Aktuell bestimmen 13 koexistierende Genotypen die molekular-epidemiologische Situation. Typ und Häufigkeit dieser Genotypen könnten die Wirksamkeit der verfügbaren Impfstoffe reduzieren (Kaaijk et al. 2008). Der in den meisten Impfstoffen verwendete Genotyp Jeryl Lynn (JL) hat sich zwar hinsichtlich seines Nebenwirkungsprofils und der Serokonversion als überlegen erwiesen. Immunoinformatische Analysen zeigen jedoch deutlich, dass die durch JL angesprochen B- und T-Zellepitope deutlich unterschiedlich von den meisten anderen, auch kursierenden Genotypen sind, und der JL-Genotyp also möglicherweise eine Immunität vermittelt, die für die Erkennung der meisten anderen kursierenden Genotypen nicht oder schlechter geeignet ist (Homan und Bremel 2014). In dieser Hinsicht sind Anstrengungen zu unternehmen, die dem molekularen Geschehen der kursierenden Genotypen eine anhaltende Aufmerksamkeit entgegenbringen.

Immunologische Limitationen

Jede Immunisierung wird verbunden mit der Hoffnung, eine möglichst anhaltende, schützende Immunantwort zu induzieren. Die aktuell genutzten Mumpsvakzine bergen in dieser Hinsicht jedoch ein Problem in sich. Der Anteil der primären Impfansager, insbesondere aber auch der sehr deutliche Anteil an sekundären Impfansagern, wurde als beträchtlich beschrieben. Darüber hinaus muss davon ausgegangen werden, dass selbst nach einer erfolgreichen Impfung ein Impfschutz lediglich über eine be-

grenzte Zeit besteht. Die Seroprävalenzdaten für 0- bis 17-Jährige in Deutschland weisen auf ein nachlassendes Immungedächtnis hin (Koch und Takla 2013). Ein serologisches Korrelat für Protektion gegen Mumpserkrankung konnte noch nicht erarbeitet werden. Möglicherweise spielt neben der Serokonversion auch die Verfügbarkeit von Mumps-spezifischen T-Gedächtniszellen eine individuell unterschiedlich große Rolle. Mumps-spezifische T-Zellen sind sehr bald nach einer Impfung nicht mehr im peripheren Blut nachweisbar, bleiben aber im Knochenmark über lange Zeit „systemisch“ verfügbar (Okhrimenko et al. 2014).

Fazit für die Praxis

- Trotz ausreichender Impfung im Kindesalter ist die Zahl der Mumpsinfektionen und Ausbrüche langsam zunehmend.
- Die Krankheitslast hat sich nach der Einführung der Impfung in höhere Altersklassen verschoben (Jugendliche/ junge Erwachsene).
- Mumpsausbrüche ereignen sich bevorzugt in Ausbildungseinrichtungen wie (Fachhoch-)Schulen, Universitäten oder Sportvereinen.
- Ursachen für die Mumps-Persistenz sind mangelnde Impf-Compliance, Impfstoff-Defizite und eine sich mit zunehmendem Abstand zur letzten Immunisierung abschwächenden Immunität („waning immunity“).
- Durch eine bessere Surveillance, gezielte Interventionen, z.B. durch Indikatorsimpfungen in betroffenen Lebensbereichen, und eine Verbesserung der 2. MMR-Impfquote auf > 95 % kann – wie am Beispiel von Finnland dokumentiert – die Prävalenz der Mumpsinfektionen deutlich gesenkt werden.
- Die Entwicklung neuerer Impfstoffe, die

3. SESSION PLENUM

MUMPSAUSBRÜCHE BEI ADOLESCENTEN UND JUNGEN ERWACHSENEN – EIN ZUNEHMENDES PROBLEM (?)

die gesamte Bandbreite der zirkulierenden Mumpsgenotypen abdecken und eine längere Immunität induzieren, ist eine wichtige Aufgabe für die Zukunft.

Literaturverzeichnis

Fiebelkorn A. P., Coleman L. A., Belongia E. A., Freeman S. K., York D., Bi D., et al.: Mumps Antibody Response in Young Adults After a Third Dose of Measles-Mumps-Rubella Vaccine. *Open Forum Infectious Diseases*. 2014 Oct 19; 1(3): ofu094-ofu094

Homan E. J., Bremel R.D.: Are cases of mumps in vaccinated patients attributable to mismatches in both vaccine T-cell and B-cell epitopes?: An immunoinformatic analysis. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2014 Feb; 10(2): 290-300

Kaaijk P., van der Zeijst B. A., Boog M. C., Hoitink C. W.: Increased mumps incidence in the Netherlands: Review on the possible role of vaccine strain and genotype. *SURVEILLANCE AND OUTBREAK REPORTS*. 2008; 297

Karagiannis I., van Lier A., van Binnendijk R., Ruijs H., Fanoy E., Conyn-Van Spaendonck M. A. E., et al.: Mumps outbreak in the Federation of Bosnia and Herzegovina with large cohorts of susceptibles and genetically diverse strains of genotype G, Bosnia and Herzegovina, December 2010 to September. Available from: <http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?articleid=18901>

Koch J., Takla A.: Effekte der Masern-Mumps-Röteln (MMR)-Impfung auf die Epidemiologie von Mumps in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. 2013 Sep; 56(9): 1305-12

Okhrimenko A., Grun J. R., Westendorf K., Fang Z., Reinke S., von Roth P., et al.: Human memory T cells from the bone marrow are resting and maintain long-lasting systemic memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2014 Jun 24; 111(25): 9229-34

Peltola H., Jokinen S., Paunio M., Hovi T., Davidkin I.: Measles, mumps, and rubella in Finland: 25 years of a nationwide elimination programme. *The Lancet infectious diseases*. 2008; 8(12): 796-803

Plans P.: New preventive strategy to eliminate measles, mumps and rubella from Europe based on the se-

rological assessment of herd immunity levels in the population. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*. 2013 Jul; 32(7): 961-6

Plans-Rubió P.: Evaluation of the establishment of herd immunity in the population by means of serological surveys and vaccination coverage. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2012 Feb; 8(2): 184-8

Poethko-Müller C., Mankertz A.: Seroprevalence of Measles-, Mumps- and Rubella-Specific IgG Antibodies in German Children and Adolescents and Predictors for Seronegativity. Borrow R., editor. *PLoS ONE*. 2012 Aug 6; 7(8): e42867

Verleihung des Posterpreises

Univ.-Prof. Dr. Fred Zepp¹, Dr. Ulf Arnold-Fabian²

¹Universitätsmedizin Mainz, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Mainz

²Universitätsmedizin Mainz, Projektkoordinator Stiftung Präventive Pädiatrie, Mainz

Der Posterpreis wird von der Stiftung Präventive Pädiatrie bereitgestellt, die 1999 gegründet wurde. Die Stiftung hat sich zum Ziel gesetzt, durch gesundheitsfördernde und vorbeugende Maßnahmen die Kinder vor Krankheit zu schützen und ihnen ein Aufwachsen in bester körperlicher, geistiger und sozialer Verfassung ermöglichen zu können. Kinder- und Jugendmedizin ist im Kern Präventionsmedizin. Deshalb verleiht die Stiftung seit ihrer Gründung jährlich einen Förderpreis. Der Preis beträgt 1.000 € und dient der Auszeichnung herausragender Arbeiten, Dissertationen oder Habilitation auf dem Gebiet der Präventivmedizin und Gesundheitsvorbeugung. Die Stiftung hat auch die Etablierung der ersten Nationalen Impfkongferenz im Jahr 2009 maßgeblich unterstützt und stellt seither ihren Förderpreis für jede Nationale Impfkongferenz als Posterpreis zur Verfügung, um innovative oder zielführende Ansätze zur Steigerung der Impfraten in Deutschland zu prämiieren. Das erfolgte auch erneut bei der 4. Nationalen Impfkongferenz.

Der Fokus für die Auswahl der Preisträger lag in diesem Jahr auf Postern, die sich mit der Steigerung der Impfmotivation oder der Umsetzung von Impfkzepten in der Fläche befassen. Die Juroren (Dr. Ulf Arnold-Fabian, Dr. Gabriele Ellsäßer, Dr. Daniel Sagebiel, Dr. Annette Siedler und Prof. Dr. Fred Zepp) hoben die insgesamt sehr hohe Qualität der Poster der diesjährigen

Kongferenz hervor. Besonders erfreulich ist das Engagement des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Die vorgestellten Surveillance-Programme zeigen einmal mehr, wie leistungsfähig der ÖGD ist, dessen Stärkung nach Auffassung der Jury eine wichtige Aufgabe ist und auch bleiben muss. Entsprechend dieser Schwerpunktsetzung wurden von 41 eingereichten Postern folgende in die engere Wahl gezogen:

P01-03

Verbesserte Erfassung und Abrufbarkeit des Impfstatus durch Einführung eines digitalen Impfpasses

M. Müller, S. Akalin, K. Uhlig, S. Graefe

P03-05

Schüler drehen Impf-Spots – Eine präventive Auseinandersetzung der Jugendlichen mit dem Thema Impfen

J. Burghardt, S. Keller

P03-08

Steigerung der Motivation zur Masernimpfung: Impfen für den guten Zweck auf St. Pauli

S. Graefe, M. Müller, S. Akalin, K. A. Uhlig

P04-01

Impfempfehlungen im Arztbrief

P. Salavati, J. Glasmacher, S. Krane, L. Sanftenberg, J. Schelling

P04-06

Umsetzung des allgemeinen Impfangebots für Asylbewerber in der Aufnahmeeinrichtung für Asylbegehrende in Trier (AfA Trier)

M. George, A. Mund, K. Neukirch, F. Burckhardt

P04-09

„Meet the expert“: Steigerung der Impfmotivation bei Jugendlichen – ein neuer Ansatz

C. Klapp, H. Bucher

P04-10

Impfpass-Kontrolle versus „Selbst-Check“ – Eltern können über die Einschulungsuntersuchungen ihrer Kinder zur eigenen Impfung motiviert werden.

J. Schumacher, D. Sagebiel, D. Delekat, J. Ramirez Henao, A. Siedler

Nähere Einzelheiten zu diesen und weiteren Postern sind den nachfolgenden Abschnitten des Berichtsbandes zu entnehmen.

In Anbetracht der hohen Qualität der Poster hat sich die Jury entschieden, wie bei der 3. Nationalen Impfkongferenz in München auch in diesem Jahr zwei Posterpreise zu vergeben:

1. „Impfempfehlungen im Arztbrief“, von P. Salavati, J. Glasmacher, S. Krane, L. Sanftenberg, J. Schelling (P04-01). Bei den Autoren handelt es sich um eine Gruppe vom Institut für Allgemeinmedizin der LMU in München. Mit der Bitte um Teilnahme an der Studie wurden über 600 Kliniken in Bayern angeschrieben, von denen nur 20 (3 %) dazu bereit waren. Die Aufgabe der teilnehmenden Kliniken bestand darin, bei jedem chronisch kranken Patienten, der das Krankenhaus

verlässt, im Arztbrief den Impfstatus zu dokumentieren und so die bestehenden Impflücken den niedergelassenen Nachsorgekollegen zur Kenntnis zu bringen.

Diese Studie hat im Grunde zwei Zielsetzungen. Zum einen die Schließung der Impflücken der chronisch Erkrankten. Wer immer diesen Arztbrief diktiert, profitiert aber auch von dem Ansatz, weil er oder sie sich damit beschäftigen muss, welche Impfungen empfohlen sind und was die Impfung für den Menschen bedeutet, der gerade entlassen wird. So wird ein für die Stiftung wichtiger Aspekt unterstützt, wie über die Pädiatrie hinaus weitere Ärztinnen und Ärzte dazu gebracht werden können, sich stärker um den ausreichenden Impfschutz der Patienten zu kümmern. Diese Idee war für die Juroren sehr wichtig und Ausschlaggebend für die Prämierung. Als Vertreter der Gruppe nahm Frau Dr. Linda Sanftenberg den Preis entgegen und bedankte sich für die Entscheidung.

2. „Meet the expert“, von C. Klapp, H. Bucher (P04-09). Dieses Beratungsmodell, das in Hamburg und Berlin entwickelt wurde, beschäftigt sich damit, wie der Impfgedanke bei jungen Menschen verankert werden kann. Hier geht es den Autoren darum, eine Bevölkerungsgruppe anzusprechen, die ansonsten von den Strukturen unseres Gesundheitssystems nur schwer erreicht werden kann. Frau Dr. Christine Klapp nahm den Preis entgegen und bedankte sich bei der Jury.

Masernimpfstatus, -impfantikörper und -impfbereitschaft von Würzburger Medizinstudenten 2004 bis 2014

S. Fleischer¹, A. Maier¹, M. Herbst¹, F. Segerer¹, M. Frosch², B. Weißbrich³, A. Schubert-Unkmeir²,
A. Streng¹, H.-W. Kreth¹, J. Liese¹

¹Universitätsklinikum Würzburg, Kinderklinik und Poliklinik, Pädiatrische Infektiologie und Immunologie, Würzburg,

²Universitätsklinikum Würzburg, Institut für Hygiene und Mikrobiologie, Würzburg,

³Universitätsklinikum Würzburg, Institut für Virologie und Immunbiologie, Würzburg,

Fragestellung

Die generelle Masernimpfung mit einer Dosis wird in Deutschland seit den 70er Jahren durchgeführt, seit 1991 sind von der Ständigen Impfkommission (STIKO) 2 Impfdosen für alle Kinder empfohlen. Seit 2010 ist zusätzlich eine einmalige Impfung für alle nach 1970 geborenen Personen mit unklarem oder unvollständigem Impfschutz empfohlen. Für Medizinstudenten mit unvollständigem Masernimpfschutz besteht zu Beginn der klinischen Semester zum einen erhöhte Infektionsgefahr durch Kontakt zu Patienten, zum anderen könnten umgekehrt Masern auf Patienten übertragen werden. Wir untersuchten daher bei Medizinstudenten der Universität Würzburg den Impfschutz, die Impfantikörper und die Impfmotivation.

Material und Methode

Im Zeitraum vom Sommersemester (SS) 2004 bis SS 2008 (10 Semester mit durchschnittlich 133 Studenten) und Wintersemester (WS) 2012/13 bis SS 2014 (4 Semester mit durchschnittlich 161 Studenten) nahmen 1.986 Medizinstudenten am Würzburger Pflichtpraktikum „Impfkurs“ im sechsten Fachsemester teil. Mithilfe eines Fragebogens wurden demogra-

phische Daten und u.a. der Masernimpfstatus anhand des Impfpasses erhoben. Ein vollständiger Impfstatus gemäß STIKO wurde bis 2008 durch eine Masernimpfdosis, ab 2012 durch zwei Impfdosen oder eine Nachholimpfung gegen Masern definiert. Vom SS 2004 bis SS 2008 wurde auch eine kostenfreie Maserntiter-Bestimmung angeboten. Im WS 2014/15 wurden die Studenten zusätzlich zu ihrer Einschätzung der Erkrankungsschwere und Übertragbarkeit von Masern sowie der Risiken der Masernimpfung befragt.

Ergebnisse

Bei 1.388 (70 %) von insgesamt 1986 Medizinstudenten konnte der Impfstatus erhoben werden (Altersmedian 24 Jahre, IQR 23-25). Einen unvollständigen Impfstatus gegen Masern wiesen insgesamt 14 % der Studenten auf, 11 % waren nicht gegen Masern geimpft. Im Zeitraum bis 2008 (eine Impfdosis empfohlen) waren 16 % der 921 Studenten nicht geimpft, bei 2 % war der Impfstatus unbekannt. Im Zeitraum von 2012 bis 2014 (zwei Impfdosen oder Nachholimpfung empfohlen) waren 2 % von 466 Studenten nicht, 7 % einmal geimpft und 5 % hatten einen unbekanntem Impfstatus. Der durchschnittliche Anteil der nicht gegen Masern

geimpften Studenten war damit 2004-2008 mit 14 % deutlich höher im Vergleich zu 2012-2014 mit 2 %. Bei 918 Studenten, die eine Masern-Titer-Bestimmung erhielten, konnte bei 89 % ein positiver Masern-IgG-Titer ≥ 300 mIU/ml, bei 5 % ein grenzwertig positiver Titer 150-299 mIU/ml und bei 6 % ein negativer Titer < 150 mIU/ml nachgewiesen werden. Vom WS 2012/13 bis SS 2014 nahmen 11 % der Studenten das Angebot einer Nachimpfung gegen Masern im Impfkurs an. Im WS 2014/15 wurde zusätzlich eine Befragung zur Impfmotivation bei 75 Studenten durchgeführt. Die Schwere einer Masernerkrankung wurde von 67 % der Studenten als hoch eingestuft, das Infektionsrisiko bei unvollständigem Impfschutz sowie das Risiko von nicht Geimpften, einen Patienten anzustecken, schätzten 55 % bzw. 56 % als hoch ein.

Diskussion

Die Zahl der nicht gegen Masern geimpften Studenten nahm zwischen 2004 und 2014 deutlich ab, jedoch ist immer noch bei bis zu 14 % der Medizinstudenten von einem unvollständigen Impfstatus auszugehen.

Schlussfolgerung

Während der medizinischen Ausbildung bietet sich die ideale Möglichkeit, Studenten über Impfprogramme zu informieren und Impflücken zu schließen. Bestehende Impfempfehlungen für Personen im Gesundheitsdienst sollten explizit auf Medizinstudenten ausgeweitet und die dafür erforderliche Kostenerstattung geregelt werden.

Varizellenimpfung in Sachsen-Anhalt – eine Erfolgsstory

M. Borrmann, G. Wahl

Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Fachbereich Hygiene, Magdeburg

Fragestellung

Windpocken sind die Folge einer Infektion mit dem Varizella-Zoster-Virus (VZV), die meist im frühen Kindesalter auftritt. Die Krankheit ist hoch infektiös und – entgegen der landläufigen Meinung – relativ häufig mit Komplikationen und sogar mit Krankenhausaufenthalten verbunden (RKI 49/2004). Um die Prävalenz von Windpocken im Allgemeinen, die Zahl der auftretenden Komplikationen und Krankenhausaufenthalte im Speziellen und die damit verbundenen ökonomischen Belastungen der Volkswirtschaft zu reduzieren, hat die Ständige Impfkommission (STIKO) die Varizellenimpfung für 1-Jährige empfohlen, zunächst als Einmalimpfung (RKI 30/2004), später als zweimalige Impfung (RKI 30/2009). Für das Bundesland Sachsen-Anhalt sollte untersucht werden, wie gut die STIKO-Empfehlungen zur Varizellenimpfung umgesetzt wurden und ob die Einführung der Varizellenimpfung zu einer tatsächlichen Reduktion der Windpockenhäufigkeit bei Kindern geführt hat.

Material und Methode

Während Varizellen in Sachsen-Anhalt (wie in anderen neuen Bundesländern) schon seit vielen Jahren erfasst werden, wurden sie erst im Jahr 2013 in die Liste der bundesweit meldepflichtigen Krankheiten aufgenommen (RKI 2013). Am Landesamt für Verbraucherschutz

werden routinemäßig die Daten der Einschulungsuntersuchungen (inkl. Impfdaten), der meldepflichtigen Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung und – im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung – der Krankenhausdiagnosen in Sachsen-Anhalt ausgewertet. Durch die Zusammenschau der Daten zu Varizellen aus diesen drei Quellen konnte ein recht genaues Bild von der Umsetzung und von der Wirkung der Einführung der Varizellenimpfung in Sachsen-Anhalt gezeichnet werden. Die Berechnungen der Impfdaten erfolgten anhand der bei den Schuleingangsuntersuchungen 2009-2013 vorgelegten Impfausweise.

Ergebnisse

Die Varizellen-Impfquote bei Kindern im Alter von 10–14 Monaten stieg in den Jahren 2005–2009 rapide an. Bei unter 5-Jährigen nahmen ab 2005 die gemeldeten Neuerkrankungen (Inzidenz) und die durch Varizellen bedingten Krankenhausfälle rapide ab. Auch die (erst seit 2008 landesweit erfasste) Lebenszeitprävalenz von Windpocken bei Einschülern geht seither deutlich zurück. Der Anteil der Einschüler in Sachsen-Anhalt, der mindestens eine bzw. mindestens zwei Varizellenimpfungen erhält, lag 2013 bei 95 % bzw. 90 %. Damit ist das Landesgesundheitsziel bzgl. Varizellen erreicht (LAV 2014).

Während Kinder ohne Impfung laut Eltern-

auskunft zu 25 % an Windpocken erkrankten, gaben dies bei Kindern mit vollständiger, altersgerechter Impfung nur 1 % der Eltern an. Kinder mit unvollständiger (einmaliger) Impfung erkrankten laut Elternangaben zu 5,3 % an Windpocken.

Schlussfolgerungen

Die Varizellen-Impfempfehlung der STIKO aus dem Jahr 2004 wurde in Sachsen-Anhalt sehr gut umgesetzt und führt seither bei Kindern unter 5 Jahren zu einer deutlichen Reduktion der Varizellen-bedingten Krankheitslast. Eine zweimalige Varizellenimpfung erwies sich als effektiver als eine nur einmalige Impfung.

Verbesserte Erfassung und Abrufbarkeit des Impfstatus durch Einführung eines digitalen Impfpasses

M. Müller, M. Tunk, S. Akalin, S. Graefe
Impfzentrum ICR, Hamburg

Fragestellung

Eine Erhebung des Impfstatus erfolgt bei der Schuleingangsuntersuchung. Zu diesem Zeitpunkt kann nur von ca. 92 % der Kinder ein Impfpass vorgelegt werden (Deutsch Arztebl Int 2014; 11: 788-94). In einer reisemedizinischen Schwerpunktpraxis in Hamburg können ca. 20-25 % der Patienten ihren aktuellen Impfstatus nicht vorlegen. Es gibt keine zentralisierte Dokumentation der erfolgten Impfungen. Diese werden nur von den Patienten selbst oder für 10 Jahre bei den impfenden Ärzten gespeichert. Nicht nachweisbar dokumentierte Impfungen gelten als nicht durchgeführt. Eine erneute Grundimmunisierung ist erforderlich. Diese hat erhebliche Kosten und großen Aufwand zur Folge. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat in 2012 eine neue Kampagne gestartet unter dem Motto „Deutschland sucht den Impfpass“, die auf fehlende Impfungen und Dokumentationen abzielt und eine erhöhte Aufmerksamkeit, insbesondere auf die notwendige Masernimpfung lenken soll.

Material und Methode

Arzt und Patient erhalten mittels nutzerfreundlicher und übersichtlicher digitaler App permanenten Zugang zu den persönlichen und impfrelevanten Daten. Der Patient hat jederzeit gesicherten Zugriff auf seine Daten. Bearbei-

tung, Zugriff und Abruf dieser Daten erfolgen via Smartphone-App, Tablet-App, Desktop-App oder Internetauftritt. Alle impfrelevanten Daten werden in einer dezentralen Datenbank verschlüsselt und anonymisiert abgelegt. Eine Verbindung zwischen Patient und Datensatz kann daher nicht erfolgen.

Ergebnisse und Diskussion

Ein Pilotprojekt in einer reisemedizinischen Schwerpunktpraxis zur Einführung des digitalen Impfpasses ist bereits erfolgt. Rechtlich gesehen ist die Speicherung von personenbezogenen Daten zu erfolgten Impfungen unbedenklich. Eine digitale Form eines Impfpasses ist viel praktikabler als eine Papierform. Patienten können über den digitalen Impfpass jederzeit Auskünfte an Ärzte weitergeben, im Ausland in verschiedenen Sprachen Impfungen vorweisen sowie erforderliche Pflichtimpfungen wie Gelbfieber ausdrucken und bei der Einreise vorweisen. Der digitale Impfpass kann jederzeit und überall via Online-Zugriff in handlicher Visitenkarten-Größe ausgedruckt und mit sich getragen werden. Kosten durch überflüssige Impfungen werden vermieden. Der Impfpass wird anonymisiert angeboten. Patienten können selbst ihren Namen und andere persönliche Daten beim Druck einmalig einfügen, chronische Krankheiten, Allergien und Unverträglichkeiten eintragen und sich bei einem Druck mehrspra-

chig ausdrucken lassen. Die Benutzerfreundlichkeit steigert die Impfcompliance.

Dokumentation im Vorfeld von Impfungen
 Im Impfzentrum ICR auf Hamburg St Pauli konnten 28 % von n = 1.012 Kunden in einer aktuellen Erhebung (Mai/Juni 2015) keinen Impfpass vorlegen (Abb. 1). Bei einer Befragung waren etwa 63 % dieser Personen daran interessiert, einen digitalen Zugriff auf ihre Impfdaten zu erhalten.

Schlussfolgerung

Die digitale Aufbewahrung von Impfdaten vereinfacht nicht nur die Dokumentation, sie ermöglicht auch einen zeitlich und räumlich unbegrenzten Zugriff. Es erübrigt sich damit für Patient und Impfarzt die Frage, wo sich der Impfpass befindet, was in der Vergangenheit geimpft wurde, welche Impfungen bestehen und wann welche Impfung als nächstes nötig ist. Der Patient hat seinen Impfpass somit immer griffbereit, aktualisiert und vollständig in der Hosentasche.

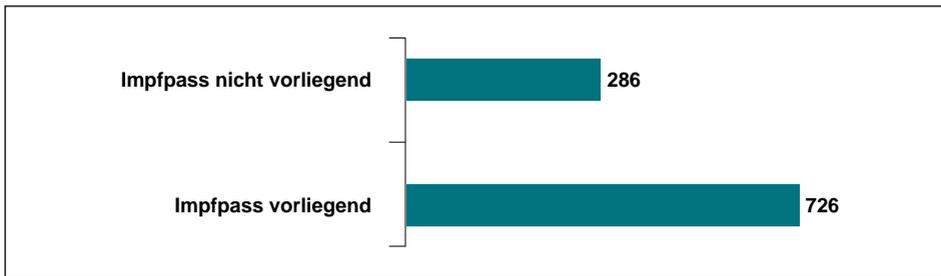


Abb. 1: Erhebung im Impfzentrum St. Pauli zur Frage „Liegt ein Impfdokument vor?“; (n = 1.023, 1-93 Jahre alt (Durchschnittsalter 34 Jahre), weiblich = 50, 94 %)

Windpocken bei Kindern und Jugendlichen, Baden-Württemberg 2013-2014

C. Wagner-Wiening, A. Leher, G. Pfaff

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Stuttgart

Fragestellung

Seit Einführung der bundesweiten Meldepflicht für Windpocken-Erkrankungen am 24. März 2013 werden Windpocken-Fälle an das Gesundheitsamt namentlich gemeldet und an das Landesgesundheitsamt übermittelt. Ziel der Einführung der Meldepflicht ist es, auf Grundlage bevölkerungsbezogener Daten, wie altersspezifischer Neuerkrankungsraten, Symptomen und Krankenhausaufenthalten, Trends in der Infektionsdynamik des Erregers zu beschreiben. Mithilfe der Meldedaten können bestehende Impflücken und Altersverschiebungen aufgedeckt werden und Impfempfehlungen angepasst werden. Ziel der Auswertung der Meldedaten war die retrospektive Analyse der Meldedaten in Baden-Württemberg zu Windpockenerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Durch einen Abgleich der regionalen Meldedaten mit den Ergebnissen der erhobenen Impfquoten aus den Einschulungsuntersuchungen (ESU) sollen Zusammenhänge zwischen den gemeldeten Fällen und den Durchimpfungsquoten untersucht werden.

Material und Methode

Die Meldedaten zu Windpockenerkrankungen in Baden-Württemberg (Meldezeitraum 01.04.2013 bis 31.12.2014) bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 18 Jahren und

die ESU-Impfquoten des Untersuchungsjahres 2013 wurden deskriptiv ausgewertet. Die in der SurvNet-Datenbank erfassten Übermittlungsdaten wurden extrahiert, die Impfquoten der 4- bis 5-Jährigen aus den im Rahmen der ESU vorgelegten Impfbüchern dokumentiert und ausgewertet. Die Korrelation der kumulativen Inzidenz 2013/2014 und der Impfquoten bei 4- bis 5-Jährigen aus den ESU-Daten 2013 wurden im Rahmen einer ökologischen Studie ermittelt (s. Abb. 1).

Ergebnisse

Seit Einführung der Meldepflicht wurden insgesamt 4.315 Windpocken-Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 18 übermittelt. Die höchste kumulative Neuerkrankungsrate für 2013 und 2014 mit 487 pro 100.000 Kinder wurde in der Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen beobachtet, gefolgt von der Altersgruppe der 5- bis 9-Jährigen. Die Inzidenz bei Säuglingen lag bei 210 und die Inzidenz der 10- bis 14-Jährigen bei 117. Mit zunehmendem Alter nahm die Inzidenz ab und lag bei 32,3 bei den 14- bis 18-Jährigen. Mädchen und Jungen waren gleichermaßen betroffen (jeweils rund 200). Insgesamt wurden 30 Erkrankte hospitalisiert, davon 16 (53 %) Jugendliche und zwei (7 %) Säuglinge. Die kumulativen Inzidenzen bei den 4- bis 5-Jährigen schwanken kreisbezogen zwischen 0 und 2.180 Fällen pro 100.000 und kor-

relieren invers mit den erhobenen Impfquoten.

Diskussion

Durch die Einführung der Meldepflicht für Windpocken liegen für Baden-Württemberg erstmalig Daten für eine Bewertung altersspezifischer Neuerkrankungsraten bei Kindern und Jugendlichen vor. Neben Kindern im Vorschul- und Grundschulalter sind in geringerem Maße auch Jugendliche betroffen. Bezogen auf die Land- bzw. Stadtkreise zeigen die erfassten Windpockenerkrankungen zu den über die ESU erhobenen Impfquoten bei den 4- bis 5-Jährigen eine deutliche Assoziation auf (Abb. 1). Die Neuerkrankungsraten auf Ebene der Land- und Stadtkreise unterscheiden sich jedoch unterei-

inander beträchtlich (Abb. 2). Diese Unterschiede sind nicht alleine durch unterschiedliches Impfverhalten erklärbar (Abb. 3). Ein Grund dafür könnte auch im unterschiedlichen Meldeverhalten liegen.

Schlussfolgerung.

Die eingeführte Meldepflicht für Windpocken ist ein geeignetes Instrument für die Erfassung des Infektionsgeschehens bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen. Die Daten weisen auf Immunitätslücken bei Kindern und Jugendlichen hin. Eine Erhöhung der Impfquoten bei dieser Altersgruppe trägt zur Verringerung der Krankheitslast in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs bei.

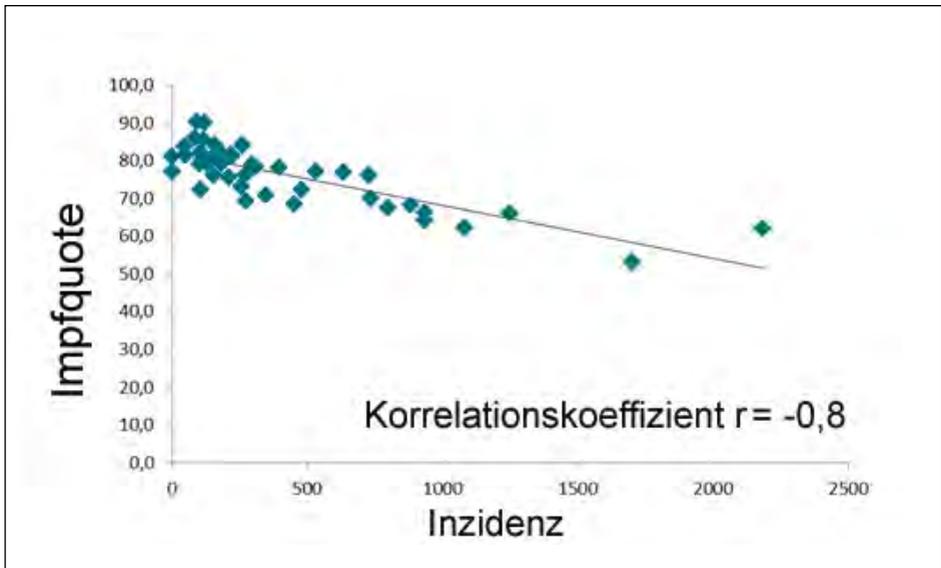


Abb. 1: Korrelation zwischen den kumulativen Windpocken-Inzidenzen bei 5- bis 6-Jährigen, 2013-2014 und den Impfquoten aus den Einschulungsuntersuchungen 2013

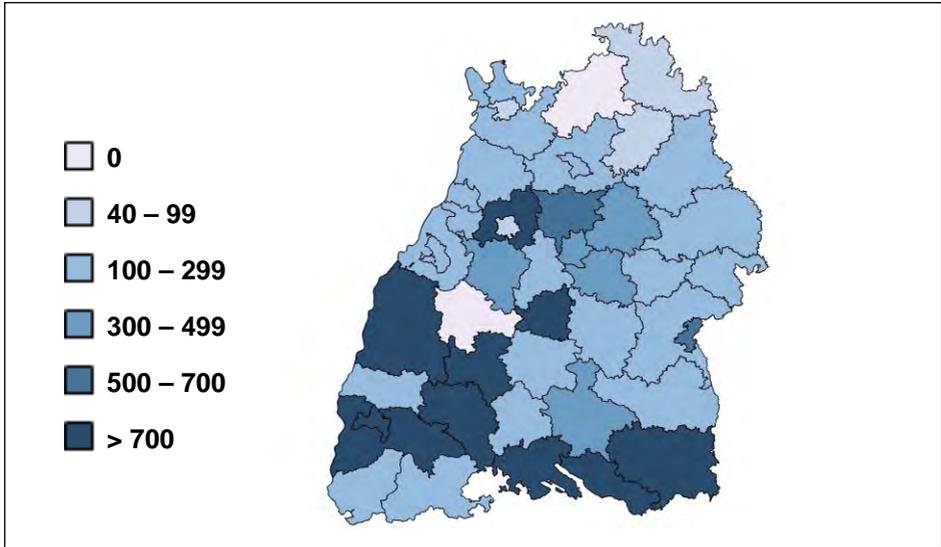


Abb.2: kumulative Windpocken-Inzidenzen bei 4- bis 5-Jährigen, BW, 2013-2014 (Quelle:SurvNet3, Instant Atlas)

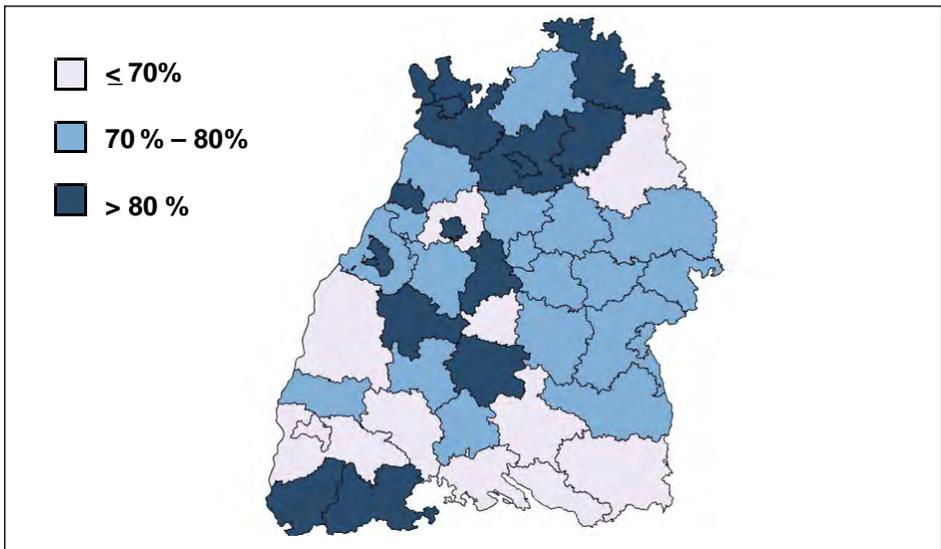


Abb.3: Windpocken-Impfquoten bei 4- bis 5-Jährigen, Einschulungsuntersuchungen 2013, BW (Instant Atlas)

Kleinräumige Betrachtung von Impfquoten bei Kindern zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung (2015)

S. Brockmann¹, A. Würz², V. Wolfers³, L. Eichner⁴, K. Wolfers³, M. Eichner⁵

¹Kreisgesundheitsamt, Gesundheitsschutz, Reutlingen

²Gesundheitsamt, Göppingen

³Kreisgesundheitsamt, Reutlingen

⁴University College Cork, Epidemiology and Public Health, Cork, Irland

⁵Institut für klinische Epidemiologie und angewandte Biometrie, Universität Tübingen, Tübingen

Hintergrund

Impfungen schützen nicht nur die Impflinge, sie verhindern auch Ausbrüche von Infektionskrankheiten in der Bevölkerung. Diese Herdenimmunität hängt von der Ansteckungsfähigkeit der Krankheit ab, die in der „Basisreproduktionszahl“ R_0 zusammengefasst wird, wobei aber beachtet werden muss, dass Infektionen vorwiegend im engen Umfeld weitergeben werden. Auch wenn die „mittlere Durchimpfung“ der Bevölkerung ausreichend erscheint, könnten Landkreise, Gemeinden oder Ortsteile eine für die nicht Geimpften gefährlich niedrige Durchimpfung aufweisen. Ziel dieses Pilotprojektes ist es, kleinräumig Durchimpfungen zu ermitteln, um zusätzlich die Streubreite der Ergebnisse zu erhalten.

Material und Methode

Bewertet wurden Daten aus Einschulungsuntersuchungen (ESU) von 2013/2014 für Kinder aus dem Landkreis Reutlingen, die 2015 eingeschult werden. Unter der Annahme eines unabhängigen Impferfolgs wurde aus der Impfwirksamkeit (90 % für Masern; 40 % für IPV gegen Polio I) und der Anzahl der Impfungen für jedes Kind die Immunitätswahrscheinlichkeit berech-

net. Diese Wahrscheinlichkeiten wurden auf verschiedenen Ebenen (Gemeinde, Kindergarten) gemittelt und mit dem kritischen Wert (95 % für Masern, 80 % für Polio) verglichen. Bei diesen Berechnungen wurden Kinder, die kein Impfbuch vorlegten, entweder weggelassen („Bester Fall“) oder als ungeimpft betrachtet („Schlimmster Fall“).

Ergebnisse

Es wurden 2.388 Kinder aus 26 Gemeinden und 199 Kindergärten untersucht; 18 Kinder besuchten keinen Kindergarten. Die Kinder wurden von 56 Kinderarztpraxen (87,6 % der Kinder) und 45 sonstigen Arztpraxen (5,9 %) betreut. 170 Kinder (7,1 %) legten kein Impfbuch vor. Von den 26 Gemeinden wiesen aufgrund der ermittelten Impfquoten der untersuchten Kinder 50-84,6 % (bester-schlimmster Fall) keinen ausreichenden Masernschutz und 0-34,6 % keinen ausreichenden Polioschutz auf. Die Abbildung zeigt, in Abhängigkeit von der Anzahl untersuchter Kinder, die Situation in den Kindergärten (dunkle Balken: Kindergärten ohne ausreichenden Schutz; helle Balken: mit ausreichendem Schutz). Unter den 10 Arztpraxen mit der höchsten Anzahl betreuter Kinder

(94-223 Kinder pro Praxis) erreichte keine einzige Praxis eine Durchimpfungsquote von 95 % für mindestens 2 Masernimpfungen (76,2-94,2 %).

Diskussion

Die Durchimpfungen auf der Ebene des gesamten Bundeslandes und des Pilotlandkreises liegen – mit Ausnahme der zweiten Masernimpfung – durchaus in einem Bereich, welcher einen guten Herdenschutz erwarten lässt. Bei näherer Betrachtung erweist sich dieses Bild jedoch als trügerisch: Zwischen einzelnen Gemeinden und einzelnen Kindergärten bestehen enorme Unterschiede, vor allem in Bezug auf die zweite Masernimpfung und die Polioimpfung. Für einen ausreichenden Herdenschutz sollen beispielsweise 95 % der Kinder zwei Masernimpfungen erhalten haben. Da sich die Infektionsausbreitung unter Kindern naturgemäß im engeren

räumlichen und sozialen Umfeld des Kindes abspielt, sind nicht entsprechend der STIKO-Empfehlung geimpfte Bevölkerungsgruppen bei einer Infektionseinschleppung besonders gefährdet.

Schlussfolgerung

Impfquoten sollten nicht nur auf großräumiger Ebene (aggregiert) berichtet und beurteilt werden, sondern es sollte verstärkt auch auf kleinräumige Unterschiede geachtet werden. Gemeinden oder Stadtteile mit auffallend niedriger Durchimpfung benötigen besondere Aufmerksamkeit. Nach einer Erörterung möglicher Ursachen (z.B. Einstellungen gegenüber Impfungen oder mangelndes Wissen in der Bevölkerung oder bei Ärzten) können spezifische Interventionsprogramme eingesetzt werden, welche das Ziel haben, die Gefahr größerer Infektionsausbrüche von solchen Gemeinschaften abzuwenden.

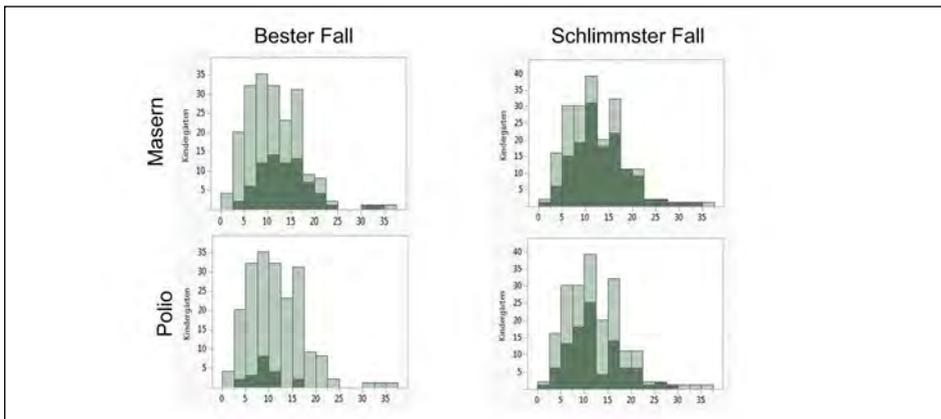


Abb.: Anzahl von Kindergärten (vertikale Achse) in Abhängigkeit von der Anzahl untersuchter Kinder
 Dunkle Balken: Kindergärten ohne ausreichenden Impfschutz
 Helle Balken: mit ausreichendem Impfschutz (Masernimmunität ≥ 95 %, Polioimmunität ≥ 80 %)

Pertussis in Deutschland – Abschätzung der Inzidenz mittels Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung

C. Prosser¹, S. Wetzka², O. Damm³, J. Witte³, S. Braun¹

¹Xcenda GmbH, Hannover

²GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, München

³Universität Bielefeld, Bielefeld

Zielsetzung

Inzidenzschätzungen von Infektionserkrankungen basieren häufig auf Surveillance-Daten [1, 2]. Seltener sind in diesem Bereich Inzidenzschätzungen auf der Basis von Routinedaten der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) zu finden. Gerade von Pertussis (Keuchhusten) fehlen solche Daten gänzlich. Aus Sicht des Kostenträgers ist jedoch die sogenannte administrative Inzidenz eine notwendige Maßzahl, um die zu erwartenden Neuerkrankungen bzw. Neu-Behandlungsbedürftigen pro Jahr zu beziffern. Ziel dieser Studie ist die Ermittlung der Inzidenz von Pertussis in Deutschland für das Jahr 2012 aus Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei stehen neben der altersspezifischen Inzidenz auch geschlechtsspezifische Unterschiede im Fokus.

Material und Methodik

Diese retrospektive Analyse basiert auf anonymisierten Daten der Health Risk Institute-Forschungsdatenbank, welche Abrechnungsdaten von über 80 verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen enthält. Der Datenpool umfasst ca. 4 Millionen Versicherte und ist nach Alter und Geschlecht an die deutsche Bevölkerung angepasst. Es werden die Patienten identifiziert,

welche im Jahr 2012 mindestens eine stationäre (Haupt- oder Nebendiagnose) oder gesicherte ambulante Pertussisdiagnose (ICD-10 Code A37.X) aufweisen. Das Diagnosequartal wird als Indexquartal festgelegt. Als inzidente Patienten zählen die Patienten, die im individuellen Vorbeobachtungszeitraum von vier Quartalen vor dem Indexquartal keine Pertussisdiagnose aufweisen. Die Ergebnisse werden auf die gesetzlich versicherte Bevölkerung in Deutschland hochgerechnet. Dafür wird der Bevölkerungsstand vom 31.12.2012 [3] mit den GKV-Anteil der Bevölkerung (85,56 %) multipliziert. Zur externen Validierung der Daten erfolgt eine Extrapolation der Pertussis-bedingten Hospitalisierungen in 2012 auf Gesamtdeutschland. Dieses Ergebnis wird mit der Krankenhausdiagnosestatistik des Bundes verglichen.

Ergebnisse

Die Gesamtinzidenz von Pertussis im Jahr 2012 beträgt 88 pro 100.000 Personen. Kinder und Jugendliche sind am stärksten betroffen. In der Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen kann die höchste Inzidenz festgestellt werden (136 pro 100.000). Die niedrigsten Inzidenzen sind bei den über 70-Jährigen mit 62 pro 100.000, sowie in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen zu beobachten

(63 pro 100.000). Die Erwachsenen weisen somit eine Inzidenz von 81 pro 100.000 auf im Gegen-

satz zu der höheren Inzidenz von Kindern und Jugendlichen mit 118 pro 100.000 (siehe Abb. 1).

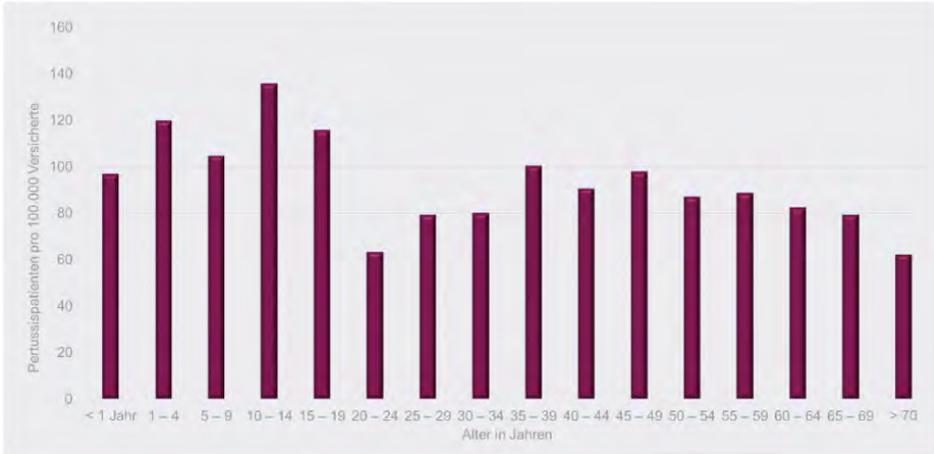


Abb. 1: Altersspezifische Inzidenz von Pertussis im Jahr 2012

Betrachtet man die geschlechtsspezifische Inzidenz, so sind Frauen deutlich häufiger von einer Pertussiserkrankung betroffen als Männer

(103 vs. 72 pro 100.000). Dieser Unterschied ist vor allem im Erwachsenenalter stark ausgeprägt (siehe Abb. 2).

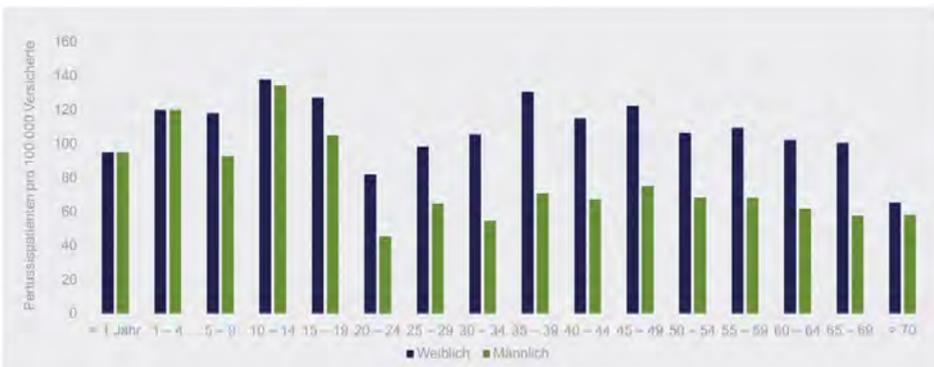


Abb. 2: Alters- und geschlechtsspezifische Inzidenz von Pertussis im Jahr 2012

Hochgerechnet auf die gesetzlich versicherten Personen in Deutschland ergeben sich ca. 61.000 Infizierte. Bezogen auf Gesamtdeutschland sind 71.000 Personen betroffen.

Die Krankenhausdiagnosedaten des GBE-Bundes zeigen insgesamt 1.529 Hospitalisierungen aufgrund von Pertussis im Jahre 2012 [4]. Diese Zahl steht im Einklang mit der vorliegenden Studie, welche extrapoliert auf Deutschland insgesamt 1.267 Hospitalisierungen in 2012 aufweist (95 %-Konfidenzintervall: 976; 1.618).

Diskussion

Bisher gab es noch keine Studie, die die Pertussisinzenz aus der Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung untersucht. Die ermittelte Inzidenz von 88 pro 100.000 Versicherten liegt deutlich über der vom RKI berichteten Inzidenz für 2012, wobei sich diese nur auf die neuen Bundesländer bezieht (42 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner) [5]. Altersspezifische Unterschiede können in dieser Studie bestätigt werden, wobei bei Kindern und Jugendlichen die höchsten Inzidenzen beobachtet werden. Jedoch ist auch die Anzahl der Erwachsenen mit einer Pertussiserkrankung nicht vernachlässigbar. Dies deckt sich mit anderen Studien, welche eine steigende Inzidenz von Pertussis bei Jugendlichen und Erwachsenen berichten [6-8]. Geschlechtsspezifische Untersuchungen zeigen, dass Mädchen bzw. Frauen häufiger betroffen sind. Die Ergebnisse dieser Studie stehen im Einklang mit weiteren Studien, welche gerade im Erwachsenenalter eine erhöhte Inzidenz bei Frauen im Gegensatz zu Männern aufzeigen [9, 10].

Limitation

Die vorliegende Inzidenzschätzung basiert auf administrativen Daten, wodurch sich spezifische Limitationen ergeben. Beispielsweise sind die ärztlichen Pertussisdiagnosen nicht zwangsläufig labordiagnostisch bestätigt worden und somit Fehlkodierungen denkbar. Zudem können durch die Datenlage nur Diagnosen von Patienten berücksichtigt werden, welche auch tatsächlich die Leistungen der Krankenkasse in Anspruch genommen haben. Zudem variiert die Inzidenz von Pertussis von Jahr zu Jahr, weshalb sich die Aussagen dieser Studie nur auf das vorliegende Jahr 2012 beziehen.

Schlussfolgerung

Die Studie spiegelt den Anteil der Patienten wider, welche aufgrund der ärztlichen Diagnosen zu Lasten der GKV im Jahre 2012 neu behandelt wurden. Frauen waren häufiger betroffen als Männer und die altersspezifische Inzidenz hatte ihren Höhepunkt bei den 10- bis 14-Jährigen. Aus methodischer Sicht konnte gezeigt werden, dass Kassendaten auch für Inzidenzanalysen im Bereich der Infektionskrankheiten genutzt werden können.

Literaturverzeichnis

- [1] Juretzko P., Fabian-Marx T., Haastert B. et al. (2001). Pertussis in Germany: regional differences in management and vaccination status of hospitalized cases. *Epidemiol Infect*; 127: 63-71
- [2] Robert Koch Institut. (2014) Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2013; Berlin
- [3] Statistisches Bundesamt, Bevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011 für das Jahr 2012, Zensusdaten mit dem Stand vom 10.04.2014; URL: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/Zensus_Geschlecht_Staatsangehoerigkeit.html;jsessionid=23D-9693B4D1B8D3E98DA2B32DC294331.cae2 (Stand: 23.04.2015)
- [4] Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000; URL: www.gbe-bund.de; (Stand: 12.02.2015)
- [5] Robert Koch Institut. (2014) Keuchhusten-Erkrankungen in den neuen Bundesländern, 2002 bis 2012; *Epidemiologisches Bulletin* 01/2014; 1-14
- [6] McGuinness C.B., Hill J., Fonseca E. et al. (2013). The disease burden of pertussis in adults 50 years old and older in the United States: a retrospective study. *BMC Infect Dis*; 13: 32
- [7] Rothstein E., Edwards K. (2005). Health burden of pertussis in adolescents and adults. *Pediatr Infect Dis J*; 24 (5 Suppl): 44-7
- [8] Riffelmann M., Littmann M., Hellenbrand W. et al. (2008). Pertussis nicht nur eine Kinderkrankheit. *Dtsch Arztebl*; 105: 623-8
- [9] Senzilet L., Halperin S., Spika J. et al. (2001). Pertussis is a frequent cause of prolonged cough illness in adults and adolescents. *Clin Infect Dis*; 32: 1691-7
- [10] Centers for Disease Control and Prevention. (2002) Pertussis – United States, 1997-2000. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*; 51: 73-76

Evaluation einer temporären Impfpfählung zur Kontrolle eines Meningokokken C-Ausbruchs bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM) in Berlin, 2013-2014

J. Koch¹, W. Hellenbrand¹, S. Schink¹, O. Wichmann², A. Carganico³, J. Drewes⁴, M. Kruspe⁴,
M. Suckau⁵, H. Claus⁶, U. Marcus¹

¹Robert Koch Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Berlin

²Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie/Impfprävention, Berlin

³AIDS Arbeitsgruppe niedergelassener Ärzte Berlin e.V., Berlin

⁴FU Berlin, Public Health, Berlin

⁵Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin

⁶Institut für Hygiene und Mikrobiologie, Würzburg

Fragestellung

Von Oktober 2012 – Mai 2013 ereignete sich in Berlin eine Meningokokken-C (MenC)-Häufung bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM). Die 5 Patienten, wovon 4 verstarben, waren 22-28 Jahre alt, HIV-negativ und alle Erkrankungen waren durch einen identischen Klon des MenC-Stammes (ST-11; PorA(P)1.5-1,10-8:FetA(F)3-6) verursacht. Zur Ausbruchskontrolle beschloss die Senatsverwaltung am 27.07.2013 eine Erweiterung der öffentlichen Impfpfählung des Landes Berlin, wonach sich MSM gegen MenC impfen lassen sollten. Ziel der Evaluation war es, die Akzeptanz der Impfung bei MSM, die Umsetzung der Impfpfählung und den Erfolg der Maßnahme zu untersuchen.

Material und Methoden

Die Akzeptanz bei MSM wurde im regelmäßig stattfindenden anonymen Online-Survey zu Wissen, Einstellung und Verhalten homosexu-

eller Männer untersucht. Von November – Januar 2014 wurden Teilnehmer aus Berlin zu Informationsquellen bzgl. der Impfpfählung und ihrer Inanspruchnahme befragt. Mittels Regressionsanalyse wurden bei vormalig Ungeimpften Faktoren identifiziert, die mit der Kenntnis- und Inanspruchnahme der Impfpfählung positiv assoziiert waren. Die Implementierung wurde über Verschreibungszahlen der Meningokokken-Konjugatimpfstoffe sowie durch die Befragung von Ärzten des Arbeitskreis AIDS in Berlin evaluiert. Die MenC-Surveillance wurde von Juli 2013 – August 2014 intensiviert, um mögliche ausbruchsbezogene Fälle (MenC-Erkrankungen mit dem Ausbruchsstamm bei 20- bis 49-jährigen MSM in Berlin) zu identifizieren.

Ergebnisse

1.429 Teilnehmer (Altersmedian: 40 Jahre) des Surveys wurden in die Analyse eingeschlossen. Die Impfpfählung war 60 % von ihnen bekannt, davon waren 39 % geimpft worden (70 % der HIV-positiven; 13 % der MSM ohne HIV-Infek-

tion). Ein positiver HIV-Status, die Kenntnis der sexuellen Orientierung seitens des behandelnden Arztes sowie die Wahrnehmung der Empfehlung über mehrere Informationsquellen waren mit Kenntnis der Impfpfehlung und ihrer Inanspruchnahme assoziiert. Die Verschreibung von MenC-Impfstoffen war in Berlin von durchschnittlich 159 Dosen im 1. und 2. Quartal 2013 auf 6.001 im 3. Quartal um das 37-fache gestiegen. Angenommen, die Kassenrezepte wären, wie abrechnungstechnisch zulässig, ausschließlich für HIV-infizierte MSM ausgestellt worden, sind etwa 66 % der geschätzten 10.800 HIV-infizierten MSM in Berlin geimpft worden. Die Ärzte (n = 30) berichteten, dass die fehlende Gefährdungseinschätzung des Patienten, die Angst vor Nebenwirkungen sowie eine kritische Einstellung gegenüber dem Impfen die Inanspruchnahme maßgeblich verhinderten. Die Hälfte der Ärzte berichtete, dass HIV-negative Patienten auch wegen Bedenken einer fehlenden Kostenübernahme der Impfpfehlung nicht gefolgt waren.

Diskussion

Die Impfpfehlung wurde in Berlin erfolgreich umgesetzt. In den 13 Monaten, nachdem die Empfehlung in Kraft getreten war, wurde kein ausbruchsbezogener Fall gemeldet. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass die Impfung mehrheitlich von HIV-Infizierten in Anspruch genommen worden ist und MSM ohne HIV-Infektion nicht gut erreicht wurden.

Schlussfolgerung

Um bei zukünftigen ausbruchsbedingten Impfeempfehlungen die Zielpopulation umfassend zu erreichen und für die Impfung zu gewinnen, sollte die Information über viele verschiedene Informationskanäle bekanntgemacht werden, mögliche Bedenken bei der Aufklärung berücksichtigt werden und eine direkte unbürokratische Kostenerstattung eingerichtet sein.

Elimination der Masern in Deutschland. Wo stehen wir?

D. Matysiak-Klose, D. Altmann, A. Siedler
Robert Koch-Institut, Berlin

Hintergrund

Im Jahr 2015 sollen die von der europäischen WHO Region vorgegebenen Kriterien zur Verifizierung der Elimination der Masern und Röteln in Deutschland umgesetzt sein. Dieses Ziel hat Deutschland nicht erreicht. Als Indikator für ein erfolgreiches Vorgehen gilt unter anderem eine Inzidenz von < 1 Fall/1 Mio. Einwohner. Diese wurde in keinem Jahr seit Einführung der Meldepflicht 2001 erreicht. Wie weit ist Deutschland bisher gekommen? In die vorliegende Analyse gingen Daten ein, die von der Nationalen Verifizierungskommission in ihrer Standardvorgehensweise als relevant eingeschätzt wurden. Dies sind u. a. die dem RKI übermittelten Meldedaten nach Infektionsschutzgesetz (IfSG), Daten zu

Impfquoten aus Schuleingangsuntersuchungen und aus Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV-Impfsurveillance), Daten aus Umfragen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Impfen sowie Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS), der vom RKI in einer bundesweiten repräsentativen Bevölkerungsstichprobe durchgeführt wurde.

Ergebnisse

Anhand der Meldedaten wird seit etwa 10 Jahren ein wellenförmiger Verlauf der Inzidenzen ohne einen tendenziellen Rückgang der Masernfälle beobachtet (Abb. 1).

Häufig treffen importierte Masernviren auf Be-

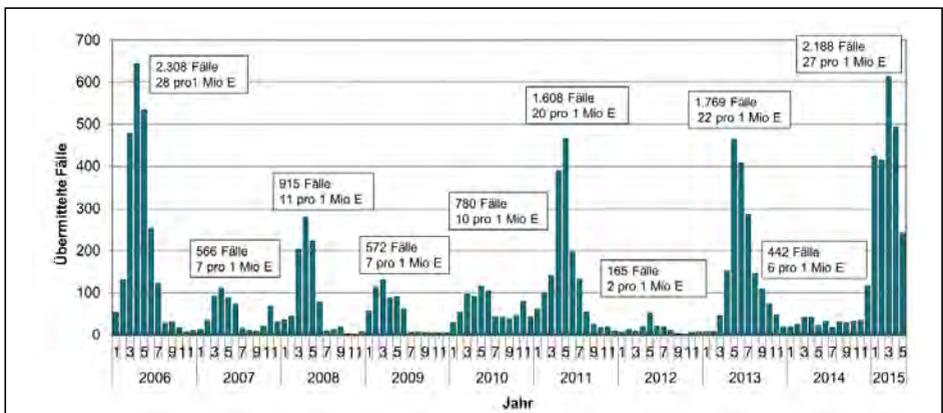


Abb. 1: Übermittelte Masernfälle vom Januar 2006 bis Mai 2015 in Deutschland pro Monat, Stand: 31.05.2015, Meldedaten des RKI

völkerungsgruppen mit fehlender Immunität. Im Jahr 2014 wurden besonders viele Ausbrüche in Einrichtungen für Asylsuchende beobachtet. In Abhängigkeit vom Umfang und Kontakten der Gruppen können sich zum Teil umfangreiche Infektionsketten ausbilden. Im Jahr 2013 lag die Inzidenz für Deutschland bei 22/1 Mio. E (1.769 Fälle). Für 2014 gingen Daten von 442 Masernfällen ein (Inzidenz 6/1 Mio. E, Stand: 31.05.2015). Seit Ende 2014 wurde ein erneuter Anstieg der Masernfälle und Ausbrüche beobachtet. In den östlichen Bundesländern (ohne Berlin) liegt für das Jahr 2015 die Inzidenz erstmals höher als in den westlichen Bundesländern.

Rund 40 % der im Jahr 2014 übermittelten Masernfälle waren über 20 Jahre alt, rund 10 % waren jünger als 1 Jahr (Abb. 2). Die Menschen werden älter, bevor sie an Masern erkranken. Die höchsten Inzidenzraten werden jedoch regelmäßig seit einigen Jahren bei

den unter 2-Jährigen beobachtet (Abb. 3). Von den über 20 Jahre alten Patienten mit Masern wurden rund 18 % aufgrund der Masern hospitalisiert. 2 Patienten im Alter von 20 und 25 Jahren erlitten eine Masernenzephalitis bzw. -meningitis. Es sind also weiterhin besonders diejenigen Altersgruppen betroffen, bei denen häufiger Komplikationen beobachtet werden.

Die Impfquoten für die zweimalige MMR-Impfung lagen im Jahr 2012 bundesweit für 24 Monate alte Kinder bei rund 71 % (Daten der KV-Impfsurveillance des RKI). In den Jahren 2003-2006 waren Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren zu rund 78 % zweifach gegen die Masern geimpft (KIGGS-Basisuntersuchung des RKI). 81 % der nach 1970 geborenen Erwachsenen hatten im Jahr 2011 noch nichts von einer Empfehlung zur MMR-Impfung Erwachsener gehört (BZgA-Survey aus dem Jahr 2011).

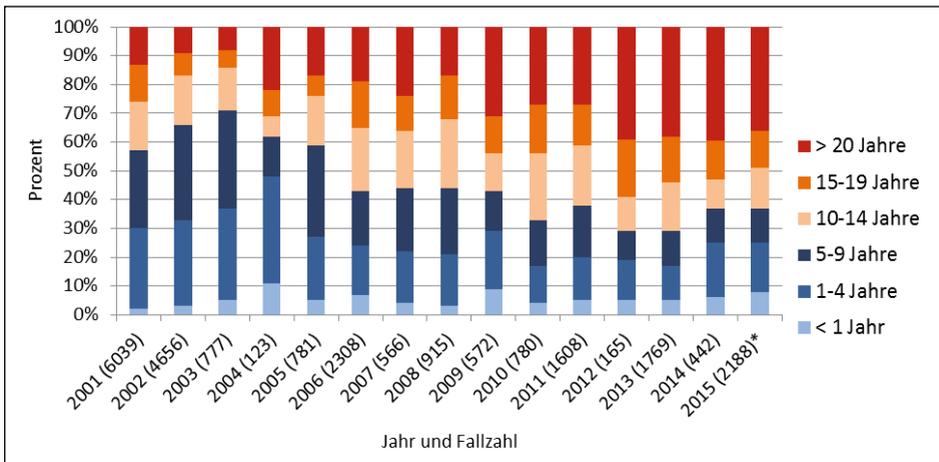


Abb. 2: Altersgruppen der Masernfälle in Prozent, Deutschland, 2001-2015, Stand: 31.05.2015*, Meldedaten des RKI

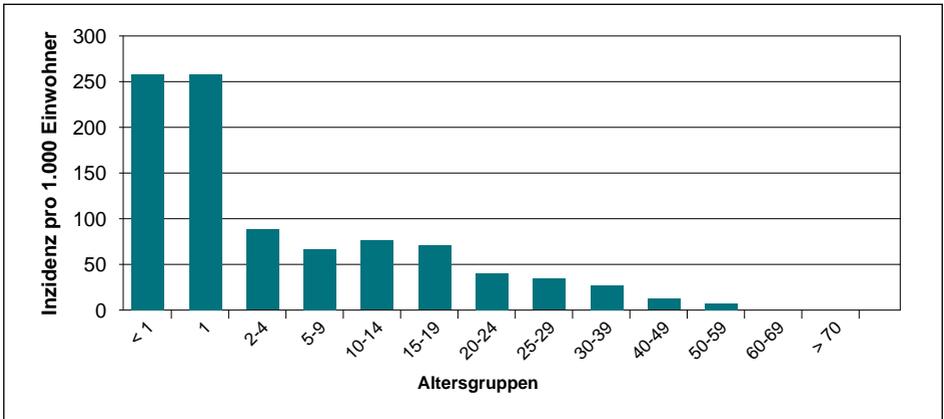


Abb. 3: Inzidenzen pro 1 Mio. E nach Altersgruppen in 2015, Deutschland, Stand: 31.05.2015, Meldedaten des RKI

Einige Genotypen wurden über mehr als 12 Monate in Deutschland nachverfolgt. Daher scheint eine endemische Transmission (d.h. autochthone Transmission eines Genotyps über 12 Monate oder länger in einem Land) für 2010/11 und 2013/14 wahrscheinlich. Ein Reimport kann allerdings nicht ausgeschlossen werden. Auch für das laufende Jahr 2015 ist eine endemische Transmission des zurzeit kursierenden Virustyps zu erwarten.

Die Qualität der Surveillance entspricht in einigen Punkten noch nicht den Vorgaben der europäischen WHO Region. So fand im Jahr 2014 bei nur 55 % (statt 80 %) der Masernausbrüche eine Virusdetektion (PCR-Untersuchung oder Genotypisierung) bei mindestens einem in den Ausbruch integrierten Fall statt. Die Herkunft der Masernfälle (definiert als importiert, import-assoziiert oder endemisch) gelang nur bei 43 % (statt 80 %). Somit ist eine Darstellung von Transmissionsketten zurzeit nur sehr eingeschränkt möglich. 67 % (105 von 156) taggenau übermittelte Daten zu Masernfällen

wurden innerhalb von drei Tagen an das RKI übermittelt. Es liegen zudem kaum Daten zu den durchgeführten Maßnahmen auf kommunaler Ebene vor.

Es gibt aber auch Positives zu berichten: 89 % der übermittelten Masernfälle waren nach der WHO-Definition labordiagnostisch abgesichert worden. Ein im letzten Jahr eingeführtes Laborsentinel mit 30 deutschlandweit lokalisierten teilnehmenden Laboren liefert seit 2014 Daten zur Einschätzung der für die in Deutschland nicht meldepflichtigen ausgeschlossenen Fälle, die von der WHO als ein wichtiger Indikator gefordert werden.

Schlussfolgerungen

Unter Berücksichtigung der epidemiologischen Daten tritt Deutschland hinsichtlich der Erreichung der Elimination auf der Stelle. Die höchsten Inzidenzen werden weiterhin bei den unter 2-Jährigen beobachtet. Die Impfungen erfolgen häufig später als von der STIKO empfohlen.

Die Herdenimmunität reicht zudem nicht aus, um Fälle bei den unter 11 Monate alten Kindern zu verhindern. Notwendige Nachholimpfungen sind durch STIKO-Empfehlungen abgedeckt. Ein wesentliches Problem stellt jedoch die Erreichbarkeit der Jugendlichen und Erwachsenen dar, die nach 1970 geboren wurden. Zudem fehlen weiterhin wichtige aktuelle Daten (seroepidemiologische Daten für Erwachsene, repräsentative aktuelle Impfquoten für Jugendliche). Eine Elimination gelingt nicht durch eine Business-As-Usual-Strategie.

Die Qualität der Surveillance ist hinsichtlich der labordiagnostischen Bestätigung der Masernfälle gut. Hinsichtlich einer schnellen Übermittlung der Fälle und Durchführung einer Genotypisierung, besonders bei sporadischen Fällen oder wiederholt im Rahmen eines Ausbruchs zur Einschätzung von Infektionsketten, besteht Verbesserungsbedarf. Im elektronischen Surveillance-Programm wurde ein Ausbruchsberichtsformat implementiert. Dieses wird zur Beschreibung der Ausbrüche und kommunalen Maßnahmen bisher leider nur selten übersandt. Eine eindeutige Nachverfolgung von Transmissionsketten erscheint bei dieser zurzeit noch zu beobachtenden hohen Zahl an Masernfällen kaum realistisch. Trotzdem sollte begonnen werden, mögliche diesbezügliche epidemiologische und molekularbiologische Surveillance-Strategien zu diskutieren.

Alle relevanten Akteure sollten zielführende Aktionen zur Information der Bevölkerung und Verbesserung der Impfquoten vorschlagen und umsetzen. Dazu bedarf es eines ständigen Dialoges und einer deutschlandweit agierenden Lenkungsgruppe.

Röteln in Deutschland. Wo stehen wir?

D. Matysiak-Klose, D. Altmann, A. Mankertz, A. Siedler

Robert Koch-Institut, Berlin

Hintergrund

Im Jahr 2015 sollen die von der europäischen WHO Region vorgegebenen Indikatoren zur Elimination der Masern und Röteln erreicht sein. Seit 2013 sind die Röteln bundesweit meldepflichtig. Seit Januar 2014 werden Rötelndaten aus Deutschland an die europäische Surveillance-Behörde ECDC und an die WHO übermittelt. Wie aussagefähig sind die Meldedaten bereits? In die Analyse gingen alle klinischen, klinisch-epidemiologischen und klinisch-labor-diagnostischen Rötelnfälle (Übermittlungskategorien A bis C) ein, die dem RKI seit 2014 übermittelt wurden. Die Referenzdefinition des RKI umfasst lediglich die Kategorie B und C, die Weltgesundheitsorganisation (WHO) fordert jedoch auch die Daten der als klinisch übermittelten Fälle (Kategorie A). In der vorliegenden Analyse wurden die Daten zur Epidemiologie der Röteln bewertet, die von der Nationalen Verifizierungskommission in ihrer Standardvorgehensweise als relevant eingeschätzt werden. Das sind u. a. Angaben zur Anzahl der übermittelten Fälle und Inzidenz, Alters- und Geschlechtsverteilung, zum Ort des Auftretens und zu aufgetretenen Komplikationen.

Ergebnisse

Für 2014 wurden dem RKI 151 akute postnatale Rötelnfälle aus allen Bundesländern übermittelt (Stand: 31.05.2015; Abb. 1).

Die meisten Fälle kamen 2014 aus Bayern (n = 28), Berlin (n = 24) und Nordrhein-Westfalen (n = 23). Die Inzidenz lag bei 1,9 Fällen/1 Mio. E. In den östlichen Bundesländern lag sie etwas höher als in den westlichen (2,3 bzw. 1,8/1 Mio. E). Die höchste Inzidenz wiesen Kinder in den ersten beiden Lebensjahren auf (29 bzw. 54 Fälle/1 Mio. E). Außer bei den 25- bis 29-Jährigen (1,8 Fälle/1 Mio. E) lag die Inzidenz ab dem 20. Lebensjahr unter der von der WHO geforderten Indikatorinzidenz von 1 Fall/1 Mio. E (Abb. 2). Insgesamt wurden 38 Fälle (25 %) als laboridiagnostisch bestätigt oder mit einem epidemiologischen Link zu einem laborbestätigten Fall übermittelt. Von diesen wurde bei 23 Fällen (61 %) eine der Falldefinition entsprechende Symptomatik einer akuten Infektion angegeben. Für das Jahr 2014 liegen keine Ergebnisse einer Genotypisierung vor, da alle im Nationalen Referenzzentrum für Masern, Mumps und Röteln untersuchten Proben (n = 42) negativ auf Röteln waren.

Eine Schwangerschaft wurde nicht beschrieben. Informationen zum Impfstatus lagen bei 125 Fällen (83 %) vor. Von diesen waren 34 Fälle geimpft, 16 von ihnen zweimal. Im Jahr 2014 wurden keine konnatalen Rötelnfälle an das RKI übermittelt.

Die Qualität der Surveillance entsprach zum Teil noch nicht den von der europäischen WHO-Region vorgegebenen Indikatoren. Nur wenige

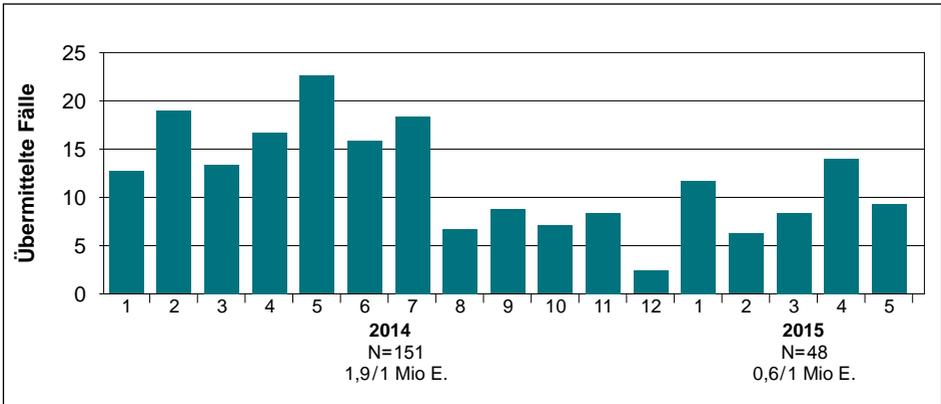


Abb. 1: Übermittelte Rötelfälle vom Januar 2014 bis Mai 2015 in Deutschland pro Monat, Meldedaten des RKI, Stand: 31.05.2015, Fälle nach WHO-Falldefinition

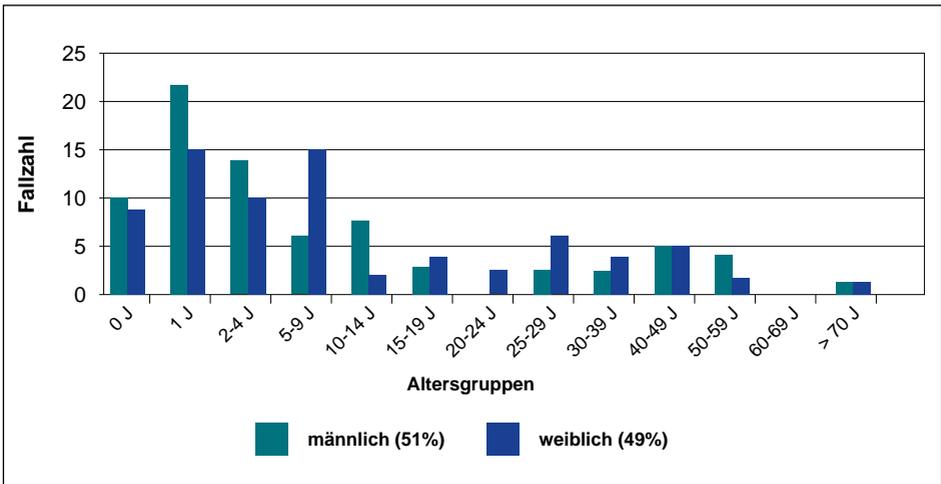


Abb. 2: Altersgruppen der Rötelfälle in 2014, Meldedaten des RKI, Stand: 31.05.2015, Fälle nach WHO-Falldefinition, n = 151

akute Rötelerkrankungen wurden laborordiagnostisch bestätigt (Vorgabe 80 % aller Fälle nach der WHO-Definition). Ferner lagen keine Erkenntnisse anhand von Genotypisierungen zu im Jahr 2014 zirkulierenden Virustypen vor. Auch in epidemiologischer Hinsicht konnte die Herkunft der Rötelnviren nur selten ermittelt werden. Bei 5 Fällen wurde eine Exposition außerhalb Deutschlands angenommen (importierte Fälle), bei den übrigen Fällen konnte die Herkunft nicht dargestellt werden (Vorgabe 80 %, Einteilung in importiert, import-assoziiert, endemisch). Von 151 der im Jahr 2014 übermittelten Rötelfälle waren jeweils 2 und 3 Fälle in einen Ausbruch zusammengefasst worden, die Indexfälle hatten die Röteln nach den vorliegenden Daten in Deutschland erworben. 67 % der 61 taggenau übermittelten Rötelfälle wurden innerhalb von drei Tagen an das RKI übermittelt.

Schlussfolgerungen

Die Meldepflicht der Röteln wird wahrgenommen. Die von der WHO geforderte Inzidenz von unter 1 Fall pro 1 Million Einwohner konnte unter der Berücksichtigung der übermittelten Daten noch nicht erreicht werden, die Fallzahl ist jedoch gering. Die Altersgruppenverteilung der Fälle lässt vermuten, dass in den höheren Altersgruppen ab etwa 20 Jahren eine ausreichende Immunität die Verbreitung weiterer Infektionen verhindert. Diese ist erreicht, wenn 90 % der Bevölkerung eine Immunität gegen Röteln aufweist. Das Verhältnis der Geschlechter ist bei den übermittelten Rötelfällen ausgewogen. Der überwiegende Anteil der Rötelfälle ($n = 101$, 67 %) war im Jahr 2014 jünger als 10 Jahre. Ein hoher Anteil der im Jahr 2014 und bisher in 2015 übermittelten Fälle wurde allerdings nicht

laborbestätigt. Angesichts der unspezifischen Symptomatik und des sporadischen Auftretens ist die Labordiagnostik bei Verdacht auf Röteln extrem wichtig. Valide Aussagen zur Epidemiologie der Röteln in Deutschland können erst getroffen werden, wenn mehr Fälle (nach WHO-Forderungen mehr als 80 %) labordiagnostisch bestätigt werden. Viele weitere Virusinfektionen führen zu einer ähnlichen Symptomatik wie die Röteln. Die Vermutung liegt nahe, besonders auch unter Berücksichtigung der Untersuchungsergebnisse des NRZ, dass es sich bei den klinisch bestätigten Fällen möglicherweise auch um andere exanthematische Erkrankungen gehandelt hat. Die Herkunft der Röteln bleibt oft unklar. Aus diesem Grund sind auch Genotypisierungen der Viren nötig, um Infektionsketten einschätzen zu können. Dazu sollten Proben an das Nationale Referenzzentrum am RKI gesandt werden.

Gemeldete Masernfälle in Bayern von 2010 bis 2014

K. Schönberger, W. Hautmann, M. Wildner, B. Liebl, A. Sing
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim

Fragestellung

Das Ziel, die endemische Übertragung der Masern in Deutschland zu unterbrechen und damit zur weltweiten Eradikation der Masern beizutragen, konnte auch bis 2015 nicht erreicht werden. Auch wenn die jährlichen Fallzahlen deutlich schwanken, so deuten sie noch immer auf eine dauerhafte endemische Übertragung in Deutschland hin. Trotz der Erweiterung der Masernimpfpflichtung auf nicht geimpfte bzw. nur einmal geimpfte Erwachsene, die nach 1970 geboren wurden, kommt es auch in diesen Altersgruppen weiterhin zu Erkrankungsfällen. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist eine Analyse der in Bayern nach dem IfSG gemeldeten Masernfälle und deren Bewertung hinsichtlich des gesetzten Zieles der regionalen Masernelimination.

Material und Methode

Über das 2001 in Kraft getretene Infektionsschutzgesetz besteht eine Meldepflicht sowohl für klinisch diagnostizierte als auch für laborbestätigte Masernerkrankungen. Im Rahmen dieser Meldepflicht muss jede Masernerkrankung vom Arzt oder Labor an das Gesundheitsamt gemeldet und von diesem an das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit übermittelt werden. Die vorliegende Auswertung basiert auf den bayerischen Meldedaten der Jahre 2010 bis 2014.

Ergebnisse

Zwischen 2010 und 2014 ereigneten sich in Bayern insgesamt 1.615 Masernfälle. Hierbei schwanken die Zahlen deutlich zwischen den Jahren: 219 Fälle (2010), 436 Fälle (2011), 69 Fälle (2012), 777 Fälle (2013) und 114 Fälle (2014). Die am stärksten betroffene Gruppe sind Kleinkinder unter 1 Jahr. Die Zahlen zeigen zudem, dass es nach wie vor auch bei den verhältnismäßig gut geimpften Kindern im Vorschul- und Schulalter immer wieder zu Erkrankungen kommt. Zunehmend sind ältere Kinder und Erwachsene betroffen, wobei die Gruppe der 10- bis 20-Jährigen am häufigsten erkrankt.

Diskussion

Trotz steigender Durchimpfungsraten bei den Schulkindern und der zusätzlichen Impfpflichtung für Erwachsene zeigen die Daten, dass die Anzahl empfänglicher Personen bislang zu groß war, um eine endemische Übertragung der Krankheit zu stoppen. Besonders die Erkrankungszahlen bei Kleinkindern unter 1 Jahr machen deutlich, dass der angestrebte Gruppenschutz in der Bevölkerung, welcher bei einer Durchimpfungsrate von 95 % für beide Masernimpfungen zu erwarten ist, noch nicht erreicht werden konnte.

Schlussfolgerung

Nach dem Scheitern der Maserneliminationsziele für 2010 und 2015 sind weiterhin Anstrengungen notwendig, um über eine Erhöhung der Durchimpfungsraten eine Masernelimination bis 2018 zu erreichen.

Ergebnisse der Brandenburger Surveillance von Rotavirus-Erkrankungen und Impfprävention

G. Ellsäßer, D. Berndt, C. Siffczyk

Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, Gesundheit, Zossen

Fragestellung

Wie erfolgreich ist die Impfung gegen Rotaviren im Setting „Familie“ im Land Brandenburg? Welche hemmenden Faktoren der Inanspruchnahme können identifiziert werden? Welche Erkenntnisse ergeben sich für die Impfprävention?

Methoden

Folgende Methoden wurden verwendet:

- deskriptive epidemiologische Analyse der nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) gemeldeten Rotavirus-Gastroenteritiden bei Säuglingen in Brandenburg im Zeitraum 2002-2014 (u.a. nach Hospitalisierung),
- im Zeitverlauf ab dem Schuljahr 2011/12 parallele Darstellung der Rotavirus-Impfquoten bei kleinen Kindern (2,5 bis 3,5 Jahre) auf der Basis der Dokumentation der Brandenburger ärztlichen Kita-Untersuchungen durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst,
- Analyse dieser Daten nach geographischen sowie sozialen Kriterien (Erwerbsstatus).

Ergebnisse

Die Brandenburger infektionsepidemiologischen Daten zeigen seit Einführung der beiden

lebendattenuierten Impfstoffe im Jahr 2006 einen dramatischen Rückgang der gemeldeten Erkrankungszahlen bei Säuglingen (ambulant und stationär). Bereits einige Jahre vor der STIKO-Empfehlung einer Standardimpfung gegen Rotaviren in 2013 war eine starke Reduktion der Krankheitslast bei Säuglingen in Brandenburg zu beobachten, im Zeitraum von 2006 bis 2013 ein Rückgang um 80 % (fünf Rotavirus-Gastroenteritiden vs. ein Erkrankungsfall je 100 Säuglinge) sowie bei Hospitalisierungen von 2,5 auf 0,7 je 100 Säuglinge. In 2012 waren 27,2 % der Kita-Kinder mit vorliegendem Impfausweis (n = 11.871) gegen Rotaviren geimpft. Die Impfquote verdoppelte sich bereits zwei Jahre später (58,1 %, n = 12.403 Impfausweise). In dieser Zeit nahmen die gemeldeten Erkrankungszahlen um 48 % ab (von 211 auf 115). Es wurden jedoch erhebliche geographische und soziale Disparitäten identifiziert. Die Spanne der Impfquoten lag in 2014 kreisbezogen bei 37 Prozentpunkten (zwischen 33 % und 70 %). Kleine Kinder aus Familien mit mindestens einem erwerbstätigen Elternteil erreichten im Beobachtungszeitraum deutlich höhere Impfquoten als Kinder aus Familien mit nicht erwerbstätigen Eltern (2014: 60,9 % vs. 38,9 %, p < 0,01).

Diskussion

Um neue Erkenntnisse zur Entwicklung von

impfpräventablen Erkrankungen zu erhalten, ist es wichtig, die infektionsepidemiologischen Daten mit den verfügbaren Durchimmunisierungsraten bei Kita-Kindern zu verknüpfen. Die Brandenburger Surveillancedaten zeigen einerseits den Benefit der Impfung bei Säuglingen, andererseits aber auch, dass die Inanspruchnahme der Rotavirusimpfung vom Wohnort und von der sozialen Lage der Familien abhängig ist. In Brandenburg finden diese neuen Erkenntnisse derzeit Eingang in die Impfprävention. Junge Familien sollen durch das Netzwerk „Gesunde Kinder“ verstärkt über den hohen Nutzen der Rotavirusimpfung aufgeklärt werden.

Surveillance des Impfstatus in 6., 8. und 10. Klassen im Setting Schule – eine Länderinitiative

G. Ellsäßer¹, G. Trost-Brinkhues², M.-S. Ludwig³, U. Nennstiel-Ratzel⁴, W. Sydow⁵, M. Borrmann⁶, K. Simon⁷

¹Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, Gesundheit, Zossen

²Gesundheitsamt der Städteregion Aachen, Fachausschuss KJGD im BVÖGD, Aachen

³Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit,
Landesinstitut für Gesundheit und Ernährung (GE4), Erlangen

⁴Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim

⁵Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheits- und Veterinärwesen, Gesundheitlicher Verbraucherschutz, Dresden

⁶Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Fachbereich Hygiene, Magdeburg

⁷Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW, Düsseldorf

Hintergrund

Auf Initiative des Fachausschusses KJGD im BVÖGD und unter Federführung des Brandenburger Landesgesundheitsamtes wurden seit dem Schuljahr 2008/2009 die in acht Bundesländern verfügbaren Impfdaten von Schülern in 6., 8. und 10. Klassen zusammengefasst, bewertet und veröffentlicht (Ellsäßer und Trost-Brinkhues 2013) [1].

Fragestellung

Gelingt es der ambulanten medizinischen Versorgung, Jugendliche mit dem notwendigen Impfschutz zu versorgen? Welche Handlungsbedarfe und Lösungsansätze lassen sich aus den Ergebnissen des ÖGD ableiten?

Methode

Es handelt sich um deskriptive epidemiologische Analyse der Impfquoten bei Schülern in den Klassen sechs bis zehn (Altersgruppe 12 bis 16 Jahre) von 8 Bundesländern im Be-

obachtungszeitraum Schuljahr 2008/2009 bis 2012/13. Die Bewertung der Impfraten bezieht sich einerseits auf die vorgelegten Impfausweise, andererseits auf die STIKO Empfehlungen zu den Standardimpfungen für das Kindes- und Jugendalter. Erfasst wurden die vollständige Grundimmunisierung (GI) sowie die Anzahl von Auffrischimpfungen.

Ergebnisse

Im Beobachtungszeitraum wurden in den acht Bundesländern von den Gesundheitsämtern jährlich insgesamt zwischen 168.000 und 191.000 Schüler in 6., 8. oder 10. Klassen untersucht. Der Anteil der vorgelegten Impfausweise betrug 64 % bis 70 %. Bezogen auf die zweimalige MMR-Impfung ist ein Aufwärtstrend festzustellen, wobei die größte Zunahme in Bayern zu beobachten ist. Die von der WHO geforderte zweimalige Masernimpfung von 95 % der Population wurde im Schuljahr 2012/13 in fünf von acht Bundesländern fast erreicht (Sachsen, Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen [2]). Hingegen ist die

Umsetzung der Auffrischimpfungen gegen Tetanus (2x), Diphtherie (2x), Pertussis (1x) und Polio (1x) weiterhin defizitär. Die Auswirkung einer nicht ausreichenden Pertussis-Auffrischimpfung ab 9 Jahren zeigt sich beispielsweise in einem fortbestehenden Altersgipfel der Pertussiserkrankungen bei den 10- bis 15-Jährigen. Deutlich verbessert hat sich die seit 2006 neu eingeführte Men C-Impfung (ab 12 Monaten), die bis 17 Jahre nachzuholen ist. Die HPV-Impfraten bei Mädchen erzielen seit Jahren die niedrigsten Werte von allen Standardimpfungen und Mädchen in den 6. Klassen sind in der Regel nicht geimpft.

Diskussion

Die Ergebnisse der länderbezogenen Impfraten zeigen, dass das ambulante medizinische Versorgungssystem die Jugendlichen nicht ausreichend erreicht. Zielgruppenbezogen und regionalbezogen bestehen erhebliche Impflücken. Deutschland benötigt ein Catchup-Programm im Setting Schule in Kooperation mit dem ÖGD. Nur so lassen sich Impflücken identifizieren und durch eine gezielte Beratung und den Weiterverweis an die niedergelassenen Hausärzte bzw. Kinder- und Jugendärzte fehlende Impfungen nachholen.

Literaturverzeichnis

- [1] Ellsäßer G., Trost-Brinkhues G. (2013): Impfungen bei Jugendlichen in den 6.-10. Klassen 2011 – ein Ländervergleich. Handlungsbedarf für eine zielgerichtete nationale Impfstrategie. Gesundheitswesen 75; 705-713
- [2] Quelle für die Thüringer Daten: Thüringer Landesverwaltungsamt

Varzellenerkrankungen im Land Brandenburg – Informationsgewinn durch Verknüpfung von Surveillanceinstrumenten

G. Ellsäßer, C. Siffczyk, D. Berndt

Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, Abteilung Gesundheit, Zossen

Hintergrund

Varizellen (Windpocken) sind weltweit verbreitet und hoch kontagiös. In Deutschland gehören sie zu den häufigsten impfpräventablen Infektionskrankheiten im Kindesalter. Die Bedeutung der Varizellen ergibt sich vor allem aus den möglichen Komplikationen, die häufig stationäre Aufenthalte erforderlich machen¹. Auf Grund der Krankheitslast der Varzellenerkrankung in der Bevölkerung und der besonderen Gefährdung von bestimmten Risikogruppen, wie Schwangeren und Neugeborenen, kommt einer zielgerichteten und frühzeitigen Durchimmunisierung der Bevölkerung eine hohe Bedeutung zu.

In Deutschland wurde in 2004 eine allgemeine Varizellenimpfung (eine Impfdosis) durch die STIKO empfohlen². Zur Verhinderung von Impfdurchbrüchen hat in 2009 die STIKO eine zweimalige Impfung für Kinder ab 11 Monaten empfohlen, möglichst in Kombination mit der Masern-Mumps-Röteln-Impfung³. Darüber hinaus sollten nicht oder nicht vollständig geimpfte Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr eine Nachholimpfung erhalten. Die Meldepflicht für Varizellen gemäß § 6 (1) Nr. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) gilt seit 2013 bundesweit und bildet somit ein wichtiges bevölkerungsbezogenes Instrument zur Überwachung des Erfolgs der Impf-

strategie⁴. Im Land Brandenburg besteht diese Meldepflicht bereits seit 2009⁵ und zusätzlich eine Meldepflicht für Erkrankungen an Herpes zoster.

Eine weitere Datenquelle wird im Land Brandenburg zur Ermittlung der Krankheitslast im Allgemeinen, und somit auch der Varizellenimpfung, genutzt. Diese bezieht sich auf die kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen von Einschülern durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. Bestandteil der kinderärztlichen Anamnese ist u.a. die Frage nach der Windpockenerkrankung („Wurde bei Ihrem Kind jemals eine Windpockenerkrankung...festgestellt?“) und parallel die Erfassung des aktuellen Impfstatus des Kindes hinsichtlich der Vollständigkeit und Anzahl der Impfdosen. Im Beitrag wird daher die Fragestellung untersucht, welche Veränderungen der Varzellenerkrankungsraten sich in der Folge der STIKO-Empfehlung zur ein- bzw. zweimaligen Varizellenimpfung über zwei landesspezifische Surveillanceinstrumente im Land Brandenburg feststellen lassen.

Methoden

Folgende Methoden wurden verwendet:

1. deskriptive epidemiologische Analyse der gemeldeten Varzellenerkrankungen in

2. auf der Basis der Elternangabe bei der Einschulungsuntersuchung Analyse der Varzellenerkrankungsraten (Lebenszeitprävalenz) im Zeitraum 2000-2014,
3. Verknüpfung dieser Raten mit den Varizellenimpfquoten der Einschüler für die Jahre 2006-2014⁷.

2013 zu den häufigsten impfpräventablen Infektionskrankheiten im Land Brandenburg⁸. Viele Erkrankungen wären durch einen ausreichenden Impfschutz vermeidbar gewesen: 67 % dieser durch Varizellen Erkrankten unter 15 Jahren waren nicht geimpft. Ein Viertel der Erkrankungen ereignete sich bei Ausbrüchen in Kitas und Schulen⁹.

Ergebnisse

Seit Einführung der zweimaligen Varizellenimpfung im Jahr 2009 halbierten sich die Neuerkrankungsraten (von 2010 bis 2013: von 38,9 auf 19,9 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner). Dennoch gehören die Varzellenerkrankungen nach den Rotavirus-, Influenza- und Pertussiserkrankungen mit rund 500 Fällen in

Die Rate der Windpockenerkrankungen bei Einschülern (Lebenszeitprävalenz) nahm seit 2006 kontinuierlich ab (2006: 60 %, 2014: 5 %), während im selben Zeitraum eine Zunahme der Varizellen-Impfquoten bei den Einschülern zu verzeichnen war (2007: 4,5 %, 2014: 93 %). Dieser Zusammenhang ist sowohl für die einmalige und noch markanter für die zweimalige Varizellenimpfung zu beobachten (Abb. 1).

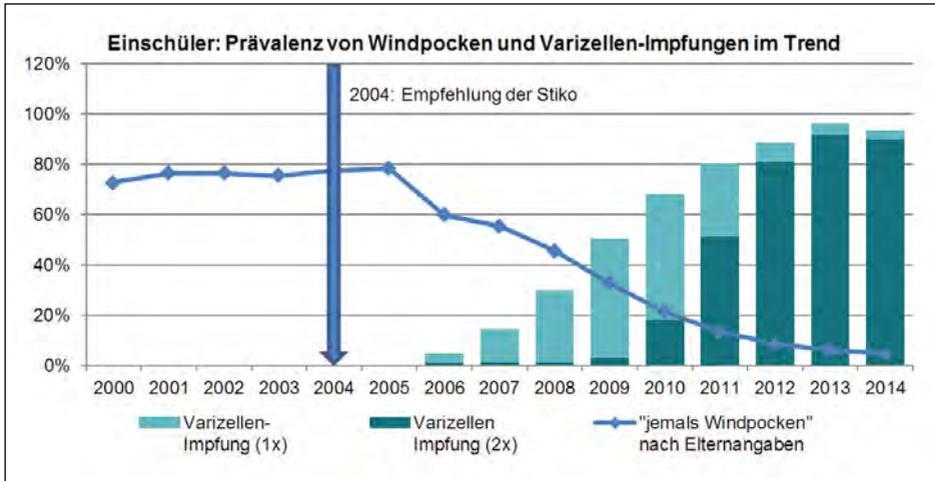


Abb. 1: Prävalenz und der Trend von Windpocken- und Varizellen-Impfungen von Einschülern

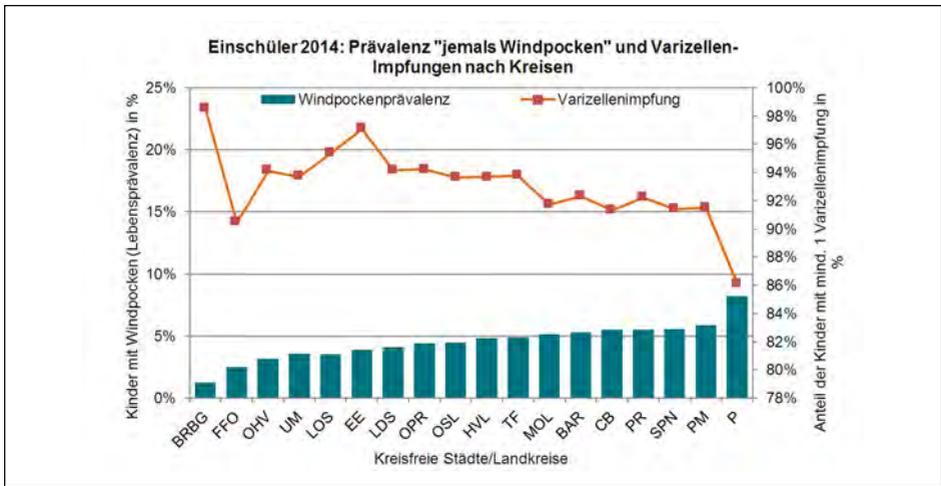


Abb. 2: Prävalenz („jemals Windpocken“) und Varizellen-Impfungen bei Einschülern 2014 nach Kreisen

Darüber hinaus wurden auch bei den Einschülern 2014, wie schon in den Vorjahren, in Kommunen mit den höchsten Varizellenimpfraten die niedrigsten Erkrankungsraten bei der Einschulungsuntersuchung festgestellt (Brandenburg an der Havel: 98,5 % geimpfte Kinder und Windpocken-Lebenszeitprävalenz 1,3 % vs. Potsdam: 86,1 % geimpfte Kinder und Windpocken-Lebenszeitprävalenz 8,2 %) (Abb. 2).

Diskussion

Durch Verknüpfung von Daten unterschiedlicher landesspezifischer Surveillanceinstrumente kann der populationsbezogene Nutzen der ein- und zweimaligen Varizellenimpfung deutlich gemacht werden. Darüber hinaus ermöglicht ein regionaler Vergleich, die spezifischen Handlungsbedarfe vor Ort zu identifizieren und somit gezielte Maßnahmen einzuleiten.

Literaturverzeichnis

- 1 http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Varizellen.html, Abfragedatum 7.7.2015
- 2 Epidemiologisches Bulletin 49/2004
- 3 Begründung der STIKO für eine allgemeine Varizellenimpfung, Epid Bull 2004; 49: 421-423
- 4 Infektionsschutzgesetz: Umsetzung der neuen IfSG-Meldepflichten für impfpräventable Krankheiten, Epid Bull 4/2014
- 5 Verordnung über die Erweiterung der Meldepflicht für Infektionskrankheiten (InfKrankMV) vom 23. Januar 2009, GVBl.II/09, Nr. 05, S. 83
- 6 Quelle: Abt. Gesundheit LUGV, SurvStat@RKI 2.0
- 7 Quelle: Abt. Gesundheit LUGV, www.gesundheitsplattform.brandenburg.de, Abfragedatum 7.7.2015
- 8 www.gesundheitsplattform.brandenburg.de, Abfragedatum: 7.7.2015
- 9 Abteilung Gesundheit im Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (2015) Infektionsschutz, Infektionserkrankungen, Impfschutz: Rückgang der Varizellen-Erkrankungen im Land Brandenburg als Folge einer erfolgreichen Impfprävention. In: Brandenburgisches Ärzteblatt 1/2015, S. 32

Infektionsschutzstrategien im Land Brandenburg – 10 Jahre Influenza-Surveillance

C. Friedrich, G. Ellsäßer

Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, Gesundheit, Zossen

Fragestellung

Ist die wöchentliche Erhebung der Rate akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE-Rate) in Kindereinrichtungen ein zuverlässiger Indikator für die Influenza-Krankheitslast in der Gesamtbevölkerung? Kann durch die Surveillance ein Zeitfenster erkannt werden, das für Interventionen genutzt werden kann?

Methodik

In ausgewählten Brandenburger Kindereinrichtungen wird während der Grippezeit (jeweils 40. Kalenderwoche bis 15. KW des Folgejahres) wöchentlich der Anteil an Kindern ermittelt, die wegen einer fiebrigen Erkältungskrankheit die Einrichtung an einem Stichtag nicht besuchen können (ARE-Rate). Die pädiatrischen Kliniken übermitteln in dieser Zeit regelmäßig (möglichst wöchentlich) zu den stationär aufgenommenen Kindern und Jugendlichen, die mindestens eine mit einer Influenzaerkrankung assoziierte Diagnose aufweisen, folgende Angaben: Alter, Geschlecht, Postleitzahl des Wohnortes, Datum der Krankenhausaufnahme und -entlassung, Diagnose(n) laut einer vorgegebenen Liste, Entlassungsstatus.

Ergebnisse

1. Die in Kindereinrichtungen erhobenen Daten der letzten zehn Jahre zeigen, dass das Brandenburger Influenza-Surveillance-System zuverlässige Informationen zur Entwicklung der Krankheitslast an einer Influenza in der Gesamtbevölkerung generieren kann.
2. Die Korrelationsanalyse zeigt, dass die Entwicklung der wöchentlich in den Kindereinrichtungen erhobenen Daten den Daten der anderen Surveillance-Systeme bis zu einer Woche (AG Influenza) bzw. zwei Wochen (IfSG-§ 7-Meldungen zu Influenza) vorausgehen. Dieses Zeitfenster kann für Interventionen genutzt werden.
3. Rund die Hälfte aller wegen einer Influenza-assoziierten Diagnose stationär behandelten pädiatrischen Patienten war jünger als 2 Jahre [1].

Diskussion

Die Brandenburger Influenza-Surveillance hat sich über einen Zeitraum von nunmehr 10 Jahren als ein stabiles, flexibles und effektives Indikator- und Frühwarnsystem für die Krankheitslast einer Influenza in der Gesamtbevölkerung erwiesen. Es ermöglicht die zeitnahe Information der Fachkreise sowie der Öffentlichkeit,

um adäquat auf den Beginn der jährlichen Grippeperiode reagieren zu können. Darüber hinaus kann abgeleitet werden, dass kleine Kinder eine besonders gefährdete Bevölkerungsgruppe sind und mit dem gut wirksamen lebendattenuierten Influenzaimpfstoff geschützt werden sollten.

Literaturverzeichnis

[1] LUGV Brandenburg: Influenza-Surveillance 2014/2015 des Landes Brandenburg – Ergebnisse. Zossen 2015

Stand der Eliminierung von Masern und Röteln in der Europäischen Region der WHO

A. Shefer, M. Ben Mamou, S. Deshevoi, S. Huseynov, D. Jankovic, M. Muscat
Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, Kopenhagen, Dänemark

Hintergrund

Alle sechs WHO-Regionen haben Eliminationsziele für Masern, drei auch für Röteln. Die 53 Mitgliedsstaaten der Europäischen Region haben sich zur Elimination von Masern und Röteln bis 2015 verpflichtet; das Erreichen dieser Ziele bleibt jedoch eine Herausforderung.

Wesentliche Kriterien für Dokumentation der Verifizierung

Um die Unterbrechung der endemischen Übertragung von Masern und Röteln nachzuweisen, müssen die Länder in einem standardisierten Format unter Beweis stellen, dass:

- endemische Masern und Röteln in drei aufeinander folgenden Jahren nicht aufgetreten sind,
- das Surveillancesystem hinreichend ansprechempfindlich, spezifisch, zeitnah und vollständig funktioniert, um eventuell auftretende Fälle zu erkennen und
- das Fehlen endemischer Fälle durch Befunde zur Genotypisierung gestützt wird.

Methoden

Die Europäische Regionale Verifizierungskommission (RVC) für die Elimination von Masern und Röteln ist ein unabhängiges Ex-

pertengremium. Sie überprüft jährlich die von den nationalen Verifizierungskommissionen (NVC) vorgelegten Berichte, um den Stand der Unterbrechung endemischer Übertragungen dieser Krankheiten in jedem Land zu beurteilen. Wesentliche Kriterien, die eine Unterbrechung belegen, umfassen das Fehlen endemischer Übertragungen bei Vorhandensein eines Surveillancesystems von hoher Qualität und Befunde zur Genotypisierung. Bis Ende 2014 hatten 50 Länder ein NVC eingerichtet.

Die Dokumentation der Verifizierung ist:

- **ein fortlaufender Prozess**
(regionale Verifizierung = Ergebnis der erfolgreichen und nachhaltigen Elimination der Krankheiten in allen Mitgliedsstaaten),
- **evidenzbasiert**
(Berücksichtigung von: Epidemiologie der beiden Krankheiten, Qualität der Surveillance, Bevölkerungsimunität, Nachhaltigkeit des Nationalen Impfprogramms),
- **messbar**
(gestützt auf einen Satz von Leistungsindikatoren und Kennwerten),
- **unabhängig**
(verifiziert durch ein externes unabhängiges Gremium).

Ergebnisse

Für das Jahr 2013 folgerte das RVC, dass die endemische Übertragung von Masern und Röteln in 22 bzw. 23 Ländern unterbrochen war (Abbildungen 1 und 2). Allerdings bestanden in 9 dieser Länder Immunitätslücken in der Bevölkerung, weshalb bei ihnen das Risiko einer erneuten Festsetzung endemischer Übertragungen fortbesteht. Der Stand der Elimination konnte für einige Länder (9 bei Masern, 12 bei

Röteln) nicht beurteilt werden; Ursachen waren qualitativ minderwertige, uneinheitliche, und unvollständige Daten. Zusätzlich ergab eine Beurteilung der Laborsurveillance in vielen Ländern ein mangelndes Vermögen, Wege der Virusübertragung zu dokumentieren. Neun Länder konnten nicht beurteilt werden: Sechs Länder legten keinen Bericht vor, und Berichte aus drei Ländern wurden als nicht adäquat für eine Beurteilung eingestuft.

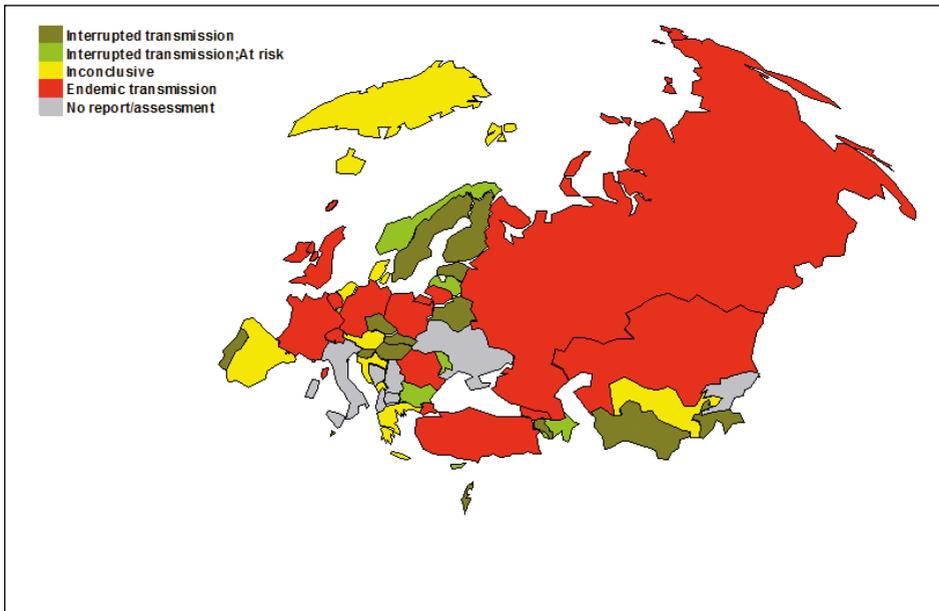


Abb. 1: Masern, Status der Verifizierung Ende 2013

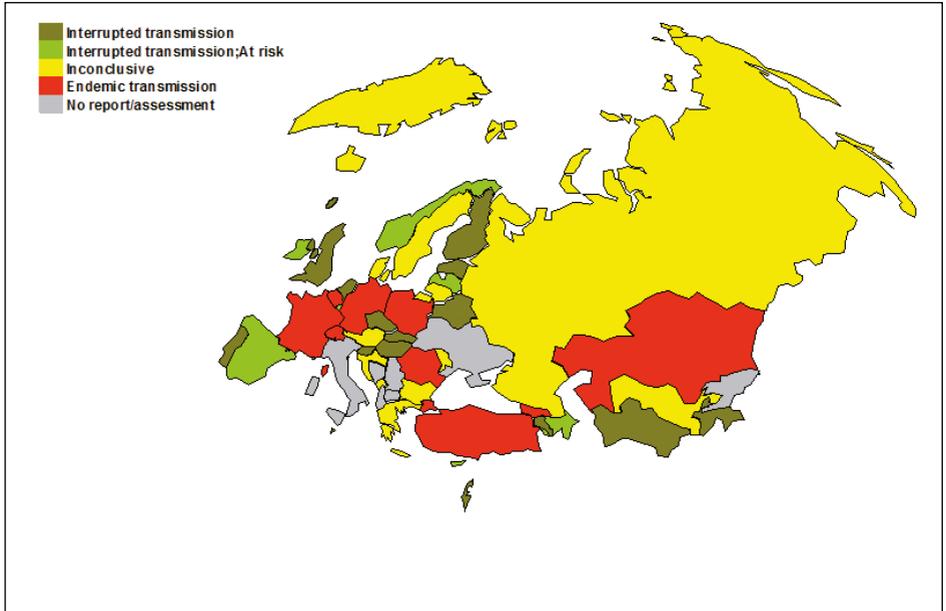


Abb. 2: Röteln, Status der Verifizierung Ende 2013

Schlussfolgerungen

Der Stand der Elimination von Masern und Röteln in der Region ähnelte bezüglich der Anzahl der Länder mit unterbrochener endemischer Übertragung und der Fähigkeit zur Dokumentation von Virusübertragungswegen dem Stand von 2012. Insgesamt verbesserten sich jedoch die Qualität der Berichte und die Rechtzeitigkeit ihrer Vorlage.

Was wissen junge Erwachsene über sexuell übertragbare humane Papillomviren?

H. Roggendorf¹, U. Kilian-Zech², C. Klapp³, K. Mann⁴, H. Perltz⁵, N. Vonend⁴, C. Furtenhofer⁶, P. Aden⁷

¹Impfsprechstunde, Klinikum rechts der Isar, München

²Landesarbeitsgemeinschaft Onkologische Versorgung Brandenburg e. V, Potsdam

³Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e. V., Hamburg

⁴Mann&Vonend GbR, Magdeburg

⁵Berufsverband der Frauenärzte e. V., München

⁶Robert-Schmidt-Berufskolleg, Essen,

⁷Deutscher Akademikerinnenbund, Berlin

Fragestellung

Was wissen junge Erwachsene über sexuell übertragbare humane Papillomviren (HPV)?

Die HPV-Impfung wird von der STIKO für Mädchen seit 2007 empfohlen. Im Gegensatz zu anderen Ländern, z.B. Australien, wo die Impfquote 82 % beträgt, sind die Impfquoten in Deutschland nicht höher als 43 %. Die Studie untersucht den Kenntnisstand zu Übertragung, Verlauf und Prävention von sexuell übertragbaren HPV-Infektionen bei Schülerinnen und Schülern eines Berufskollegs in einer westdeutschen Großstadt.

Material und Methode

1.050 Schülerinnen und Schüler (16-25 Jahre) nahmen an der Befragung teil. Die Fragebögen wurden von den Lehrern verteilt und gesammelt. Es gab vorab keine Informationen zum Thema. Der Fragebogen enthielt 20 Fragen zu Infektionsmodus, Krankheitsverlauf, Prävention und Therapie von HPV. Bei den Schülerinnen

wurde der Impfstatus festgestellt, bei den Schülern die Bereitschaft, sich impfen zu lassen, unter der Voraussetzung, dass die Impfung für Jungen von der STIKO empfohlen und von den Krankenkassen bezahlt würde. 700 Fragebögen wurden ausgewertet.

Ergebnisse

Allgemeine Kenntnisse über HPV-Erkrankungen sind vorhanden. Nur 50 % der Befragten wissen, dass auch Männer von HPV-Erkrankungen betroffen sind und nur 16 % der Befragten sehen frühe sexuelle Aktivität als Risiko an. Die HPV-Impfquote bei Mädchen beträgt 44 % und bestätigt damit die Ergebnisse der KiGGS-Studie.

Die Gründe für die Nichtinanspruchnahme der Impfung sind vielfältig und liegen nicht in einer generellen Ablehnung der Impfung. Die Impfbereitschaft der Jungen ist mit 67 % hoch. Die Mehrheit (54 %) würde eine Impfberatung und eine kostenfreie Schulimpfung gegen HPV und andere Krankheiten in Anspruch nehmen. Der

Arzt ist die wichtigste Informationsquelle zum Thema Gesundheit.

Diskussion

Die Befragung zeigt, dass Jugendliche über sexuell übertragbare Krankheiten informiert sind und bei entsprechender Beratung Interesse an einer Impfung haben. Diesem Ergebnis entspricht nicht die niedrige Impfquote von 44 %. Impfhindernisse müssen analysiert und beseitigt werden. Die hohe Impfbereitschaft von Jungen ist ein Zeichen dafür, dass auch sie Verantwortung für die Verhütung von sexuell übertragbaren Krankheiten übernehmen. Auch Jungen muss eine Impfung angeboten werden.

Schlussfolgerung

Gründe für Impflücken sind nicht Ablehnung von Impfungen oder Angst vor Nebenwirkungen, sondern mangelnde Recall-Systeme und Vor-Ort-Impfangebote. Schulimpfprogramme, wie sie in anderen Ländern durchgeführt werden, hätten auch in Deutschland Erfolg. Die 16- und 17-jährigen Mädchen fallen in die Nachholempfehlung der STIKO und in die Pflichterstattung durch die gesetzlichen Krankenkassen. Für diese Personen ist eine flächendeckende HPV-Nachimpfung zu erwägen. Die HPV-Impfung von Jungen ist anzustreben.

Individuelle lebenslange Impfkosten in Deutschland

U. Heckmann¹, R. Wölle¹, F. Baron-Papillon², M. Cornier²

¹Sanofi Pasteur MSD GmbH, Leimen

²Sanofi Pasteur MSD, Lyon, Frankreich

Fragestellung

Obwohl Präventionskosten einen geringfügigen Anteil an den Gesundheitsausgaben ausmachen, < 3 % in Europa und < 1 % in Deutschland, wirken sich Kürzungen und Einschränkungen der finanziellen Mittel auf Präventionsprogramme und besonders auf Impfungen oft nachteilig aus, insbesondere auch, weil der Nutzen von Präventionsmaßnahmen nicht unmittelbar, sondern erst langfristig erkennbar ist. Um die Höhe der bereitzustellenden finanziellen Mittel, die für Impfungen ausgegeben werden, und die lebenslangen Impfkosten pro Individuum, das unter vollständiger Einhaltung der jeweiligen nationalen Impfeempfehlungen geimpft wird, abzuschätzen, wurde eine umfassende Untersuchung von nationalen und europäischen Daten durchgeführt. Die deutschen Ergebnisse werden nachfolgend präsentiert.

Material und Methode

Die Ausgaben für Prävention und Impfungen wurden den Statistiken der GKV entnommen. Zusätzlich wurde ein Rechenmodell entwickelt, in das die aktuellsten deutschlandspezifischen Daten eingegeben wurden: STIKO-Impfkalender 2014 (Stand: 25.08.2014), Impfstoffe, die nach der aktuellen Schutzimpfungsrichtlinie des G-BA erstattet werden, Lebenserwartung bei Geburt nach WHO-Daten, Listenpreise der

Lauer Taxe (ohne Berücksichtigung der Rabatte). Die Berechnungen reflektieren die Perspektive der GKV. Es wurde eine theoretische 100 %ige Compliance in Übereinstimmung mit dem Impfkalender angenommen. Wenn mehrere Impfstoffe für eine vergleichbare präventable Indikation verfügbar waren, wurde der Listenpreis des Produkts einberechnet, das 2013 den höchsten Marktanteil hatte.

Die lebenslangen Impfkosten wurden für vier Kategorien von Personen berechnet: Männer bzw. Frauen, jeweils ohne bzw. mit Grunderkrankungen. Für Personen mit Grunderkrankungen wurden folgende spezifische Impfeempfehlungen einbezogen: Influenza, Hepatitis A, Pertussis, Frühsommer-Meningoenzephalitis.

Ergebnisse

2013 wurden rund 0,8 Mrd. € für Impfstoffe ausgegeben, entsprechend 0,4 % der Gesundheitsausgaben der GKV. Das bedeutet, dass die GKV in Deutschland durchschnittlich 12 € pro Versichertem für Impfstoffe ausgegeben hat. Diese Ausgaben sind in den letzten Jahren ständig gesunken (2013 vs. 2012: minus 12 %). Die gesamten lebenslangen reinen Impfstoffkosten (ohne Honorar) erstrecken sich von 1.195 € (Männer ohne Grunderkrankungen) bis 2.351 € (Frauen mit Grunderkrankungen), wodurch ein Schutz vor 14 bzw. 17 Krankheiten

ermöglicht wird. Die unterschiedlichen Kosten sind in geschlechtsspezifischen Aspekten begründet (Lebenserwartung, HPV-Impfung) bzw. in den Impfempfehlungen je nach Grunderkrankung. Die so errechneten Kosten sind niedriger als diejenigen für etablierte Maßnahmen zur Sekundärprävention für große Bevölkerungsgruppen, so wie z.B. die Gabe von Antidiabetika (ca. 6.500 € bis 13.000 €).

Diskussion und Schlussfolgerung

Die hier berechneten Impfkosten für lebenslanges Impfen sollten als maximal angesehen werden, da sich in der Realität nur wenige Menschen vollständig an den Impfkalender und die Impfempfehlungen der STIKO halten. Es konnte gezeigt werden, dass Prävention durch Impfung eine vergleichsweise geringe Investition in Relation zu dem beträchtlichen erreichbaren Nutzen darstellt.

Influenza-Impfverhalten von älteren und chronisch kranken Menschen in Deutschland

B. Bödeker, C. Remschmidt

Robert Koch-Institut, Fachgebiet Impfprävention, Berlin

Fragestellung

Ältere Menschen und Personen mit chronischen Erkrankungen haben ein erhöhtes Risiko für schwerwiegende Influenza-Krankheitsverläufe. Daher empfiehlt die Ständige Impfkommission diesen Risikogruppen die jährliche Influenza-Impfung. Die Datenlage zu Influenza-Impfquoten als auch zum Influenza-Impfverhalten in diesen Bevölkerungsgruppen ist in Deutschland insgesamt limitiert. Um die Impfprävention zu verbessern, ist ein genaueres Verständnis des Influenza-Impfverhaltens jedoch unerlässlich. Es sollte daher eine Studie in der Gesamtbevölkerung durchgeführt werden. Die Ziele der Studie waren: (i) die Erhebung der Influenza-Impfquoten für 2012/13 und 2013/14, (ii) die Untersuchung von Einstellungen und Wissen zur Influenza-Impfung und zur Erkrankung sowie die (iii) Identifikation von Faktoren, die die Impfentscheidung von älteren Menschen und Personen mit chronischen Erkrankungen beeinflussen.

Material und Methode

In der Zeit von März bis Juni 2014 wurde eine bundesweite computergestützte telefonische Befragung (CATI) in der Bevölkerung durchgeführt. Den Stichprobenrahmen bildete die deutschsprachige, erwachsene Wohnbevölkerung in Privathaushalten, die entweder über

einen Festnetz- und/oder einen Mobilfunkanschluss verfügen. Zur Identifizierung von Faktoren, die die Impfentscheidung beeinflussen, wurden multivariable Regressionsmodelle berechnet. Die Daten wurden auf Basis soziodemographischer Charakteristika (Bundesland, Alter, Geschlecht, Bildungsabschluss) des Zensus 2011 gewichtet.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 1.519 Telefoninterviews durchgeführt. Die Influenza-Impfquote lag bei Personen ≥ 60 Jahren in 2012/13 bei 50,0 % und in 2013/14 bei 49,4 %; bei Chronikern waren (unabhängig vom Alter) 41,5 % bzw. 40,4 % geimpft. Die am häufigsten aufgeführten Gründe gegen eine Influenza-Impfung von Personen, die zu einer Risikogruppe gehören, waren Misstrauen in die Impfung (22,3 %) und die Wahrnehmung, dass die Erkrankung nicht gefährlich sei (21,2 %). Sowohl für ältere als auch für chronisch kranke Menschen war der Impfstatus insbesondere positiv assoziiert mit dem Geschlecht, so dass Frauen häufiger geimpft waren als Männer, einem höheren Alter, der wahrgenommenen Erkrankungsschwere und Impfwirksamkeit; der Impfstatus war negativ assoziiert mit der wahrgenommenen Wahrscheinlichkeit möglicher Impfnebenwirkungen.

Diskussion und Schlussfolgerung

Aufgrund der insgesamt noch zu geringen Influenza-Impfquoten sowohl für ältere Menschen als auch für chronisch kranke Menschen zeigt sich weiterhin großer Handlungsbedarf. Das für die Saison 2014/15 von der Europäischen Union geforderte Ziel einer Influenza-Impfquote von 75 % bei älteren Menschen wird noch nicht erreicht. Die Ergebnisse zeigen, dass insbesondere persönliche Risikoeinschätzungen eine wichtige Rolle im Entscheidungsprozess für oder gegen die Influenza-Impfung spielen. Die im Rahmen der Studie gewonnenen Ergebnisse sollen als empirische Basis für die Entwicklung und Umsetzung lokaler und bundesweiter zielgruppenspezifischer Kommunikationsmaßnahmen genutzt werden, um die Impfbereitschaft zu erhöhen. Sowohl ältere und chronisch kranke Menschen als auch die Ärzteschaft sollten verstärkt über die Wichtigkeit der Influenza-Impfung informiert werden.

Varizellenimpfraten und mögliche Einflussfaktoren – ein Vergleich in zwei bayerischen Städten

C. Hagemann^{1,2}, A. Streng¹, K. Seeger¹, J. Liese¹

¹Universitätsklinikum Würzburg, Kinderklinik und Poliklinik, Würzburg

²AG Bevölkerungsmedizin, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld

Hintergrund und Fragestellung

Seit 2004 wird die generelle Varizellenimpfung in Deutschland empfohlen, seit 2009 mit 2 Dosen. Impfraten zeigen abhängig vom Bundesland durchaus größere Unterschiede. Im Rahmen des *Bayerischen Varizellen Surveillance Projektes* (BaVariPro) wurden Varizellenimpfraten bei Kleinkindern in den Regionen München (Mü) und Würzburg (Wü) erhoben. Ziel der vorliegenden Untersuchung war der Vergleich der Varizellenimpfraten sowie die Ermittlung der mit einer Impfentscheidung der Eltern assoziierten Faktoren.

Material und Methode

Eltern wurden schriftlich in einer jährlichen Zufallsstichprobe (2009-2011) von je 600 Kindern im Alter von 18-36 Monaten in den Regionen Mü und Wü zu Varizellen- und Masernimpfstatus des Kindes, soziodemografischen Faktoren und zur Einstellung der Eltern zur Varizellenimpfung befragt. Faktoren, die in einem der Erhebungsjahre in Mü oder Wü in bivariaten Analysen auf dem 10 %-Niveau signifikant mit der Varizellen-Impfentscheidung assoziiert waren, wurden zunächst separat für jede Stadt und dann gepoolt über beide Städte in ein multiples logistisches Regressionsmodell aufgenommen.

Ergebnisse

Im Zeitraum 2009-2011 waren die Varizellenimpfraten (1. Dosis) in Mü mit 53 % bis 68 % deutlich niedriger als in Wü mit 73 % bis 83 % ($p < 0,001$). Die im Vergleich dazu erhobenen Masernimpfraten (1. Dosis) lagen zwischen 88 %-91 % in Mü und 92 %-95 % in Wü. Die Impfraten für die 2. Varizellendosis stiegen bis 2011 in Mü von 29 % auf 59 % und in Wü von 56 % auf 73 %. Bei Teilnehmern aus der Region Mü hatten die Eltern durchgängig eine höhere Schulbildung ($p < 0,001$) und ein höheres Einkommen ($p < 0,001$), wohnten seltener im Landkreis ($p < 0,001$) und die Kinder besuchten seltener eine Kindertagesstätte (Kita) als in Wü ($p < 0,001$). Zudem waren die Familien seltener größer als 3 Personen ($p < 0,001$). In Mü wurde die Impfung seltener ($p < 0,001$) vom Kinderarzt empfohlen (2009-2011: 61 %-72 %) als in Wü (76 %-86 %). In bivariaten Analysen war die Empfehlung des Arztes der einzige durchgängig mit der Varizellenimpfung assoziierte Faktor in allen Erhebungsjahren; getrennte multiple logistische Regressionsmodelle pro Stadt (gepoolt über alle drei Untersuchungsjahre) ergaben ein adjustiertes Odds Ratio (OR) für die Arzttempfehlung von 20,7 (95 % Konfidenzintervall (KI): 13,8-30,9) für Mü und von 37,2 (95 % KI: 23,7-58,4) für Wü. Im gepoolten Regressionsmodell über beide Städte und alle

Jahre zeigte sich zudem ein signifikanter Einfluss der Schulbildung der Mutter auf die Impfentscheidung (OR Abitur der Mutter vs. geringerer Abschluss: 0,70; 95 % KI: 0,5-0,97), sowie ein Einfluss des Kita-Besuches (OR Kita-Besuch vs. kein Kita Besuch 1,5; 95 % KI: 1,1-2,0).

Diskussion

Varizellenimpfraten können auch innerhalb eines Bundeslandes sehr heterogen sein. In der Region Wü waren die Impfraten deutlich höher als in der Region Mü. In Wü waren vermutlich die häufigeren Arzttempfehlungen zur Varizellenimpfung sowie der häufigere Kita-Besuch entscheidende Faktoren für die höheren Varizellenimpfraten. Ein höherer Schulabschluss der Mutter war mit einer niedrigeren Impfrate assoziiert.

Schlussfolgerung

Regional unterschiedliche Impfraten erfordern regional spezifische Maßnahmen für die Aufklärung und Beratung von Eltern. Eine Steigerung der Varizellenimpfraten scheint in erster Linie über die Arzttempfehlung möglich. Hier ist eine bessere Information der (Kinder-) Ärzte zu Sicherheit, Effektivität und Nutzen der Varizellenimpfung erforderlich.

Schüler drehen Impf-Spots – Eine aktive Auseinandersetzung der Jugendlichen mit dem Thema Impfen

J. Burghardt, S. Keller
YAEZ Verlag GmbH, Stuttgart

Einleitung

Impfungen zählen nach wie vor zu den wichtigsten und wirksamsten Präventionsmaßnahmen in der Medizin. Doch es gibt gerade bei Jugendlichen große Impflücken, insbesondere bei Auffrischungsimpfungen. Das allgemeine Wissen zur wichtigsten Präventionsmaßnahme nimmt ab. Zur gezielten Information von Schülerinnen und Schülern haben 2007 das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, die AOK Baden-Württemberg und der auf Jugendkommunikation spezialisierte YAEZ Verlag die Präventionsinitiative „Mach den Impfcheck“ ins Leben gerufen. Diese richtet sich mit unterschiedlichen Maßnahmen an die Zielgruppe der Jugendlichen zwischen 10 und 18 Jahren. Um diese zu erreichen, werden zahlreiche innovative Formate entwickelt und umgesetzt.

Wesentliche Bestandteile der Initiative sind:

- der Lehrerkoffer Impfen, dessen Unterrichtsmaterial von über 3000 Lehrern in Baden-Württemberg im Unterricht genutzt wird,
- eine Website, auf der Jugendliche selbstständig ihren Impfstatus prüfen können,
- der Schülerwettbewerb, bei dem Jugendliche dazu aufgefordert werden, in Kleingruppen ein eigenes Video zu drehen.

Der Filmwettbewerb

Im April 2014 erhielten alle weiterführenden Schulen in Baden-Württemberg die Ausschreibungsunterlagen zur Wettbewerbsanmeldung. Teilnahmeberechtigt waren alle Schülerinnen und Schüler der Klassenstufen 7 bis 9 in Baden-Württemberg. Eine Schule durfte ein oder zwei Teams von bis zu zehn Personen anmelden. Aufgabenstellung war es, ein maximal dreiminütiges Video zum Thema „Impfen“ herzustellen. Dies beinhaltet folgende, durch die teilnehmenden Personen eigenständig durchzuführende Arbeitsschritte: Die Recherche sowie das Verfassen eines Drehbuchs, die Konzeption der szenischen Darstellung, die Auswahl der Requisiten, ggf. die schauspielerische Darstellung, die Aufnahme des Filmmaterials und das Schneiden des Filmmaterials. Die Teilnehmer wurden mit einem Film-Paket ausgestattet, bestehend aus einer Mini HD-Kamera, einer Filmklappe und einem Handbuch. Das Handbuch beinhaltet Informationen zu Aufgabenstellung, Ablauf des Wettbewerbs, zum Drehen und zum Schneiden von Videos. Die Abbildung zeigt den chronologischen Ablauf des Wettbewerbs.

Zielsetzung und Fragestellung

Mit der Initiative „Mach den Impfcheck“ soll das Bewusstsein für die Bedeutung von Impfungen

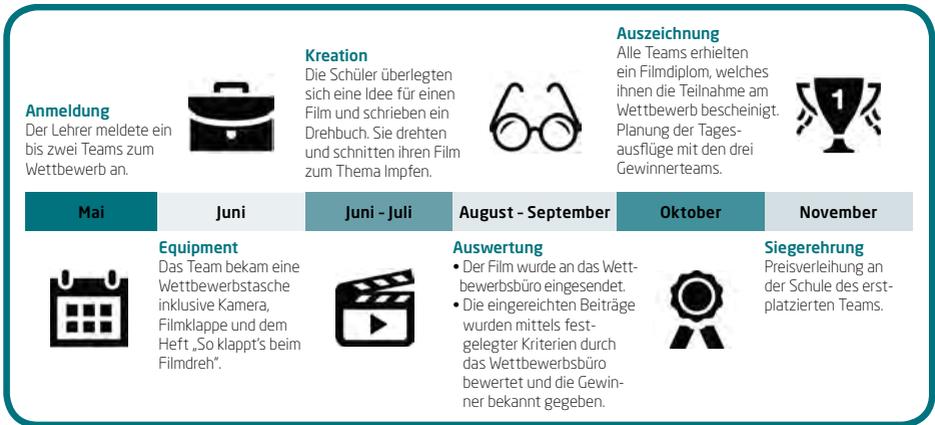


Abb.: Chronologischer Ablauf des Wettbewerbs

bei Jugendlichen gestärkt werden. Der Filmwettbewerb als Teil der Initiative soll zu diesem Ziel beitragen. Im Mai 2015 wurde der Schülerwettbewerb im Rahmen einer Befragung der Lehrerinnen und Lehrer hinsichtlich dieses Ziels evaluiert. Hierbei sollte folgende Fragestellung beantwortet werden: Inwiefern konnte die Teilnahme am Filmwettbewerb dazu beitragen, das Bewusstsein für die Bedeutung von Impfungen bei Jugendlichen zu stärken?

Methodik

Nach Abschluss des Wettbewerbs 2014 erfolgte vom 12.05. bis 26.05.2015 anhand eines teilstandardisierten Fragebogens die Erhebung der Lehrer-Einschätzungen zur Beantwortung der oben genannten Fragestellung. Die Auswahl der Befragten erfolgte in Form einer zufälligen Stichprobe von sieben Lehrerinnen und Lehrern aus einer Gesamtzahl von 32, die im Jahr 2013 oder 2014 mit einem oder mehreren Teams am Wettbewerb teilnahmen. Inhaltlich

betrafen die Fragen insbesondere das Wissen der Teams über das Thema, die Eignung des Drehbuchs, die Qualität der filmischen Umsetzung hinsichtlich möglicher Impfkampagnen in der jeweiligen Schule.

Ergebnisse

2014 nahmen über 40 Filmteams mit rund 360 Schülerinnen und Schülern der Klassen 7-9 am Wettbewerb teil. Die Einschätzungen der betreuenden Lehrkräfte dieser Schülerinnen und Schüler hinsichtlich des Wettbewerbsziels werden nachfolgend vorgestellt.

Zeitliche Intensität der Auseinandersetzung mit dem Thema „Impfen“: Die meisten Lehrkräfte geben an, dass der Zeitaufwand für das Projekt „sehr hoch“ war. Der Zeitraum der Arbeit am Video betrug circa zwei Monate. Die Durchführung des Projektes fand während dieser Zeit bei der Hälfte der Befragten im Rahmen des Unterrichts, bei der anderen Hälfte hauptsäch-

lich in der Freizeit der Schülerinnen und Schüler statt. Insgesamt kann bei ihnen von einer hohen zeitlichen Intensität der Auseinandersetzung mit dem Thema „Impfen“ zum Zweck der Videoproduktion ausgegangen werden.

Einstellung der Teilnehmer gegenüber dem Thema „Impfen“: Alle befragten Lehrerinnen und Lehrer geben an, dass bei den teilnehmenden Personen kein Vorwissen zum Thema bestand und sie eine neutrale Einstellung gegenüber dem Impfen hatten. Außerdem sagen sie mehrheitlich, dass sich bei einigen die Einstellung und das Wissen durch die Teilnahme zum Positiven verändert haben.

Eignung des Formats „Filmwettbewerb“: Die Mehrheit der Lehrerinnen und Lehrer bewertet das Format der Auseinandersetzung mit dem Thema als „kreativ“. Durch „die große Motivation, die bei den Schülern entstanden ist“ und dadurch, dass „die Schüler und Schülerinnen sehr eigenständig arbeiten mussten“, wird der Wettbewerb als Bereicherung für den Unterricht empfunden. Ebenfalls die Mehrheit der Lehrkräfte schätzte den Filmbeitrag als positive Möglichkeit ein, um Interesse und Aufmerksamkeit für das Thema zu erregen. Außerdem geben sie an, dass das Interesse der Schüler am Thema „Impfen“ hierdurch gestärkt wurde.

Fazit der Lehrerinnen und Lehrer hinsichtlich des Wettbewerbs: Die überwiegende Mehrheit gab ein durchweg positives Fazit ab. Die Mehrzahl von ihnen würde ausdrücklich gerne noch einmal einen solchen Wettbewerb begleiten.

Diskussion und Schlussfolgerung

Nach dem großen Erfolg von „Lehrerkoffer Impfen“ (s. S. 218 des Berichtsbandes der 3. NIK) ist dieser Wettbewerb ein weiterer wichtiger Schritt zur Impfmotivation bei einer zumeist nicht leicht zugänglichen Zielgruppe. Der Filmwettbewerb ist den Umfrageergebnissen zufolge gut geeignet, um Schüler an das Thema „Impfen“ heranzuführen. Insbesondere bei der Unter- bis Mittelstufe ist kein großes Vorwissen über die Thematik verankert. Die Methodik des Filmwettbewerbs eröffnet demnach einen kreativen Zugang zum Thema. Die Schülerinnen und Schüler lernen außerdem, eigenständig im Team zu arbeiten. Der Wettbewerbscharakter erhöht ihre Motivation, sich mit dem Thema „Impfen“ auseinander zu setzen. Durch die intensive Behandlung des Themas „Impfen“ haben sie sich selbstständig ein wichtiges Basiswissen erarbeitet. Die entstandenen Beiträge eignen sich nach Einschätzung der Lehrerinnen und Lehrer, um Interesse und Aufmerksamkeit für das Thema „Impfen“ bei anderen Jugendlichen zu wecken. Anhand der vorliegenden Ergebnisse lässt sich feststellen, dass sich die Teilnehmer intensiv mit dem Thema befasst haben. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich das Bewusstsein für die Bedeutung von Impfungen bei Jugendlichen erhöht hat. Dadurch können sie als Multiplikatoren für weitere Kampagnen dienen und so einen wichtigen Beitrag für eine positive Einstellung dieser Altersgruppe zum Nachholen fehlender Impfungen leisten. Die Produktion eines Filmbeitrags benötigt allerdings einen hohen Zeiteinsatz, so dass das Projekt bei einem straffen Lehrplan nicht von allen Schulen in der Unterrichtszeit umgesetzt werden kann.

Pneumokokkenimpfung im höheren Lebensalter – wie Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen auf Nutzer- und Anbieterseite die Inanspruchnahme der Impfung bedingen

C.J. Klett-Tammen^{1,2}, G. Krause^{1,2}, L. Seefeld³, S. Castell^{1,2}, J. J. Ott^{1,2}

¹Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung, Abteilung für Epidemiologie, Braunschweig

²Medizinische Hochschule Hannover, Hannover

³Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Fragestellung

Pneumokokken verursachen neben lokalen Infektionen auch schwerwiegende Erkrankungen wie Pneumonie, Sepsis und Meningitis. Weltweit liegt die höchste, durch Pneumokokken verursachte Krankheitslast bei Kleinkindern und bei Älteren ab 50 Jahren. Trotz verfügbarer wirksamer Impfstoffe und einer in Deutschland seit 1998 bestehenden Impfempfehlung für Personen ab 60 Jahren liegt die Impfquote in dieser Altersgruppe in Deutschland nur bei etwa 31 %.

Ziel dieser Studie ist es, relevanteste Determinanten für die Nutzung der Pneumokokkenimpfung durch Nutzer (Patienten, Bevölkerung) sowie Anbieter (Hausärzte/innen und Medizinische Fachangestellte – MFA) zu identifizieren. Hierzu werden vor allem Faktoren aus den Bereichen impfrelevantes Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen (KAP) evaluiert.

Material und Methoden

Basis der Analyse bilden Daten einer 2012 durch die BZgA durchgeführten repräsentativen Erhebung in der deutschen erwachsenen

Allgemeinbevölkerung zu Hygiene und Infektionsschutz. 1.223 Teilnehmer/innen waren zwischen 60 und 85 Jahre alt und wurden in die Analysen einbezogen. Die Studienpopulation wurde in Bezug auf für die Pneumokokkenimpfung relevante Merkmale beschrieben, wie z.B. das Wissen um die entsprechende Impfempfehlung. Mittels logistischer Regression wurden KAP-Prädiktoren der Inanspruchnahme untersucht. Ergänzend wurde eine neue Datenerhebung unter Anbietern (niedergelassene Hausärzte/innen und MFA) zum Thema Impfung und Impfberatung älterer Menschen durchgeführt. Hierfür wurden deutschlandweit an 5.000 Praxen je zwei Fragebögen (jeweils einer für den Arzt/ die Ärztin und den/ die MFA) gesendet. Die Rücksendung erfolgte postalisch oder per Fax. Neben KAP-Parametern werden in beiden Teilen der Studie auch soziodemographische Faktoren wie Alter und Geschlecht als Determinanten des Impfstatus bzw. der Empfehlung von Impfungen analysiert.

Ergebnisse

Eine Pneumokokkenimpfung hatten 11,5 %

der teilnehmenden Personen im Befragungszeitraum erhalten. Die Empfehlung der STIKO zu dieser Impfung für Personen ab 60 Jahren war 28,2 % der Befragten bekannt, wenn sie direkt danach gefragt wurden; lediglich 5,6 % führten diese Impfung als eine der Impfungen im Erwachsenenalter an. Trotzdem erachten es 50,2 % der befragten Zielgruppe als wichtig, gegen Pneumokokken geimpft zu sein.

Die Angabe, dass die Empfehlung bekannt sei, hat den größten Einfluss auf die Inanspruchnahme der Pneumokokkenimpfung (OR = 17.1). Auch die spontane Nennung der Impfung ist mit einem positiven Impfstatus assoziiert (OR = 4.5). Die Einstellung, dass es wichtig sei, gegen Pneumokokken geimpft zu sein, erhöht die Wahrscheinlichkeit, geimpft zu sein, um das mehr als Fünffache (OR = 5.7). Die Inanspruchnahme anderer Impfungen wie Tetanus- oder Influenzaimpfung ist positiv mit der Inanspruchnahme der Pneumokokkenimpfung korreliert. Die einzige soziodemographische Variable, die im multivariaten Modell einen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme der Pneumokokkenimpfung hat, ist der Wohnort, wonach Personen aus östlichen Bundesländern generell häufiger geimpft sind (OR = 1.8).

An dem ergänzenden deutschlandweiten KAP-Survey zu Impfungen im höheren Lebensalter haben 1.335 Personen teilgenommen (Teilnahmequote 13,4 %), davon sind 773 Ärzte/Ärztinnen (Teilnahmequote: 15,5 %) und 562 MFAs (Teilnahmequote 11,3 %). Zurzeit werden die Daten analysiert.

Diskussion und Schlussfolgerung

Ein niedriger Bekanntheitsgrad offizieller Impfempfehlungen schlägt sich bei der Pneumokokkenimpfung in einer geringen Impfquote nieder. Anders als bei anderen Impfungen hat das Wissen um die Empfehlung einen wesentlich größeren Einfluss als die Einstellung, woraus ersichtlich ist, dass die geringe Impfanahme wesentlich durch den geringen Bekanntheitsgrad der Empfehlung verursacht wird und nicht durch eine Ablehnung dieser Impfung. Somit könnte eine noch spezifischere, zielgruppen-gerechte Informationsvermittlung eine wesentliche Maßnahme darstellen, um die Impfquote der älteren Bevölkerung zu erhöhen. Da Hausärzte/innen und MFA zum Bekanntheitsgrad von Impfempfehlungen und zu Impfentscheidungen beitragen, ist eine aktive Einbeziehung dieser Akteure im Kontext der Impfprävention wesentlich. Deshalb werden die Impfempfehlung beeinflussende Parameter aus den Bereichen KAP und Soziodemographie bei Hausärzten/innen und MFA im zweiten Teil der Studie analysiert, um mögliche Ansatzpunkte für die Initiierung von Maßnahmen auch auf dieser Seite zu finden.

Impflücken sind Wissenslücken: Praxisorientierter Impfkurs für Medizinstudenten

H. Roggendorf

Klinikum rechts der Isar, Institut für Molekulare Immunologie, München

Einleitung und Fragestellung

Da Infektionskrankheiten und deren Komplikationen (z.B. Polio) durch Impfung weitgehend eliminiert wurden, verschwinden sie aus dem Bewusstsein der Bevölkerung und der Ärzteschaft. Somit stehen nicht mehr die Schutzwirkung, sondern mögliche oder vermutete Komplikationen der Impfung im Fokus, d.h. die Prävention durch Impfung ist das Opfer ihres eigenen Erfolges. Impflücken sind Wissenslücken – auch bei der Ärzteschaft, was sich gut anhand mangelnder Influenza-Impfraten belegen lässt. Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut empfiehlt seit 1988 die jährliche Impfung aller medizinischen Mitarbeiter in Kliniken und Arztpraxen. Medizinisches Personal und deren Patienten haben ein wechselseitig erhöhtes Infektionsrisiko für eine Influenza. Dennoch ist die Durchimpfrate mit ca. 20 % in dieser Berufsgruppe zu gering. Das Wissen über beruflich indizierte und allgemeine Impfungen muss bei Medizinstudenten grundgelegt erweitert und die praktische Ausbildung verbessert werden.

Material und Methode

Das Klinikum rechts der Isar, TU München, hat seit WS 2013/14 ein 4-stündiges, verpflichtendes, praxisorientiertes Impfseminar für alle Medizinstudenten (je 15 Teilnehmer) im 10.

Semester eingerichtet, um die praktische Ausbildung zu verbessern. Die Studenten sind verpflichtet, das Seminar online zu evaluieren. Die Veranstaltung muss dabei mit einer Gesamtnote (1-6) bewertet werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, in den Rubriken „Das fand ich gut an der Veranstaltung“ oder „Das sollte verbessert werden“ eine Freitext-Bewertung vorzunehmen.

Ablauf des Impfseminars

Die Studenten bringen ihren eigenen Impfausweis mit, überprüfen den Impfausweis des Nachbarn und beraten sich gegenseitig zu Auffrischimpfungen. Grundlage der Beratung sind die aktuellen STIKO-Impfempfehlungen im Epidemiologischen Bulletin, das jeder Student erhält.

Aktuelle Ereignisse, z.B. Masern- und Ebola-Ausbruch, spezielle Fragen zu Adjuvantien, Umgang mit Impfkritikern, neue Impfstoffentwicklung und Einstellung zur Impfpflicht, z.B. bei Influenza und Masern bei medizinischem Personal, werden mit den Studenten erörtert.

Je nach Bedarf werden einzelne impfpräventable Erkrankungen, Impfungen, z.B. bei Immunsupprimierten, chronisch Kranken oder bei medizinischem Personal und in der Schwangerschaft besprochen.

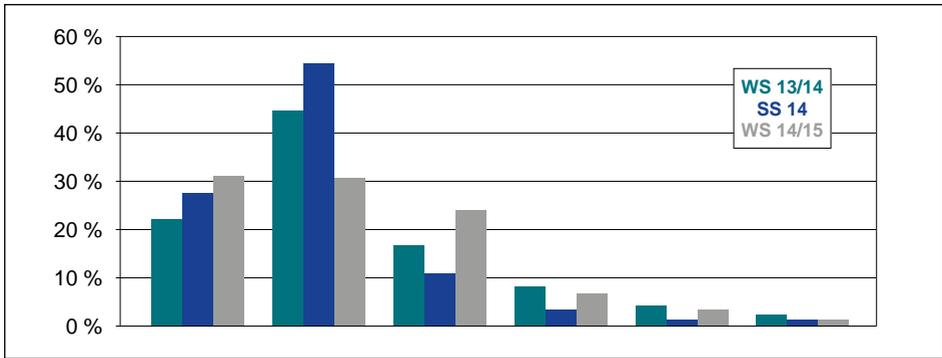


Abb.: Bewertung des Impfpraktikums durch Studenten (n = 525)

Falldemonstrationen aus der Impfsprechstunde bzw. Bearbeitung von kniffligen Impffragen sowie eine reisemedizinische Impfberatung für Auslandsfamulatur und im PJ ergänzen das Spektrum der Lehrinhalte. Beliebt ist das Rollenspiel für die Impfaufklärung von Eltern „Sally beim Kinderarzt“.

Beim gegenseitigen Impfen, z. B. gegen Influenza, wird Impfaufklärung, Impfung und Dokumentation geübt.

Ergebnisse

Bei der Kurs-Evaluation von bisher 3 Semestern mit jeweils 180 Studenten bewerteten im WS 2013/14 24 % der Studenten den Kurs als sehr gut, 46 % als gut und 18 % als befriedigend (Gesamtnote 2). Im SS 2014 bewerteten 29 % der Studenten den Kurs als sehr gut, 55 % als gut und 13 % als befriedigend (Gesamtnote 1.8). Im WS 2014/15 bewerteten 33 % der Studenten den Kurs als sehr gut, 32 % als gut und 25 % als befriedigend (Gesamtnote 2) (s. Abb.). 52 % der Studenten ließen sich gegen Influenza impfen.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Studenten kommen mit sehr unterschiedlichem theoretischen und praktischen Wissen in die Veranstaltung. Bei entsprechender Aufklärung ist eine große Impfbereitschaft für eine Influenzaimpfung vorhanden (52 % im Vergleich zur bundesweiten Impfquote bei medizinischem Personal von ca. 30 %). Fazit der Studenten in der Evaluation: Eine sinnvolle, sehr praxisnahe Veranstaltung.

Steigerung der Motivation zur Masernimpfung: Impfen für einen guten Zweck auf St. Pauli

S. Graefe, M. Müller, S. Akalin, K. A. Uhlig
Impfzentrum ICR St Pauli, Hamburg

Fragestellung

In Deutschland kommt es immer wieder zu Masernausbrüchen und es gelingt nicht, die Masern zu eliminieren, da nicht genügend Menschen entweder natürlich immun oder ausreichend (2x) geimpft sind. Die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) zur Masernimpfung sind den niedergelassenen Ärzten und der Bevölkerung trotz großangelegter Informationskampagnen (z. B. durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): „Deutschland sucht den Impfpass“) häufig nicht bekannt und werden daher nicht in ausreichendem Maße umgesetzt. Insbesondere schwierig zu erreichen bzw. motivieren für eine Masernimpfung ist die Zielgruppe der 15- bis 45-jährigen Menschen. Es fehlt an einer wirkungsvollen Strategie zur erfolgreichen Umsetzung der seit Jahren bestehenden Impfempfehlungen und der angestrebten Eliminierung der Masern in Deutschland.

Material und Methode

Ziel dieser Initiative ist es, in einer wirksamen Weise die Kenntnis zur Impfempfehlung gegen Masern in den Zielgruppen zu erhöhen, die Bereitschaft zur Impfung deutlich zu steigern und die Impfquoten, zunächst regional auf Hamburg St. Pauli beschränkt, auf ein höheres oder ausreichendes Niveau zu bringen. Dazu haben wir

den FC St. Pauli als Partner gewonnen, der regional und überregional in der relevanten Zielgruppe ein hohes soziales und sportliches Ansehen genießt. Dieser Partner steigert die Bereitschaft zur Masernimpfung bei der Zielgruppe durch Kopplung der Impfung jedes Einzelnen mit einem konkreten und definierten sozialen Projekt. Der FC St. Pauli fördert über die Plattform 'Kiezhelden' (www.kiezhelden.com) verschiedene gemeinnützige Projekte sowohl lokal, regional als auch überregional.

Als Pilotprojekt ist geplant, anlässlich eines Heimspiels des FC St. Pauli eine Impfstelle einzurichten, in der Masernimpfungen durchgeführt werden können. Die Impfungen sollen im Rahmen dieser Aktion erfolgen zugunsten des Kiezhelden-Projektes von Viva con Agua de Sankt Pauli (sauberes Wasser für die Welt; www.vivaconagua.org), indem pro Impfung eine gewisse Summe (mindestens ein Euro) aus den ärztlichen Erlösen diesem sozialen Projekt zukommt. Weitere Spenden werden vor Ort im Rahmen der Aktion eingeworben. Der Gesundheitspartner des FC St. Pauli, die Techniker-Krankenkasse, hat ihre Unterstützung angeboten. Verschiedene medizinische Institutionen und Arztpraxen können sich daran beteiligen, die Impfungen durchführen. Hierfür hat es erste Zusagen gegeben.

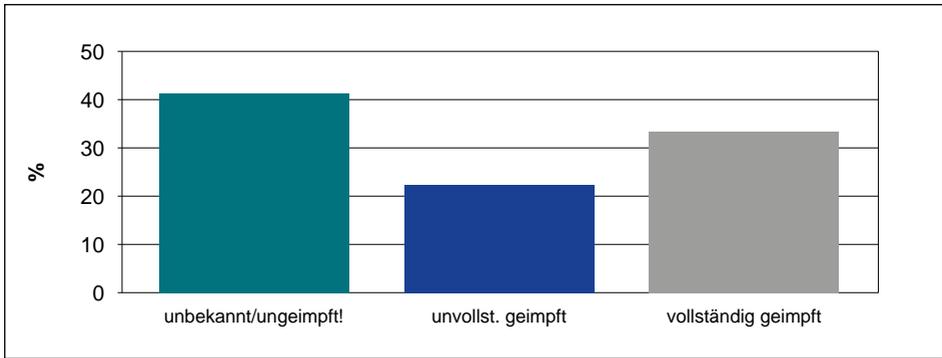


Abb. 1: Masern-Impfstatus; n = 1.013, 51 % weiblich, Alter: 1-93 Jahre (M = 34)

Schlussfolgerung

Die Steigerung der Impfquoten durch Kopplung der Masernimpfung mit regionalen und/oder überregionalen sozialen Projekten namhafter lokaler Unterstützer ist ein vielversprechender Ansatz, um die Masern zunächst regional zu eliminieren. Ausgehend von regionalen Erfolgen kann diese Impfstrategie auf weitere Regionen übertragen werden. Konkrete Schritte zur Umsetzung der Initiative und zu den erzielten Ergebnissen wurden auf der 4. NIK in Berlin vorgestellt. Zum Inhalt des Posters gehörten u. a.

Masern bleiben in Deutschland endemisch (> 2.000 Fälle in 2015)

Für die seit längerem angestrebte Elimination der Masern in Deutschland reicht die Immunität in der Bevölkerung nicht aus. Die Strategien zum Erreichen dieses gesundheitspolitischen Zieles sind bislang nicht erfolgreich und werden es auch in der Zukunft nicht sein, da in der Zielgruppe der 18- bis 45-Jährigen keine ausreichende Motivation zur Impfung gegen Masern

besteht. Eine aktuelle Erhebung im Impfzentrum ICR auf Hamburg St. Pauli (Mai-Juni 2015) ergab, dass nur etwa ein Drittel der (impfwilligen) Kunden in einem Hamburger reisemedizinischen Impfzentrum entsprechend der STIKO-Empfehlungen vollständig gegen Masern geimpft war (s. Abb. 1). Großangelegte Aufklärungskampagnen und Plakataktionen der letzten Jahre haben nicht zu einer Reduktion der Inzidenz an Masernerkrankungen geführt.

Gegen Masern impfen – für einen guten Zweck

Mit Unterstützung durch den FC St. Pauli ist geplant, am Millerntor-Stadion vor, während und nach einem Heimspiel eine Impfkaktion durchzuführen, um die Zielgruppe der 20- bis 45-Jährigen zur Masernimpfung zu erreichen. Der FC St. Pauli will die Aktion über seine sozialen Netzwerke bewerben und die Fans z.B. durch eine Autogramm-Stunde der Spieler motivieren.

Die Motivation der Zielgruppe soll weiter erhöht werden, indem die Aktion mit einer Förderung



der Kiezhelden, der sozialen Plattform des FC St. Pauli, verknüpft wird. Die Kiezhelden unterstützen kreative soziale Projekte im Stadtteil St. Pauli, aber auch regional und überregional. Unter anderem unterstützen die Kiezhelden die Arbeit von Viva con Agua, einem Verein aus St. Pauli, der sich für einen Zugang zu sauberem Trinkwasser in aller Welt einsetzt.

Die Förderung der sozialen Projekte der Kiezhelden erfolgt einerseits durch eine Spende aus den ärztlichen Einnahmen, welche das Impfzentrum ICR zur Verfügung stellt, und andererseits durch das Einwerben weiterer Spenden im Rahmen der Aktion. Die Impfungen sind für die zu impfenden Personen kostenfrei

(Standardimpfung der GKV). Informationsmöglichkeiten und ärztliche Beratungen flankieren die Aktion, welche in die Impfkampagne der Landeskonferenz Versorgung der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) in Hamburg integriert werden soll. Diese wird im September 2015 stattfinden.

Dass eine solche Impfaktion angenommen würde, zeigt das Ergebnis einer weiteren Erhebung, die im Impfzentrum durchgeführt wurde. Befragt danach, ob die Bereitschaft bestehe, sich bei einem derartigen Event impfen zu lassen, antworteten rund 55 % der 76 Befragten, sie würden dies – ggf. nach einer ärztlichen Beratung – tun (Abb. 2).

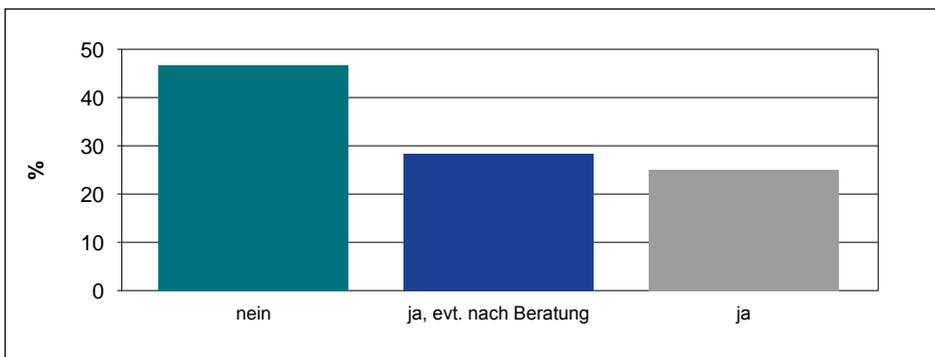


Abb. 2: Erhebung zur Frage: „Würden Sie sich ggf. bei Events impfen lassen, wenn es angeboten wird“; n = 76

Einfluss der Zentralen Einladung zur J1 in Brandenburg auf die Durchimmunsierung von Jugendlichen

G. Ellsäßer

Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, Gesundheit, Zossen

Fragestellung

Welche Wirkung zeigt die gesetzlich festgelegte landesweite Zentrale Einladung zur J1 (seit 2008 eingeführt)¹ auf die Durchimmunsierung von Zehntklässlern bzw. Schulabgängern?

Methoden

Folgende Methoden wurden verwendet:

- deskriptive epidemiologische Analyse von Trenddaten der Inanspruchnahme der J1 auf der Basis der Dokumentation der jugendärztlichen Untersuchung der Zehntklässler bzw. Schulabgänger durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst seit gesetzlicher Einführung einer landesweiten zentralen Einladung u. a. zur J1 in 2008,
- Untersuchung des statistischen Zusammenhangs zwischen der Wahrnehmung der J1 und einer vollständigen Durchimmunsierung (bezogen auf vorgelegte Impfausweise) auf der Basis der STIKO Empfehlung mit Fokus auf Auffrischimpfungen (einmal Pertussis bzw. einmal Polio, zweimal Diphtherie/Tetanus),
- Nachholungen von Impfungen (Men C-Impfung, zwei MMR-Impfungen sowie HPV-Grundimmunsierung bei Mädchen).

Ergebnisse

Seit Einführung des landesweiten Zentralen Einla-

dungs- und Rückmeldewesens zu den Früherkennungsuntersuchungen (U6, U7, U7a, U8, U9 und J1) in 2008 haben sich die Raten der Inanspruchnahme der J1 bis zum Jahr 2014 mehr als verdoppelt (Anstieg von 23,8 % (n = 4.496) auf 55,3 % (n = 8.570)). In 2014, wie auch in den Jahren davor, zeigte sich ein hoch signifikanter Zusammenhang ($p < 0,01$) zwischen der wahrgenommenen J1 und den höheren Durchimmunsierungsraten für die 1. Auffrischimpfung gegen Pertussis (87,0 % vs. 74,7 %) bzw. Polio (76,6 % vs. 64,0 %) und die 2. Tetanus- und Diphtherie-Auffrischimpfung (78,9 % vs. 62,6 %), die nachzuholende Men C-Impfung (83,4 % vs. 66,3 %), die zweimalige MMR-Impfung (96,0 % vs. 92,6 %) und die HPV-Grundimmunsierung bei Mädchen (51,9 % vs. 37,3 %).

Diskussion

Das Zentrale Einladungs- und Rückmeldewesen zur J1 hat nachweislich zu einer markanten Steigerung der Inanspruchnahme der J1 beigetragen, die in Brandenburg vor der gesetzlichen Einführung des Verfahrens im Jahr 2008 nur knapp über 20 % lag. Mit der Einbeziehung der J1 in eine systematische und zentrale Einladung von Anfang an hat das Land Brandenburg bisher eine Alleinstellung im Bundesgebiet. Im Rahmen des Vorsitzes der Gesundheitsministerkonferenz in 2013 wies Brandenburg auf diese positive Wirkung hin und empfahl den Ländern, eine Aufnahme der J1 in ihre Verfahren zu prüfen.

Informationen zum Impfen – ein Impfhindernis oder nachvollziehbar?

J. Fridrich

Libertas & Sanitas e.V. – Forum für Impfproblematik, Gesundheit und eine bessere Zukunft, Sevenich

Fragestellung

Sind solche Informationen von Impfungen befürwortenden Fachleuten schlüssig und damit eine geeignete Grundlage für eine Impfentscheidung bei Ärzteschaft und (kritischer) Bevölkerung?

Methodik

Analyse von grundsätzlichen Aussagen durch deutsche Impfpexperten (z. B. STIKO), aus den Bundesinstituten RKI und PEI (Bundesgesundheitsblatt und Epidemiologisches Bulletin), von WHO und internationalen Fachleuten.

Ergebnisse

Die Aussagen zu Nutzen und Risiken ergeben ein sehr heterogenes Bild. Es zeigt sich, dass weltweit wesentliche Wissenslücken bestehen. Deutliche Widersprüche finden sich in den Aussagen verschiedener Experten, zum Teil sogar innerhalb der Gremien bzw. Institutionen.

Diskussion

Die gesammelten Informationen ermöglichen weder der breiten Bevölkerung noch der Ärzteschaft oder gar Impfungen kritisch gegenüberstehenden Menschen, eine ausreichend begründete Impfentscheidung zu treffen. Ohne

auf wissenschaftlichen Beweisen fußende Daten erscheint es schwierig, den Sinn höherer Impfraten zu vermitteln und umzusetzen. Dies stellt ein nicht vernachlässigbares Impfhindernis dar. Auch ist zu beachten, dass zwischen medizinisch und juristisch wünschenswertem Informationsgehalt eine Diskrepanz besteht. Wer dem Impfgedanken nicht schaden will, informiert anders als jemand, der eine informierte Entscheidung ermöglichen will. Letzteres ist zweifelsohne unserem demokratischen System geschuldet. Die Psychologie als Faktor bei der Entscheidungsfindung ist nicht zu vernachlässigen. Sachlich begründete Kritik beim Impfen steht dabei allerdings nicht zur Disposition. Wissenschaftlicher Fortschritt wird so auch in diesem Bereich erst möglich.

Schlussfolgerung

Die Ursachen für die Widersprüche in den Aussagen der Impfungen befürwortenden Experten sind zu klären. Dazu müssen diese zunächst objektiv wahrgenommen werden. Durch geeignete Untersuchungen und Aktivitäten sind Wissenslücken zu schließen. Dann ist auch die Basis geschaffen, um mit sachlicher Kritik impfkritischer Menschen lösungsorientiert umzugehen. Deren Einwände speisen sich regelmäßig aus widersprüchlichen Aussagen auf der Pro-Seite. Der juristische Aspekt der informierten Entscheidung auch vor Impfungen dürfte allen

Beteiligten klar sein. Für weiteren Klärungsbedarf ist der Bundesgesundheitsminister, Herr Gröhe, kraft seines beruflichen Hintergrundes als Jurist der geeignete Ansprechpartner, besonders auch für die Angehörigen der für das Impfen wesentlichen Bundesinstitute.

Redaktionelle Anmerkung

Libertas & Sanitas gehört zu den Impfgegnern. Ihre These ist, dass der Rückgang der impfpräventablen Krankheiten nicht auf Impfungen zurückzuführen sei. Die Wirksamkeit der Impfungen sei nie nachgewiesen.

Literaturverzeichnis

[1] Gesetz zur Neuregelung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Krankenhausplanung vom 23. April 2008 (GVBl. I S. 95), geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 15. Juli 2010 (GVBl. I Nr. 28) Artikel 1: Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg, Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz – BbgGDG

Impfempfehlungen im Arztbrief

P. Salavati, J. Glasmacher, S. Krane, L. Sanftenberg, J. Schelling
Institut für Allgemeinmedizin, München

Fragestellung

Eine kritische Auseinandersetzung und Sensibilisierung der klinisch tätigen Ärzte und Hausärzte mit dem Thema Indikationsimpfungen bei chronisch Kranken ist dringend notwendig, betrachtet man die niedrigen oder auch nicht bekannten Impraten der betroffenen Patienten. Kliniken spielen im Impfprozess eine oft untergeordnete Rolle, während ihnen eine wichtige Rolle in der Versorgung chronisch kranker Patienten zufällt.

Durch die Aufnahme von Impfempfehlungen in den Entlassungsbrief werden klinische Ärzte in den Impfprozess und die Folgebehandlungen chronisch Kranker aktiv miteinbezogen. So wird diesem Thema mehr Aufmerksamkeit zuteil und zugleich werden die Hausärzte regelmäßig über die aktuell notwendigen Impfungen eines jeden Patienten unterrichtet.

Im Rahmen dieser Studie haben wir die Praktikabilität von Impfempfehlungen im Entlassungsbrief untersucht und die jeweiligen Einstellungen der klinischen Ärzte und Hausärzte gegenüber diesen Empfehlungen und Impfen im Allgemeinen untersucht.

Material und Methoden

Es wurden 599 Anfragen an die Direktionen der bayrischen Lehrkrankenhäuser und Unikliniken

versandt, in welchen wir um Mithilfe zur Studie durch das Anfügen von Impfempfehlungen im Entlassungsbrief chronisch Kranker baten. Hierfür entwickelten wir eine Übersichtstabelle und freie Textbausteine basierend auf den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) für chronisch Kranke, die individuell in den Arztbrief eingefügt werden konnten.

Um einen Überblick über die Standpunkte klinischer und niedergelassener Ärzte bezüglich der STIKO-Empfehlungen und des Nutzens von Impfempfehlungen im ärztlichen Entlassungsbrief zu bekommen, wurde zusätzlich je ein Bewertungsbogen für die entsprechende Leitung der klinischen Abteilung und den Hausarzt beigefügt.

Ergebnisse

19 klinische Abteilungen nahmen an der Studie teil, der Anteil der Hausärzte ist aufgrund des Studiendesigns nicht bestimmbar. Die Bewertungsbögen zeigten, dass die Mehrheit der Ärzte (81,3 % der klinisch tätigen Ärzte und 88,5 % der niedergelassenen Hausärzte) die Impfempfehlungen im Arztbrief als sinnvoll betrachtet und 86,3 % der Hausärzte bereit sind, diese Empfehlungen auch umzusetzen.

Diskussion

Die Hauptverantwortlichkeit im Impfprozess

liegt klar bei den Hausärzten, jedoch möchten viele klinische Ärzte die Aufmerksamkeit auf dieses Thema in ihren Abteilungen erhöhen. Die geringe Rücklaufquote der an die Klinikdirektionen versandten Fragebögen zeigt die Schwierigkeit bei der praktischen Implementierung der Impfeempfehlungen im Arztbrief. So ist eine hohe Motivation, ein starkes Interesse am Thema Impfen als Präventionsleistung und ein erhöhter personeller und zeitlicher Aufwand unabdingbar für eine erfolgreiche Integration in den Arbeitsfluss der klinischen Abteilungen.

Schlussfolgerung

Die Integration der klinischen Ärzte in den Impfprozess durch eine standardisierte Implementierung von Impfeempfehlungen im Entlassungsbrief stellt eine sinnvolle Erweiterung der klinischen Verantwortung gegenüber chronisch kranken Patienten dar. Durchimpfungsraten könnten so schnell und einfach erhöht werden, da sie eine wichtige Informationsquelle für die Hausärzte darstellen.

Masernausbruch in Berlin 2014/2015 – Effektivität von postexpositionellen Impfmaßnahmen in Asylbewerberunterkünften

A. Hoffmann¹, K. Hentschel², D. Sagebiel², D. Werber²

¹Landesamt für Gesundheit und Soziales, Infektionsepidemiologie, Berlin
und Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie (PAE) am Robert Koch-Institut, Berlin
und European Programme for Intervention Epidemiology Training, ECDC, Sweden,

²Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin, Infektionsepidemiologie, Berlin

Fragestellung

Seit Oktober 2014 findet in Berlin ein Masernausbruch statt, der sich zunächst vornehmlich in Asylbewerberunterkünften ausbreitete. Entsprechend den STIKO-Empfehlungen sollen postexpositionelle Impfungen (Riegelungsimpfungen) möglichst innerhalb von 72 Stunden nach Kontakt zu einem Erkrankten in Gemeinschaftseinrichtungen durchgeführt werden. In Berlin werden diese durch die Gesundheitsämter der Bezirke durchgeführt. Ziel der Untersuchung war die Evaluierung der Umsetzbarkeit der STIKO-Empfehlung im Hinblick auf die zeitnahe postexpositionelle Impfung. Zudem wurde erfasst, wie viele Asylbewerber im Rahmen einer postexpositionellen Maßnahme erreicht werden konnten.

Material und Methode

Wir analysierten Meldedaten sowie durch die Gesundheitsämter erhobene Daten zu Asylbewerberverfahren und Herkunftsland im Zeitraum von Oktober 2014 bis Ende Februar 2015. Als Masernfall im Rahmen dieses Ausbruchs wurde jeder seit dem 03.10.2014 in Berlin ge-

meldete und an die Landesstelle übermittelte Masernfall gewertet, der der Surveillance-Referenzdefinition entsprach. Zur Beschreibung der postexpositionellen Impfmaßnahmen wurden Daten zu Zeitpunkt (Median mit Quartilsabstand = IQR) und Zahl durchgeführter Impfungen sowie gemeldeten Asylbewerbern je Unterkunft ausgewertet. Als Näherungswert für den Zeitpunkt eines Kontaktes zu einem Fall wurde entsprechend der STIKO-Empfehlungen der Zeitpunkt des Erkrankungsbeginns des ersten Falles einer Unterkunft angenommen.

Ergebnisse

Bis zum 21.06.2015 wurden 1.285 Masernfälle aus allen Bezirken Berlins übermittelt. Die Altersspanne lag zwischen < 1 Monat und 77 Jahren, Median 16 Jahre (IQR 4-29 Jahre), 55 % der Fälle waren männlich. Bis Ende Februar handelte es sich bei 99 von 325 (30 %) Fällen mit vorliegender Information um Asylbewerber aus 32 Asylbewerberunterkünften. Postexpositionelle Impfmaßnahmen wurden vom 14.11.2014 bis 17.02.2015 durchgeführt (Daten von 18 Unterkünften). Die Zeit zwischen dem Erkrankungsbeginn des ersten Falles und

der Impfmaßnahme betrug im Median 7,5 Tage (IQR 6/10). Die Zeit von der Meldung an das Gesundheitsamt bis zur Impfmaßnahme betrug im Median 2 Tage (IQR 0/6). Die Zeit von Erkrankungsbeginn bis Meldung an das Gesundheitsamt betrug im Median 4 Tage (IQR 3/8). Es wurden 47 % (1.133/2.390; Spanne 31 %-80 %) der in der Unterkunft gemeldeten Personen geimpft.

Diskussion

Die postexpositionellen Impfmaßnahmen konnten überwiegend innerhalb von zwei Tagen nach Meldung eines Falles an die Gesundheitsämter durchgeführt werden. Allerdings beträgt bereits die Zeit vom Erkrankungsbeginn bis zur Meldung an das Gesundheitsamt im Median vier Tage. Daher wurden postexpositionelle Impfmaßnahmen mit einem Median von 7,5 Tagen durchgeführt – weit über den empfohlenen 72 Stunden nach Kontakt zu einem Masernerkrankten. Eine stringente Umsetzung der STIKO-Empfehlung ist damit in der Praxis kaum möglich. Zudem wurden weniger als 50 % der potentiellen Kontaktpersonen geimpft, wodurch eine effektive Durchführung von Riegelungsimpfungen verhindert wird.

Schlussfolgerung

Im Sinne des vorsorglichen Infektionsschutzes sollte für Asylsuchende ein unverzüglicher Zugang zu Masernimpfungen, beispielsweise bereits bei Antragstellung oder in der Erstaufnahmeeinrichtung, sichergestellt werden.

Kann die gesetzliche Verpflichtung die Impfbuchvorlagerate steigern? Ergebnisse der Evaluation der Impfbuchvorlagepflicht in Bayern anhand von Daten der Schuleingangsuntersuchung und der Impfbuchdurchsicht in den 6. Klassen

G. Hölscher¹, M.-S. Ludwig², T. Schneider¹, R. Schulz¹, C. Klinc³, R. Fischer³,
U. Nennstiel-Ratzel¹, W. Hierl³, B. Liebl¹

¹Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim

²Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Erlangen

³Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, München

Hintergrund

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung werden die auditiven, visuellen, motorischen und sprachlichen Fähigkeiten bei allen Vorschulkindern eines Jahrgangs im Hinblick auf eine erfolgreiche Teilnahme am Unterricht getestet. Des Weiteren wird die Teilnahme an den U-Untersuchungen überprüft. Anhand der mitgebrachten Impfbücher wird der Impfstatus der Kinder kontrolliert und eine entsprechende Impfberatung mit den Eltern durchgeführt. Bei der Impfbuchdurchsicht in den 6. Klassen werden die Impfbücher ebenfalls auf fehlende bzw. anstehende Impfungen durchgesehen und die Eltern entsprechend informiert. Um eine gezielte Impfberatung bei möglichst allen Vorschülern bzw. Sechstklässlern und deren Eltern zu ermöglichen, wurde im Rahmen der bayerischen Impfstrategie zum 01.01.2013 eine Änderung des Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes (Art. 14 Abs. 5 Satz 8 GDVG) eingeführt: Demnach sind vorhandene Impfdokumente der Kinder bei der Schuleingangsuntersuchung und bei weiteren schulischen Impfberatungen durch die Personensor-

geberechtigten verpflichtend vorzulegen. Diese auf drei Jahre befristete Regelung soll in dieser Zeit evaluiert werden.

Methoden

Mitarbeiter der 77 bayerischen Gesundheitsämter führen die Schuleingangsuntersuchungen bei insgesamt ca. 110.000 Vorschulkindern durch und übermitteln die anonymisierten Daten zur jährlichen Auswertung an das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL). Seit dem Schuljahr 2009/10 sind die Gesundheitsämter in Bayern zudem aufgerufen, in allen 6. Klassen flächendeckend Impfbuchkontrollen durchzuführen. Die jährliche Auswertung der anonymen und auf Landkreis-Ebene aggregierten Daten erfolgt im LGL. Der Untersuchungsjahrgang 2013/2014 ist der erste vollständige Jahrgang, bei dem die Impfbuchvorlagepflicht zur Anwendung kam. Zur Evaluation der Impfbuchvorlagepflicht wird die Impfbuchvorlagerate des Untersuchungsjahres 2013/2014 mit den Ergebnissen der beiden Vorjahre verglichen. Die Impfbuchvorlagerate wird bestimmt als Quotient aller vorgelegten Impf-

bücher zu allen (aufgerufenen) Kindern eines (Schul-)Jahrgangs.

Ergebnisse

Die Auswertung der Schuleingangsdaten zum Untersuchungsjahrgang 2011/2012 ergab eine Impfbuchvorlagerate von 92 % für ganz Bayern. Regional schwankten die Raten zwischen 74 % und 97 %. Die Ergebnisse für die Untersuchungsjahrgänge 2012/2013 und 2013/2014 liegen bei Abstracterstellung noch nicht vor. Die Impfbuchvorlagerate in den 6. Klassen betrug in Bayern im Durchschnitt im Untersuchungsjahr 2011/12 54 %, 2012/13 64 % und 2013/2014 75 %. Detaillierte Ergebnisse zur Evaluation der Impfbuchvorlagepflicht wurden auf einem Poster bei der 4. Nationalen Impfkongferenz präsentiert.

Ausblick

Sollte die Evaluation sowohl bei der Schuleingangsuntersuchung wie auch bei der Impfbuchdurchsicht in den 6. Klassen einen Vorteil für eine flächendeckende Impfberatung zeigen, wird die unbefristete Fortführung der gesetzlich verankerten Impfbuchvorlagepflicht angestrebt.

Modellbasierte Abschätzung der ökonomischen Auswirkungen von Impfstrategien gegen Varizellen und Herpes zoster

O. Damm¹, J. Horn², B. Ultsch³, M. Kretzschmar⁴, R. Mikolajczyk²,
A. Siedler³, F. Weidemann³, O. Wichmann³, W. Greiner¹

¹Universität Bielefeld, Bielefeld

²Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung, Braunschweig

³Robert Koch-Institut, Berlin

⁴UMC Utrecht, Utrecht, Niederlande

Fragestellung

Das Varizella-Zoster-Virus (VZV) verursacht zwei impfpräventable Erkrankungen: Varizellen und Herpes zoster (HZ). Die Varizellenimpfung wird in Deutschland seit 2004 für alle Kinder empfohlen; bislang existiert jedoch keine deutschlandweite HZ-Impfempfehlung. Es besteht die Hypothese, dass der Kontakt zum Wildvirus die VZV-spezifische Immunabwehr stärkt und infolgedessen die Reaktivierung hemmt (exogene Boosterung). Daher könnte die Impfung gegen Varizellen aufgrund der verminderten Wildviruszirkulation zu einer erhöhten HZ-Inzidenz in Deutschland führen. Zwar stützen mehrere Studien diese Hypothese, unklar ist jedoch das Ausmaß der Boosterung. In der vorliegenden Arbeit wurden die ökonomischen Auswirkungen unterschiedlicher VZV-Impfstrategien in Deutschland analysiert:

- Einführung der HZ-Impfung (mit und ohne Fortführung der Varizellenimpfung),
- Beendigung des derzeitigen Varizellenimpfprogramms.

Material und Methode

Die gesundheitsökonomische Evaluation basiert auf einem dynamischen VZV-Transmissionsmodell, das die altersspezifische Häufigkeit von Varizellen- und HZ-Erkrankungen infolge der verschiedenen Impfstrategien in Deutschland über einen Zeitraum von 100 Jahren simuliert. Für die Varizellenimpfung (primäres Impfversagen bei 4 % der geimpften Personen) wurde auf Basis der Modellkalibrierung eine Wirksamkeit von 90 % (1. Dosis) bzw. 95 % (2. Dosis) angenommen. Die Wirksamkeit der HZ-Impfung variierte altersspezifisch zwischen 13,22 % und 69,8 %. In der Basisfallanalyse erfolgte die Impfung gegen HZ mit 60 Jahren; die durchschnittliche Schutzdauer der HZ-Impfung betrug 12 Jahre.

Die Berechnung der Kosteneffektivität erfolgte aus der Perspektive der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), bei der nur erstattungsfähige direkte Kosten berücksichtigt wurden, sowie aus der gesellschaftlichen Perspektive, in die zusätzlich auch indirekte Kosten in Form von Arbeitsausfallkosten einfließen. Zur Ermitt-

lung der direkten Behandlungskosten der Varizellen, des HZ und der postherpetischen Neuralgie (PHN) wurde eine Sekundärdatenanalyse mit GKV-Routinedaten durchgeführt. Die Impfstoffpreise wurden der Lauer-Taxe entnommen. Die verwendeten Impffhonorare stellen jeweils den Mittelwert der deutschlandweit variierenden Vergütungen dar. Die indirekten Kosten wurden auf Basis von Arbeitsunfähigkeitsdaten und nationalen Statistiken berechnet. Alle Kostendaten entsprechen dem Preisniveau des Jahres 2013.

Die altersspezifischen Lebensqualitätsdaten zur Berechnung von Nutzwerten (qualitätskorrigierte Lebensjahre, QALYs) wurden aus bestehenden Modellen (Varizellen: 0,73 bis 0,95 für 7 Tage) und einer EQ-5D-basierten Studie (HZ: 0,60 bis 0,68 für 1 Monat; PHN: 0,64 bis 0,725 für 9 Monate) entnommen. Alle Kosten und Gesundheitseffekte wurden mit einer Diskontierungsrate von 3 % pro Jahr diskontiert. Die Evaluation sämtlicher Impfstrategien erfolgte jeweils mit und ohne Annahme, dass der Kontakt zu Varizellenerkrankten die individuelle HZ-Immunabwehr boostert (exogene Boostierung). Als Vergleichsszenario diente jeweils die aktuelle Zwei-Dosen-Varizellen-Impfempfehlung.

Ergebnisse

In der Basisfallanalyse führte die zusätzliche Einführung der HZ-Impfung bei Annahme einer exogenen Boostierung aus gesellschaftlicher Perspektive zu einem inkrementellen Kosteneffektivitätsverhältnis (ICER) von 50.978 Euro je qualitätskorrigiertem Lebensjahr (QALY); ohne Berücksichtigung einer exogenen Boostierung

lag das ICER bei 47.720 Euro je QALY. Die Einnahme der GKV-Perspektive führte zu etwas höheren ICERs (55.490 bzw. 51.350 Euro je QALY). Sensitivitätsanalysen zeigten hinsichtlich der Kosteneffektivität der HZ-Impfung insbesondere eine Abhängigkeit vom Impfalter und der Schutzdauer. Bei einem Impfalter von 50 Jahren stieg das ICER über 70.000 Euro je QALY; bei einem Impfalter von 70 Jahren sank das ICER unter 40.000 Euro je QALY. Bei der Annahme einer lebenslangen Schutzdauer der HZ-Impfung lag das ICER aus gesellschaftlicher Perspektive unter 20.000 Euro je QALY. Zu weiteren wichtigen Einflussfaktoren gehörten die Höhe der Diskontierungsrate, das Ausmaß der Lebensqualitätsverluste, die PHN-Dauer sowie die Höhe der Impfkosten.

Die Beendigung des Varizellen-Impfprogramms (mit und ohne Einführung der HZ-Impfung) führte bei Annahme der exogenen Boostierung sowohl zu Kosteneinsparungen als auch zu QALY-Gewinnen. Wurde hingegen davon ausgegangen, dass eine exogene Boostierung nicht existiert, führte das Aussetzen des Varizellen-Impfprogramms (mit und ohne Einführung der HZ-Impfung) neben Kosteneinsparungen jedoch auch zu QALY-Verlusten. Die entsprechenden Kosteneinsparungen je verlorenem QALY lagen ohne Einführung der HZ-Impfung bei 20.261 Euro und mit Einführung der HZ-Impfung bei 17.242 Euro.

Schlussfolgerung

Die Beurteilung der Varizellenimpfstrategie aus gesundheitsökonomischer Sicht ist abhängig von der Existenz der exogenen Boostierung, zu deren Ausmaß jedoch noch weiterer For-

schungsbedarf besteht. Die Kosteneffektivität der Einführung der HZ-Impfung in Deutschland (zusätzlich zur Impfung von Kindern gegen Varizellen) wird hingegen kaum von der Existenz einer exogenen Boosterung beeinflusst. Unter Basisfallannahmen (u. a. Impfalter von 60 Jahren, kein lebenslanger Schutz) kann die Einführung der HZ-Impfung mit einem ICER von ca. 50.000 Euro je QALY nach gängigen Maßstäben als grenzwertig kosteneffektiv bezeichnet werden. Aus gesundheitsökonomischer Perspektive liegt das optimale Alter zur Impfung gegen HZ bei ca. 70 Jahren.

Säuglingsimpfung gegen Pneumokokken: Auswirkungen unterschiedlicher Impfschemata auf Vakzineserotypen bedingte invasive Pneumokokken-Erkrankungen (VT-IPD) und nasopharyngeales Trägertum (VT-NPC): systematischer Review

S. Glodny¹, G. Falkenhorst¹, K. Schönberger^{2,3}, T. Harder¹, R. von Kries³

¹Robert Koch-Institut, Infektionsepidemiologie, Berlin

²Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim

³Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin, München

Fragestellung

In Deutschland wurde der Pneumokokken-Konjugatimpfstoff (PCV-7) im Jahr 2001 für Risikogruppen und ab 2006 für alle Kinder mit einem (3+1) Impfschema eingeführt. Die Impfungen erfolgen im Alter von 2, 3 und 4 Monaten, gefolgt von einem Booster im Alter von 11 bis 14 Monaten. Der im April 2009 eingeführte 10-valente Impfstoff wurde im Dezember des gleichen Jahres durch die 13-valente Vakzine (PCV-13) ersetzt. In Deutschland, den USA und einigen weiteren Industrieländern wird mit einem (3+1) Schema geimpft, während z.B. in Großbritannien, Belgien und Skandinavien ein (2+1) Schema umgesetzt wurde (zwei Primärimpfnungen und ein Booster). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob durch einen Wechsel von einem (3+1) Impfschema zu einem (2+1) Schema mit einer schlechteren Impfeffektivität gegen die invasive Pneumokokken-Erkrankung (IPD) zu rechnen ist und wie sich ein Impfschemawechsel auf das nasopharyngeale Trägertum (NPC) auswirkt.

Material und Methode

In den Datenbanken von MEDLINE, PubMed, Embase und denjenigen der Cochrane Collaboration wurde eine zweistufige systematische Literaturrecherche durchgeführt. In einem ersten Schritt wurden Reviews analysiert, welche die Effektivität eines (3+1) und/oder (2+1) Impfschemas bei Kindern unter 5 Jahren untersuchen. Ausgehend von den umfangreichsten Reviews wurden über eine zweite Recherche Studien gesucht, die Ergebnisse zu VT-IPD und VT-NPC in Abhängigkeit von einem (3+1) und/oder (2+1) Schema lieferten. Die vorhandenen Daten wurden mittels Metaanalyse ausgewertet und die Qualität der Evidenz mit Hilfe der GRADE-Methodik bewertet.

Ergebnisse

Durch die systematische Literatursuche wurden insgesamt 26 relevante Publikationen (24 Studien) gefunden: 4 randomisierte kontrollierte Studien (RCTs), eine Kohortenstudie, 5 Fall-Kontrollstudien und 14 Impact-Studien.

19 Studien untersuchten den Endpunkt VT-IPD und 5 Studien die VT-NPC. Die gepoolte Effektivität (RCTs) für VT-IPD lag bei 99 % (95 % CI: 84-100) für das (3+1) Schema und bei 100 % (95 % CI: 80-100) für das (2+1) Schema. Die gepoolte Effektivität (Beobachtungsstudien) lag bei 97 % (95 % CI: 93-99) für das (3+1) Schema und bei 91 % (95 % CI: 81-96) für das (2+1) Schema. Anhand von Impact-Studien aus je 6 Ländern/Provinzen mit (3+1) bzw. (2+1) Schema zeigte sich ein drastischer Rückgang für die VT-IPD Inzidenz unabhängig vom Impfschema innerhalb der ersten Jahre nach Einführung der Vakzine. Die Qualität der verfügbaren Evidenz wurde für die RCTs und die Beobachtungsstudien zu den Endpunkten VT-IPD und VT-NPC jeweils als moderat eingestuft.

Diskussion

Aufgrund der Datenlage wurden vornehmlich Analysen für die Serotypen des PCV-7 durchgeführt. Eine englische Studie zeigte, dass die Verimpfung von PCV-13 und der darin enthaltenen zusätzlichen 6 Serotypen zu einer weiteren Reduktion des nasopharyngealen Trägertums führte. Zwischen dem (3+1) und dem (2+1) Impfschema waren keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Wirksamkeit erkennbar.

Schlussfolgerung

Eine Reduktion der Impfdosen der Pneumokokken-Säuglingsimpfung führt zu keiner Beeinträchtigung der Wirksamkeit der Impfung. Das Impfschema wird vereinfacht, zugleich werden Kosten gespart.

Umsetzung des allgemeinen Impfangebots für Asylbewerber in der Aufnahmeeinrichtung für Asylbegehrende in Trier (AfA Trier)

M. George^{1,2,3}, A. Mund⁴, K. Neukirch⁴, C. Bartz⁵, O. Kunitz⁶, F. Burckhardt³

¹Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie (PAE), Robert Koch-Institut, Berlin

²European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET),

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, Schweden

³Landesuntersuchungsamt Rheinland-Pfalz, Landau

⁴Aufnahmeeinrichtung für Asylbegehrende (AfA), Trier

⁵Gesundheitsamt der Kreisverwaltung Trier-Saarburg, Trier

⁶Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen, Trier

Fragestellung

Die Aufnahmeeinrichtung für Asylbegehrende in Trier (AfA) ist eine Erstaufnahmeeinrichtung für Asylbegehrende (EAE) in Rheinland-Pfalz. Seit Mai 2014 werden allen Asylbegehrenden (AB) die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Impfungen in der AfA Trier in Kooperation mit dem Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen (MB) angeboten. Wir beschreiben die praktische Umsetzung dieses Impfangebots und fassen die Anzahl der geimpften AB und die Kosten hierfür zusammen.

Methode

Wir befragten in unstrukturierten Interviews an der Umsetzung der Impfpflicht beteiligte Mitarbeiter der AfA, des Ministeriums für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen (MIFKJF), des Klinikums MB und des Gesundheitsamts Trier zum Impfprozess.

Die Anzahl der geimpften Asylbewerber und

die Kosten für das Impfangebot ermittelten wir anhand der monatlichen Aufstellungen, die die AfA Trier für die Rechnungserstellung über die von der Klinik MB geleisteten Impfungen und Untersuchungen erstellt.

Ergebnisse

Wir interviewten sechs Personen zum Impfablauf. Im Folgenden beschreiben wir die einzelnen am Impfprozess beteiligten Akteure, den Ablauf und die Kosten.

MEDEUS: medizinische Erstuntersuchung

Der MEDEUS-Dienst besteht aus zwei Krankenschwestern, die 2013 im Rahmen der Einführung des MEDEUS-Projektes, das im Rahmen der Umsetzung der europäischen Richtlinie 2013/33/EU (EU-Aufnahmerichtlinie) geschaffen wurde, eingestellt wurden. Die Richtlinie besagt, dass die spezielle Situation von besonders schutzbedürftigen Personen, z.B. Minderjährigen oder Personen, die Folter oder ähnliches

erlebt haben, erkannt und berücksichtigt werden muss. Die zusätzlichen Krankenschwestern erheben im Rahmen einer Erstanamnese medizinische Probleme neuangekommener AB. Außerdem organisieren sie die Impfaufklärung und den Impftermin (siehe Abbildung).

Kooperation mit externem Krankenhaus

Die AfA kooperiert mit dem Krankenhaus MB, welches Ärzte für die Impftermine und eine Kinderärztin für die Impfung und altersgerechte U-Untersuchung von Kindern zur Verfügung stellt. Die Ärzte führen die Leistungen vor Ort in der AfA durch. Für jede an der AfA durchgeführte Leistung erhält die Klinik monatlich eine Pauschale.

Impfablauf

Mitarbeiter des MEDEUS-Dienstes der AfA laden AB 2-3 Tage nach Ankunft in der AfA schriftlich zur Impfaufklärung ein. Dafür liegen Impfaufklärungsbögen in 11 Sprachen vor. Bei Einverständnis mit der Impfung erhalten AB einen Impftermin und nach erfolgter Impfung wird diese in einen Impfpass eingetragen. Impfungen werden auch in die elektronische Krankenakte der AfA eingetragen, um eine Weitergabe an die Behörden zukünftiger Aufenthaltsorte der AB zu ermöglichen (s. Abb.).

Kosten

Die Impfpauschale beträgt je nach Impfung zwischen 7 und 15 €. Die Pauschale für die U-Unter-

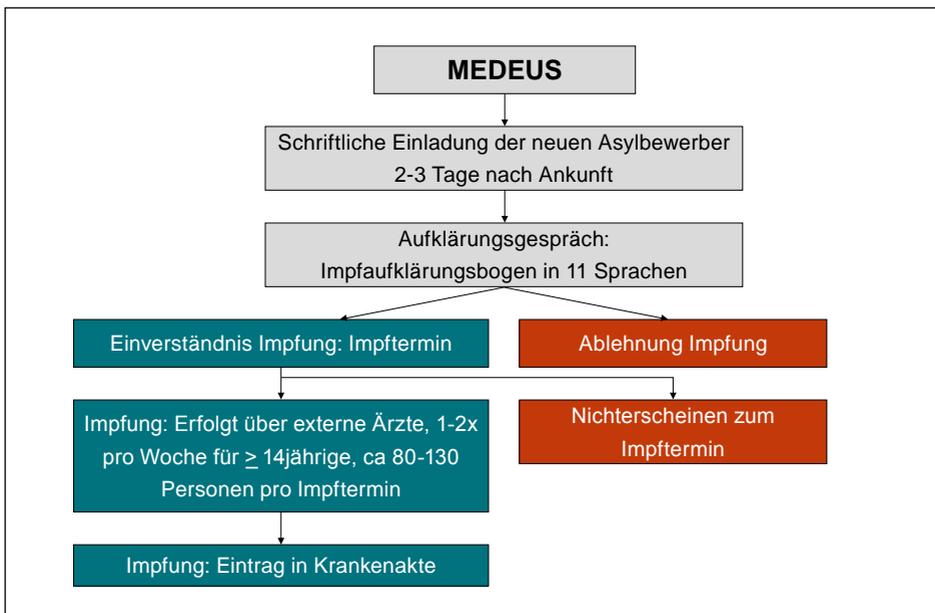


Abb.: Impfablauf für neuangekommene Asylbewerber an der AfA Trier

suchung liegt bei 30 €. Die Kosten der Impfung, des Impfstoffs und der U-Untersuchung werden vom Land Rheinland-Pfalz übernommen. Die Gesamtkosten der U-Untersuchungen und der Impfungen betragen im Zeitraum Mai-Dezember 2014 51.465,49 € (s. Tab.).

Diskussion

Da aufgrund von Personalengpässen mehrere Wochen keine Impftermine angeboten werden konnten, wurden lediglich ca. 30 % der angekommenen AB ≥ 14 Jahren geimpft. Die Information, ob AB mit zwei Impfstoffen gleichzeitig geimpft wurden, stand nicht zur Verfügung. Aufgrund der kurzen Verweildauer von 3-4 Wochen in der AfA kann eine Vervollständigung der Impfung nur am späteren Wohnort erfolgen. Infolge des aktuellen Masernausbruchs wird seit März 2015 eine Bestimmung der Masern-Serologie (> 15 Jah-

ren) vorgenommen. Anschließend erfolgt immunitätsabhängig ein zeitnahes Impfangebot. Weitere Studien müssen zeigen, wie sehr eine frühzeitige Impfung in der Erstaufnahmeeinrichtung die Anzahl von Ausbrüchen impfpräventabler Krankheiten reduziert und aus welchen Gründen AB trotz Angebot nicht geimpft werden.

Schlussfolgerung

In Rheinland-Pfalz erfolgt die Umsetzung des allgemeinen Impfangebots unter anderem durch Einbindung von externem ärztlichem Personal, der zeitlichen Trennung von Impfaufklärung und Impfung und mithilfe von übersetzten Impfaufklärungsbögen.

Das freiwillige Angebot wird von AB gut angenommen und könnte daher als Option für andere Erstaufnahmeeinrichtungen dienen.

	<14	≥14
Impftermine	40	24
Asylsuchende	ca. 1.900	ca. 6.400
Impfdosen	1.006 [#]	2.189 (MMR*: 269; TDPP**: 1920)
Kosten Impfung	9.536,90 €	25.042,70 €
U-Untersuchungen (Kosten)	547 (16.882,89 €)	Nicht zutreffend

Tab.: Auflistung der Impftermine, Impfdosen, U-Untersuchungen und Kosten für den Zeitraum Mai bis Dezember 2014 für AB unter und über 14 Jahren; Erläuterung: [#]Nicht weiter aufgeschlüsselt; *MMR: Mumps Maser, Röteln; **TDPP: Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Polio

HPV-Frauennetzwerk bündelt seit 5 Jahren Expertenwissen zur Erhöhung der HPV-Impfrate

P. Aden¹, G. Ellsäßer², U. Kilian-Zech³, C. Klapp⁴, C. Layer⁴, C. Hösemann⁵,
K. Mann⁶, H. Perlit⁵, H. Roggendorf⁷, N. Vonend⁶

¹Deutscher Akademikerinnenbund, Berlin

²Abteilung Gesundheit im Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg, Potsdam

³Landesarbeitsgemeinschaft Onkologische Versorgung Brandenburg e. V., Potsdam

⁴Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e. V., Hamburg

⁵Berufsverband der Frauenärzte e. V., München

⁶Mann & Vonend GbR, Magdeburg

⁷Impfsprechstunde Zentrum für Prävention, Ernährung und Sportmedizin Klinikum rechts der Isar, München

Fragestellung

Wie kann bei der HPV-Impfung die derzeitige Impfrate von ca. 40 % erhöht werden? Mit welchen Konzepten werden Jugendliche erreicht? Wie können Eltern, Lehrer und die Öffentlichkeit angesprochen werden, damit die HPV-Impfung eine ganz normale Impfung wird?

Die seit 2007 von der STIKO empfohlene HPV-Impfung erlebte in den Jahren 2009/2010 einen dramatischen Absturz. Ursache war die negative Berichterstattung in den Medien und die Publikation eines Manifests von 13 Wissenschaftlern, die bis heute fortwirken.

Material und Methode

Expertinnen aus dem Bereich der Onkologie, des öffentlichen Gesundheitswesens, der ambulanten gynäkologischen Versorgung und aus verschiedenen Organisationen im Gesundheitsbereich sowie selbst Betroffene wollen dieser Negativentwicklung entgegen wirken: sowohl frauenpolitisch als auch mit fundierter

Aufklärungsarbeit. Das gelingt am besten in einem gut organisierten Netzwerk, das regelmäßigen Austausch und gemeinsame Aktionen ermöglicht. Das HPV-Netzwerk zum Schutz vor HPV-Erkrankungen besteht seit 2000.

Ergebnisse:

Die Bilanz des Netzwerks sieht wie folgt aus:

- Veröffentlichung eines Positionspapiers,
- Pressemitteilungen,
- eigene Webseite (www.hpv-netzwerk.de),
- Besuche, Gespräche und Austausch mit Vertretern aus Politik, Wissenschaft, Behörden und Ministerien (Gespräch mit Sibylle Laurischk, MdB, Vorsitzende des Ausschusses Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Besuch bei Prof. Hacker, Präsident der Leopoldina, Austausch mit Verena Lulei, BZgA vom Referat Prävention HIV+STD, Gespräch mit Ingrid Fischbach, Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit),

- eigene Projekte der jeweiligen Teilnehmerinnen des Netzwerkes.

Diskussion

In Deutschland gibt es weder ein nationales Impfprogramm noch Schulimpfungen. Die Erfahrungen aus der DDR zeigen, dass das hilfreich wäre. Die Impfbereitschaft hängt von der individuellen Beratung und vom niedrighschwelligen Zugang ab. Die negative Darstellung in den Medien hat immer noch Nachwirkungen. Auch wird die HPV-Impfung von Müttern und Mädchen als Sexualimpfung wahrgenommen. Häufig wird die Frage gestellt, warum Jungen nicht auch geimpft werden.

Schlussfolgerung

Das HPV-Frauen-Netzwerk fordert die Einbeziehung von Jungen in die Impfung. Darüber hinaus muss eine Brücke von den Kindervorsorgeuntersuchungen zur Jugendgesundheitsuntersuchung J1 gebaut werden. Das gelbe Kindervorsorgeheft ist in diesem Sinne zu verändern. Das E-health-Gesetz sollte die Speicherung der Impfdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte vorsehen. Impfziele für die HPV-Impfung müssen im Präventionsgesetz formuliert werden. Die BZgA kann zur Bekämpfung von HPV-Infektionen Entscheidendes beitragen.

Epidemiologische und ökonomische Implikationen der Impfung gegen Pneumokokken-Erkrankungen bei Erwachsenen in Deutschland – ein Vergleich der verfügbaren Impfstoffe

J. Schiffner-Rohe, S. Schmitter

Pfizer Deutschland GmbH, Health Technology Assessment & outcomes research (HTA&OR), Berlin

Fragestellung

Mit dem 13-valenten Pneumokokken-Polysaccharid-Konjugatimpfstoff (PCV13) steht für Erwachsene seit 2011 in Deutschland neben dem 23-valenten Polysaccharid-Impfstoff (PPSV23) ein zweiter Impfstoff gegen Pneumokokken-Erkrankungen zur Verfügung. Die klinische Wirksamkeit von PCV13 wurde in einer großen klinischen Studie mit rund 85.000 Personen evaluiert. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, die epidemiologischen und ökonomischen Implikationen der beiden Impfstoffe miteinander zu vergleichen.

Material und Methoden

Aufgrund der erforderlich hohen Fallzahl konnten die Auswirkungen der verfügbaren Impfstoffe praktisch und faktisch nicht in einer direkten head-to-head Studie verglichen werden. Daher wird in einem ersten Schritt ein adjustierter indirekter Vergleich der Impfstoffe nach der Methode von Bucher durchgeführt. In einem nächsten Schritt werden die Ergebnisse für die weitere gesundheitsökonomische Betrachtung herangezogen. Der Vergleich erfolgt auf der Basis eines internationalen, bereits in einem peer-reviewed Journal publizierten gesundheits-

ökonomischen Modells, welches hinsichtlich der Fragestellung für Deutschland angepasst wurde.

Ergebnisse

Die identifizierten Studien zu PPSV23 weisen hinsichtlich des Studiendesigns (z.B. Studienpopulationen, Endpunktdefinitionen) deutliche Heterogenitäten auf (s. Abb.). Eine metaanalytische Zusammenfassung der Ergebnisse zur Wirksamkeit der Impfung als Voraussetzung für den indirekten Vergleich ist daher nicht valide. Ein aussagekräftiger indirekter Vergleich der Impfstoffe und damit ein Vergleich der ökonomischen Implikationen ist somit nicht möglich.

Um dennoch Antworten auf die Fragestellung zu geben, werden die Ergebnisse zahlreicher Sensitivitätsanalysen dargestellt (s. Tab 1 und 2).

Diskussion

Direkt vergleichende Effektivitätsstudien sind für Impfstoffe aufgrund der erforderlichen besonders hohen Fallzahlen kaum durchführbar. Auf der anderen Seite sind valide Aussagen zur Effektivität für gesundheitsökonomische Modelle zwingend erforderlich. Sind diese – wie im

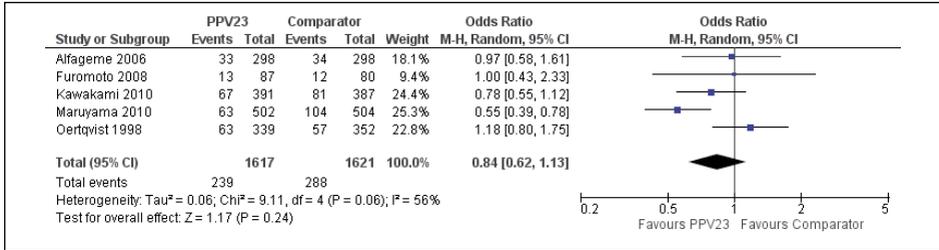


Abb.: Heterogenität der Studienlage zu PPV23

Szenario	VE ¹ von PPSV23 (Immunkompetent/Immunkompetent) ²					Waning
	18-49	50-59	60-64 ⁴	65-74	75-99	
Base case ⁴	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	Nein
SA1	6,1 / 1,4	5,7 / 0,8	5,0 / 0,1	4,4 / 0	3,9 / 0	Ja
SA2	19,4 / 4,4	18,2 / 2,6	16,0 / 0,2	14,2 / 0	12,3 / 0	Ja
SA3	19,4 / 19,4	18,2 / 18,2	16,0 / 16,0	14,2 / 14,2	12,3 / 12,3	Ja
SA4	19,4 / 19,4	18,2 / 18,2	16,0 / 16,0	14,2 / 14,2	12,3 / 12,3	Nein ³

Tab. 1: Szenarien für die Sensitivitätsanalyse

Erläuterungen:

¹ Wirksamkeit (Vaccine efficacy, VE) des Impfstoffs zur Vermeidung einer „Community acquired pneumonia“ (CAP)

² Eigene Berechnung der Wirksamkeit bei Immunkompetenten nach Smith et al.

³ Kein waning für die ersten 15 Jahre nach Impfung

⁴ „Ankerpunkt“ für die Berechnung der Wirksamkeit in den anderen Altersgruppen

	inkrementelle hospitalisierte CAP (pro 100.000)	inkrementelle ambulante CAP (pro 100.000)	inkrementelle Kosten p.P. (€) ²	inkr. Kosten pro gewonnenem Lebensjahr ²
Base case	-96	-134	4	2.203
SA1	-61	-85	5	4.088
SA2	14	22	7	59.129
SA3	77	110	10	Dominiert ³
SA4	485	558	20	Dominiert ³

Tab.2: Ergebnisse der Sensitivitätsanalysen¹

Erläuterungen:

¹ Wirksamkeiten für PCV13 beruhen auf Bonten et al.

² Direkte Kosten (Medizinische Kosten plus Impfstoffkosten); 3 % Diskontierungsrate

³ Dominiert: PPSV23 ist hinsichtlich Kosten und Wirksamkeit PCV13 überlegen

vorliegenden Fall – nicht möglich, kommt den Ergebnissen von Sensitivitätsanalysen besondere Bedeutung zu. Kommen diese nicht zu einheitlichen Ergebnissen, ist bei der Interpretation besondere Vorsicht geboten.

Schlussfolgerung

Eine klare Aussage zum Vergleich ökonomischer Implikationen der Impfstoffe ist nicht möglich. Entsprechende Analysen sind hinsichtlich ihrer Annahmen genau zu hinterfragen.

Literaturverzeichnis

Bonten et al., N Engl J Med 2015; 372: 1114-25
Alfageme et al.; Thorax 2006; 61: 189-195
Furumoto A. et al.; Vaccine 26 (2008); 4284-4289
Kawakami K. et al.; Vaccine 28 (2010); 7063-7069
Maruyama T. et al.; BMJ 2010; 340: c1004
Ortqvist A. et al.; Lancet 1998; 351: 399-403
Smith K. et al.; Vaccine (2008) 26; 1420-1431

„Meet the expert“: Steigerung der Impfmotivation bei Jugendlichen – ein neuer Ansatz

C. Klapp¹, H. Bucher²

¹Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung Berlin e. V. (Gruppe Berlin), Berlin

²Charité Virchow Klinikum Universitätsmedizin Berlin, Berlin

Hintergrund und Fragestellung

Noch nicht einmal die Hälfte aller 9- bis 17-jährigen Mädchen in Deutschland ist gegen Gebärmutterhalskrebs (HPV) geimpft, in Großbritannien und Australien sind es über 80 %. Hier wird eine Chance, Krebs bereits in seiner Entstehung zu vermeiden, noch viel zu oft nicht genutzt. Auch bei anderen wichtigen Impfungen gibt es deutliche Lücken, was sich u.a. aktuell im Rahmen eines Masernausbruchs in Berlin manifestiert.

Sind Jugendliche an ärztlicher Gesundheitsförderung interessiert und motivierbar für (Impf-)Prävention?

Methodik und Projektbeschreibung

In Kooperation mit der Berliner Krebsgesellschaft (BKG e.V.) bietet die Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung (ÄGGF e.V.) in Berlin mit 10 Ärztinnen (H. Eversheim, C. Fernandes, F. Guenther, I. Jousen, C. Klapp, E. Linzbach, T. Rautenberg, R. Speer, M. Wenz, C. Wolff-Bertram) Aufklärung zu Krebserkrankungen und Motivation zur Prävention für Kinder und Jugendliche der Klassenstufen 5-13 (www.aeggf.de).

Dies geschieht in Schulen, ergänzend zur schulischen und elterlichen Sexual- und Gesund-

heitserziehung in 90-minütigen Einheiten als strukturierte ärztliche Informationsstunden mit Impfaufklärung und Impfmotivation (s. Abb. 1). Dazu erklären die Ärztinnen gesundheitliche Zusammenhänge spannend, wertschätzend und diversity orientiert.

Die Thematik ist ganzheitlich und in einen Zusammenhang mit der aktuellen Lebenswirklichkeit der Jugendlichen und ihren vielfältigen Fragen, Unsicherheiten und Sorgen gebracht. Sie ist somit eingebettet in:

- Veränderungen in der Pubertät,
- jugendliche Sexualität,
- Fertilität und Verhütung,
- **sexuell übertragbare Infektionen und ihre Prävention,**
- ersten Besuch beim Frauenarzt / J1 / J2 wahrnehmen,
- **Prinzip Impfung, insbesondere Impfung gegen HPV und Hepatitis,**
- allgemeine Gesundheitsförderung, gesunde Lebensweise,
- **Krebsfrüherkennung, Krebsprävention.**

In der Ärztinnen-Informationsstunde zur Prävention im Rahmen der Sexualerziehung werden 45 Minuten der Krebsprävention gewidmet. Alkohol, Rauchen, schlechte Ernährung, zu viel UV-Licht und eben auch bestimmte Viren etc.

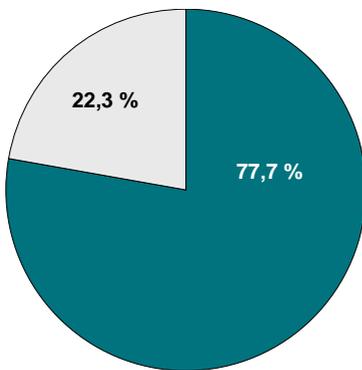
werden als potentielle (Mit-)Ursachen thematisiert und Möglichkeiten der Primärprävention (z.B. Impfung) vorgestellt. Dabei finden HPV-Infektionen und die Krebsprävention durch Impfung als Schwerpunktthema jeweils besondere Aufmerksamkeit.

Ein weiterer Schwerpunkt ist das Erkennen und die Beseitigung von Wissenslücken zu STI (sexually transmitted infections) bei Heranwachsenden, da auch hier Selbsteinschätzung und reales Wissen oft weit auseinanderklaffen.



Abb. 1: Szene aus der Arztstunde

Selbsteinschätzung der Kenntnisse über STI (Frage an Mädchen 9./10. Klassen Gymnasium)



Ergebnis (Wissen): genau spiegelverkehrt
22% sehr gut – befriedigend
78% nicht ausreichend

- „fühle mich sehr gut/gut/befriedigend informiert“
- „fühle mich nicht ausreichend informiert“

Abb. 2: Evaluation in Berlin, Hamburg, Nordrhein-Westfalen; n = 548 Mädchen

Erste Ergebnisse

Interesse und Akzeptanz der Jugendlichen für diese explizit ärztliche, fokussierte, semistandardisierte ergänzende Gesundheitserziehung („meet the expert“) sind außerordentlich hoch. Sie berichten, dass dies ihre Ängste mindert und sie sich dadurch deutlich handlungskompetenter fühlen. Begleitende Informationsabende für Eltern und ggf. Fortbildung für Lehrer/innen ergänzen das Angebot. Im Jahr 2014 wurden nach Start des Projekts von Mai-Dezember in 430 Veranstaltungen bereits mehr als 7.500 Jugendliche erreicht. Die Ergebnisse der Evaluation in Berlin, Hamburg, Nordrhein-Westfalen unter Beteiligung von 548 Mädchen sind in der Abbildung 2 dargestellt. Dabei bewerteten 77,7 % der Teilnehmerinnen die Information als sehr gut bis befriedigend. Umgekehrt stuften 78 % der Teilnehmerinnen ihren Wissenstand als nicht ausreichend ein.

Schlussfolgerung und Ausblick

Rückmeldungen zeigen, dass Schüler/innen sich im Gespräch mit Expertinnen wertgeschätzt, ernst genommen fühlen und sehr offen sind. In den Unterrichtseinheiten werden Wissen und Handlungskompetenz vermittelt, falsche Informationen gerade gerückt, vielfältige Fragen beantwortet und Anlaufstellen für u.a. Impfungen vermittelt. Fast alle Schüler/innen geben an, ihren Impfschutz überprüfen und sich ggf. (nach-)impfen lassen zu wollen. Allerdings bedeutet das Erreichen der Jugendlichen noch nicht, dass auch ihre Einstellung beeinflusst werden konnte.

Wir beabsichtigen, dieses lokal begrenzte Projekt mit Pilotcharakter mit Hilfe unserer Kolleginnen auf weitere 12 Bundesländer auszuweiten.

In einem weiteren Projekt in Berlin zur allgemeinen Impfmotivation bei Jugendlichen in 9. Klassen wird derzeit der Impfstatus vor und nach einer Impfaufklärung ausgewertet.

Dieses Projekt wird in Berliner Schulen auch weiterhin dankenswerterweise von der Berliner Krebsgesellschaft (BKG) e. V. unterstützt.

Impfpass-Kontrolle versus „Selbst-Check“ – Eltern können über die Einschulungsuntersuchungen ihrer Kinder zur eigenen Impfung motiviert werden

J. Schumacher¹, D. Sagebiel², D. Delekat³, J. Ramirez Henao⁴, A. Siedler⁵

¹ Robert Koch-Institut, Fachgebiet Surveillance, Berlin

² Landesamt für Gesundheit und Soziales, Berlin

³ Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Berlin

⁴ Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf von Berlin, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Berlin

⁵ Robert Koch Institut, Berlin

Fragestellung

Wiederkehrende Ausbrüche von impfpräventablen Erkrankungen zeigen, dass der Gesundheitssektor in Deutschland weitere Anstrengungen unternehmen muss, um Impflücken bei Erwachsenen zu schließen (1, 2). Bei Querschnittsuntersuchungen wurden Impflücken bei jungen Erwachsenen nachgewiesen (4). Erwachsene haben ein erhöhtes Risiko für Komplikationen bei bestimmten impfpräventablen Erkrankungen (z. B. Masern). Personen zwischen 18 Jahren und 50 Jahren sind durch das Gesundheitssystem schwer zu erreichen, da sie eher seltener als andere Altersgruppen Arztkontakte haben (5). Unter den jungen Erwachsenen sind besonders Eltern eine wichtige Zielgruppe, denn diese können sich über ihre Kinder mit impfpräventablen Erkrankungen anstecken und haben häufiger Kontakt zu den Säuglingen, die noch zu jung für einen kompletten Impfschutz sind.

Eine Möglichkeit, Eltern gezielt durch qualifiziertes Personal anzusprechen, besteht bei der Einschulungsuntersuchung. Diese ist für jedes Kind

verpflichtend vor Schulbesuch, die Kinder werden dabei meist durch die Eltern begleitet. In den meisten Bundesländern obliegen die Einschulungsuntersuchungen den Gesundheitsämtern.

Ziel unserer Studie war es, die Durchführbarkeit und Wirksamkeit einer Impfstatusüberprüfung der Eltern im Rahmen der Einschulungsuntersuchung zu evaluieren.

Methode

Wir wählten zwei Vorgehensweisen in drei Berliner Bezirken:

1. In Friedrichshain-Kreuzberg wurden die Eltern, die vom 15.03.14 bis 02.07.14 ihre Kinder zur Einschulungsuntersuchung begleiteten, dazu aufgefordert, ihren eigenen Impfpass mitzubringen. Zuvor geschulte medizinische Fachangestellte überprüften den Impfpass der Eltern und dokumentierten den Impfstatus. Wurden bei der Impfpassüberprüfung Lücken festgestellt, wurde den Eltern ein Empfehlungsschreiben zur Impfpass-Kontrolle an den Haus- bzw. Kinderarzt

mitgegeben. Das Schreiben enthielt die Bitte an den Arzt, das Dokument als Beleg an das Gesundheitsamt zu faxen.

2. In Marzahn-Hellersdorf (vom 25.05.14 bis 31.07.14) und Charlottenburg-Wilmersdorf (vom 15.11.2014 bis 31.04.2015) erhielten Eltern, die ihre Kinder zur Einschulungsuntersuchung begleiteten, ein Aufklärungsgespräch durch ärztliche Mitarbeiter über die Wichtigkeit der Impfung der Eltern sowie

einen „Selbst-Check“ (Siehe im Kasten). Dieser beinhaltete vier Fragen zum Impfstatus Erwachsener und endete je nach Antwortkombination gegebenenfalls mit einer Impfpflichtempfehlung. Zusätzlich wurde darum gebeten, eine erfolgte Impfung (Marzahn-Hellersdorf) bzw. die Absicht sich impfen zu lassen (Charlottenburg-Wilmersdorf) zu vermerken und das Dokument mit einem vorfrankierten Briefumschlag an das Robert Koch-Institut zu senden.

Die Fragen des Selbst-Checks:

1. Ich bin gegen Diphtherie geschützt (Ein ausreichender Schutz gegen Diphtherie liegt vor, wenn innerhalb der letzten 10 Jahre eine Impfung dagegen erfolgt ist.)
2. Ich bin gegen Keuchhusten geschützt (Ein ausreichender Schutz gegen Keuchhusten, auch Pertussis genannt, liegt vor, wenn innerhalb der letzten 10 Jahre eine Impfung dagegen erfolgt ist.)
3. Ich bin gegen Tetanus geschützt (Ein ausreichender Schutz gegen Tetanus, auch Wundstarrkrampf genannt, liegt vor, wenn innerhalb der letzten 10 Jahre eine Impfung dagegen erfolgt ist.)
4. Ich bin gegen Poliomyelitis geschützt* (Wenn Sie in Ihrem Leben viermal oder mehr gegen Polio geimpft wurden, gelten Sie als geschützt. Wenn Sie in Ihrem Leben dreimal gegen Polio geimpft wurden, sind Sie möglicherweise geschützt. Dies hängt vom verwendeten Impfstoff ab. Wenn Sie zweimal oder weniger geimpft wurden, sind Sie nicht geschützt.)
5. Ich bin gegen Masern geschützt** (Sie gelten als geschützt gegen Masern, wenn ein Arzt bestätigt hat, dass Sie Masern durchgemacht haben ODER zwei Impfungen gegen Masern erfolgt sind ODER eine Impfung im Erwachsenenalter erfolgt ist ODER in Ihrem Blut Antikörper gegen Masern nachgewiesen wurden ODER Sie vor 1970 geboren sind)
6. Der vollständige Selbst-Check für Erwachsene kann unter dem folgenden Link heruntergeladen werden: <https://zenodo.org/record/18522> (3)

* Diese Frage wurde bei der vorgestellten Studie nicht verwendet. ** Diese Frage wurde in modifizierter Form verwendet (Sie gelten als geschützt gegen Masern, wenn ein Arzt bestätigt hat, dass Sie Masern durchgemacht haben ODER zwei Impfungen gegen Masern erfolgt sind.)

Ergebnisse

Bei den 1.278 aus Friedrichshain-Kreuzberg eingeladenen Eltern haben 434 (34 %) einen Impfpass mitgebracht. Dabei war der Impfstatus bei 331 (76 %) vollständig. Insgesamt wurden 72 Impf-Empfehlungen ausgesprochen. Hierzu erhielten wir 2 (3 %) Rückmeldungen, darunter war eine Person, die eine Impfung angab. Der Aufwand einer Impfpassüberprüfung wurde durch die Arzthelferinnen als hoch eingeschätzt.

An 306 Eltern wurde in Marzahn-Hellersdorf der Selbst-Check mit einer Impfaufklärung ausgeteilt. 33 (11 %) sendeten den Bogen zurück. Von ihnen gaben 27 (82 %) an, vollständig geimpft zu sein. Drei (50 %) der nicht geimpften Personen gaben an, sie hätten sich impfen lassen. Der geschätzte zusätzliche Aufwand für das Gesundheitsamt pro Elternpaar/-teil wurde von den durchführenden Ärzten mit 3 Minuten angegeben.

Von 1.000 ausgeteilten Selbst-Checks in Charlottenburg-Wilmersdorf wurden 129 (13 %) zurück geschickt. 53 (41 %) Personen davon wiesen mindestens eine Impflücke auf, 31 von 53 (58 %) gaben an, sich impfen lassen zu wollen und 14 von 53 (26 %) kreuzten an, sich noch nicht sicher zu sein, ob sie sich impfen lassen wollten. Der geschätzte zusätzliche Aufwand für das Gesundheitsamt pro Elternpaar/-teil wurde von den durchführenden Ärzten mit 2-4 Minuten angegeben.

Diskussion und Schlussfolgerung

Das Einbeziehen des Impfstatus der Eltern bei

der Einschulungsuntersuchung ist eine Möglichkeit, nicht geimpfte Eltern zur Impfung zu animieren. Die gemessenen Impfquoten zeigen einen Impfbedarf an. Eine Überprüfung des Impfpasses mithilfe eines Selbst-Checks ist weniger aufwändig als eine Kontrolle des Impfpasses durch medizinische Fachangestellte. Zur Erreichung des Zieles einer Masern-Elimination wäre eine Impfpass-Kontrolle mit anschließender Impfung sowohl der Kinder als auch der Eltern direkt bei der Einschulungsuntersuchung am sinnvollsten. Aufgrund fehlender Ressourcen ist dieses Ziel jedoch nicht immer erreichbar. Die Einführung einer Selbst-Kontrolle durch einen Selbst-Check verlagert den Aufwand der Impfpass-Kontrolle auf die Eltern und spart damit Ressourcen im Gesundheitsamt.

Eine Impfung aufgrund des Selbst-Checks erfolgte bei mindestens 3 % der angesprochenen Personen in Marzahn-Hellersdorf und Charlottenburg-Wilmersdorf. Wir vermuten, dass der tatsächliche Anteil höher ist, da sich wahrscheinlich auch Eltern ohne Rückmeldung haben impfen lassen.

Ein Nachteil des Selbst-Checks besteht in einer fehlerhaften Durchführung des Selbst-Checks durch die Eltern. Ein Qualitätsvergleich zwischen der Durchführung eines Selbst-Checks und einer Impfpass-Kontrolle durch Fachpersonal könnte weitere Hinweise auf den Stellenwert dieser Methode liefern.

Wir halten einen Selbst-Check zur Impfstatus-Kontrolle für eine einfache und wenig aufwändige Methode, um Impflücken bei Eltern zu schließen und das Thema Impfen ins Bewusstsein der Eltern zu bringen.

Wir empfehlen den Einsatz eines solchen Selbst-Checks bei der Einschulungsuntersuchung oder bei den Früherkennungsuntersuchungen der Kinderärzte.

Literaturverzeichnis

1. Schubert, Hentschel, Simon, Bätzing-Feigenbaum (2013). Epidemiologischer Wochenbericht für die Berichtswoche 45 / 2013 über die im Land Berlin gemäß IfSG erfassten Infektionskrankheiten. Epi -Info. 2013; 45
2. Schubert, Hentschel, Hoffmann, Wendt, Simon, Werber (2015). Epidemiologischer Wochenbericht für die Berichtswoche 26 / 2015 über die im Land Berlin gemäß IfSG erfassten Infektionskrankheiten. Epi -Info. 2015; 26
3. Schumacher J., Sagebiel D., Siedler A.: Impfcheck für Erwachsene (2015)
4. Poethko-Müller C., Schmitz R. (2013). Impfstatus von Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl. 2013; 56(5-6): 845-57
5. Maydell Bv., Kosack T., Repschläger U., Sievers C., Zeljar R. (2010). Achtzehn Arztkontakte im Jahr. Hintergründe und Details. Auszug aus: BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2010

www.Impfakademie.de – Ein Weg zu rund 30 CME-zertifizierten Online-Fortbildungsmodulen zum Thema Impfen für Medizinstudenten, Ärzte und Apotheker

B. Knoblach, A. v. Krempelhuber, R. Starke, J. Vollmar

GlaxoSmithKline, Medizinischer Fachbereich Impfstoffe, Prinzregentenplatz 9, D-81675 München

Fragestellung

Wie kann GSK zu mehr Impfbildung bei Medizinstudenten, Ärzten und Apothekern beitragen?

Material und Methode

GSK bietet mit www.impfakademie.de eine Webpage zum Impfen und konnte mit der Fortbildungsakademie im Netz (www.fortbildungsakademie-im-netz.de) einen von der Bayerischen Landesärztekammer anerkannten, unabhängigen Partner finden, der CME zertifizierte, produktneutrale Online-Fortbildungsmodul im Impfssektor anbietet. GSK und andere Industriepartner sponsern dieses Angebot, ohne auf die Inhalte Einfluss zu haben. Die Module sind über www.impfakademie.de zugänglich.

Folgende Online-Fortbildungsmodul stehen momentan zur Auswahl, weitere sind in Planung:

1. Adjuvantien
2. Aktive Impfbildung im Praxisalltag
3. Aufklärung
4. Bedeutung und Wirkungsweise von Schutzimpfungen
5. Die zeitliche Abfolge von Impfungen
6. Gelbfieber, Typhus und Cholera
7. Herstellung und Eigenschaften von Impfstoffen
8. HPV für Pädiater Modul 1
9. HPV für Pädiater Modul 2
10. Impfen in besonderen Situationen
11. Impftechniken
12. Impfung gegen Japanische Enzephalitis
13. Impfungen gegen FSME, Hepatitis A Meningokokken
14. Impfungen gegen Influenza und Pneumokokken
15. Impfungen gegen Masern und Mumps
16. Impfungen gegen Meningokokken
17. Impfungen gegen Pertussis und Haemophilus influenzae Typ b
18. Impfungen gegen Poliomyelitis und Hepatitis B
19. Impfungen gegen Röteln und Varizellen
20. Impfungen gegen Tetanus und Diphtherie
21. Impfungen gegen Tollwut & Reiseimpfungen
22. Impfungen in der Reisemedizin
23. Indikationen
24. Influenza
25. Malaria
26. Masern – Mumps – Röteln – Varizellen
27. Möglichkeiten der Immunprophylaxe und ihre Wirkungsmechanismen
28. Nebenwirkungen und Komplikationen
29. Rotaviren

Ergebnisse

Die Homepage www.impfakademie.de wurde 2006 ins Leben gerufen und fördert seither die Fortbildung von Medizinstudenten, Ärzten und Apothekern mit CME-zertifizierten, unabhängigen und produktneutralen Impfmodulen.

Die Zugriffe auf www.impfakademie.de gestalten sich im monatlich wie folgt (exemplarisch März 2015):

Bei Fortbildungen, die über www.impfakademie.de zugänglich sind, besteht seit 10 Jahren anhaltend hohe Nachfrage.

Top 5 Bereiche		
Zugriffsrate	Anzahl	%
1. Home	2.737	46,8 %
2. Fortbildungen	1.428	24,4 %
3. Aktuelle Meldungen – Seite	1.550	9,4 %
4. Kostenloses Webinar für Hausärzte	472	8,1 %
5. Webinar Anmeldebestätigung	132	2,3 %
6. Andere	479	9,0 %

Diskussion und Schlussfolgerung

Die unabhängigen, produktneutralen Impffortbildungen sind nach der Startseite (Home) der meist besuchte Bereich auf www.impfakademie.de. Die Vielfalt der über www.impfakademie.de angebotenen Fortbildungen bietet nicht nur interessierten Ärzten und Apothekern eine Bereicherung ihres Impfwissens, sondern kann auch Medizinstudenten eine solide Grundlage zum Thema Impfen ermöglichen.

Eine Anerkennung der CME-zertifizierten Fortbildungen für Medizinstudenten als Leistungsnachweis wäre eine gute Möglichkeit für Universitäten, Impffortbildung anzubieten. So könnte dem Präventionsgedanken schon früh in der Mediziner Ausbildung Rechnung getragen werden.

Wirksamkeit der Impfung (Impfeffektivität) gegen saisonale Influenza A(H3N2) in der Saison 2014/15

A. Reuß¹, S. Buda¹, M. an der Heiden¹, B. Schweiger², M. Wedde², W. Haas¹, U. Buchholz¹

¹Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Berlin

²Nationales Referenzzentrum für Influenza, Robert Koch-Institut, Berlin

Fragestellung

Influenzaviren verändern sich kontinuierlich, daher spricht die Weltgesundheitsorganisation jährlich eine Empfehlung für die Zusammensetzung des jeweils aktuellen Impfstoffes aus.

In der vergangenen Saison 2014/15 wurde aus den USA und europäischen Ländern berichtet, dass eine neue Influenza A(H3N2)-Driftvariante zirkuliert. Diese H3N2-Viren sind dem Referenzstamm A/Switzerland/9715293/2013 sehr ähnlich und weisen ein anderes Antigenprofil auf als der empfohlene Impfstamm für die Saison 2014/15, A/Texas/50/2012.

Ziel dieser Studie war es, die Typ- und Subtypverteilung zu bestimmen sowie die Schätzungen für die Wirksamkeit der saisonalen Influenzaimpfung (Impfeffektivität) gegen eine laborbestätigte Erkrankung durch Influenza A(H3N2) in der Bevölkerung während und nach der Saison 2014/15 zu vergleichen.

Material und Methode

Wie in den Vorjahren wurde eine bundesweite Test-negative Fall-Kontroll-Studie anhand von Daten durchgeführt, die im Rahmen der virologischen Surveillance der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) erhoben wurden.

Die Studienpopulation bestand aus ambulanten Patienten, die zwischen der Woche 47/2014 und 19/2015 wegen einer grippeähnlichen Erkrankung (*influenza-like illness (ILI)*) eine AGI-Sentinelpraxis aufsuchten und bei denen innerhalb von 8 Tagen nach Erkrankungsbeginn ein Nasen- oder Rachenabstrich entnommen wurde. Der labor diagnostische Nachweis des Influenzavirus erfolgte mittels RT-PCR. Es wurde angenommen, dass durch eine Impfung nach 14 Tagen der Impfschutz gegeben war. Eine mögliche Herdenimmunität wurde nicht berücksichtigt.

Klinischer Endpunkt für die Berechnung der Impfeffektivität war eine laborbestätigte Erkrankung mit Influenza A(H3N2), welches in der Saison 2014/15 dominierte. Die Impfeffektivität wurde anhand einer multivariablen logistischen Regressionsanalyse und der Formel [1-Odds Ratio] berechnet.

Ergebnisse

Zwischen den Kalenderwochen 47/2014 und 19/2015 wurden Proben von insgesamt 2.041 ILI-Patienten untersucht (Abb. 1). In den influenza-positiven Proben ($n = 1.066$) wurden in 63 % Influenza A(H3N2), in 15 % A(H1N1)pdm09 und in 22 % B nachgewiesen. Alle analysierten A(H3N2)-Viren zeigten eine größte-

re Ähnlichkeit mit der neuen Driftvariante (A/Switzerland/9715293/2013) als mit dem Impfstamm.

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf den in der Saison 2014/15 dominierenden Influenzasubtyp A(H3N2) und beruhen auf Daten von 1.463 ILI-Patienten (Tab.).

674 ILI-Patienten (46 %) hatten eine laboridiagnostisch gesicherte Infektion mit A(H3N2) („Fälle“), bei 789 Patienten (54 %) wurden keine Influenza-Viren nachgewiesen („Kontrollen“). 68 Fälle (10 %) und 94 Kontrollen (12 %) waren geimpft. Der Abstand zwischen Impfung und Erkrankung war bei Fällen größer als bei Kontrollen.

Die erste Schätzung der Impfeffektivität gegen eine laborbestätigte Influenza A(H3N2)-Erkrankung auf dem Höhepunkt der A(H3N2)-Welle, adjustiert für die Altersgruppe und Erkrankungswoche, lag höher als die zweite Schätzung am Ende der Saison (Abb. 2a und 2b). Unterschiede zwischen den Altersgruppen deuteten sich zu beiden Zeitpunkten an, waren aber statistisch nicht signifikant.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Wirksamkeit der saisonalen Influenzaimpfung gegen eine laborbestätigte Influenzaerkrankung durch A(H3N2) war in der Saison 2014/15 niedrig bis moderat, was durch die eingeschränkte Übereinstimmung zwischen

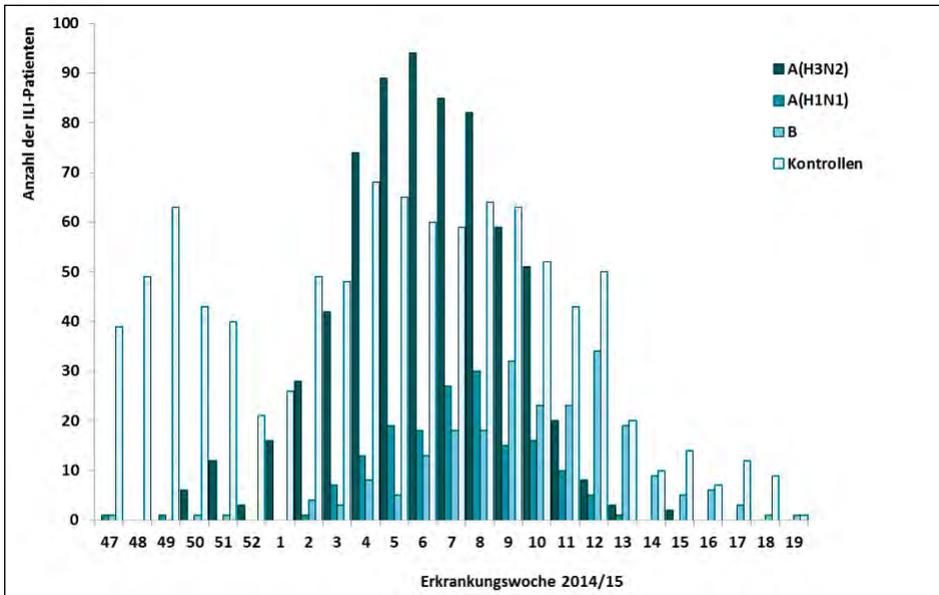


Abb. 1: Auftreten von Fällen und Kontrollen nach Influenzatytp bzw. – subtyp und Erkrankungswoche, Saison 2014/15

	Fälle N=674	% bzw. IQA	Kontrollen N=789	% bzw. IQA	p-Wert
Geschlecht (n)					
verfügbar für	673		780		0,8
männlich	337	50	384	50	
weiblich	336	50	396	50	
Altersgruppe (n)					
verfügbar für	673		785		0,7
0-14	317	47	363	46	
15-59	293	44	355	45	
ab 60	63	9	67	9	
Grunderkrankung (n)					
verfügbar für	641		750		0,6
ja	105	16	131	17	
nein	536	84	619	83	
Impfung 2014/15 (n)					
verfügbar für	674		789		0,3
ja	68	10	94	12	
nein	606	90	695	88	
Abstand zw. Impfung & Erkrankung (Median)					
verfügbar für	68		94		0,02
Abstand (Tage)	111	85-137	93	72-121	

Tab.: Charakteristika der A(H3N2)-positiven Fälle (n = 674) und Kontrollen (n = 789), Saison 2014/15; IQA = Interquartilsabstand

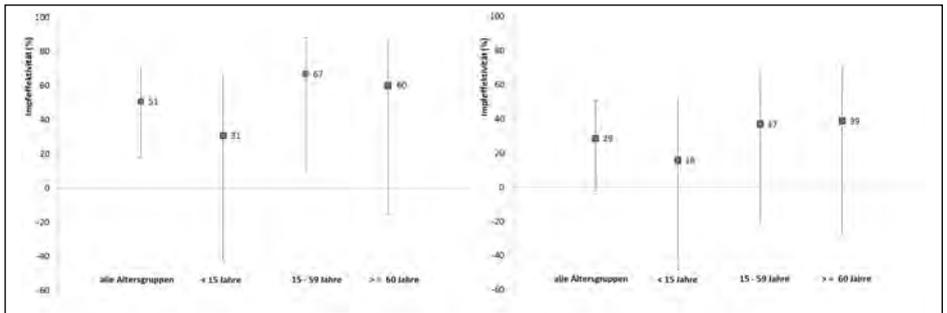


Abb. 2: Impfeffektivität des saisonalen Impfstoffs gegen Influenza A(H3N2) in der Saison 2014/15, adjustiert für Altersgruppe und Erkrankungswoche bzw. nur Erkrankungswoche

a) Schätzung während der Saison (KW 50/2014-6/2015)

b) Schätzung nach der Saison (KW 50/2014-15/2015)

der zirkulierenden Influenza A(H3N2)-Variante und dem Impfstamm (genetische und antigene Drift) erklärt werden kann. Die frühe Schätzung der Influenzaimpfeffektivität zum Höhepunkt der A(H3N2)-Welle lag höher als die Schätzung am Ende der Saison 2014/15. Dies ist möglicherweise dadurch bedingt, dass die Impfeffektivität abnimmt, je länger die Influenzaimpfung zurückliegt.

Die Impfung bleibt die wichtigste präventive Maßnahme zur Vermeidung einer Influenzaerkrankung, da eine Erkrankung bei Geimpften vermutlich milder verläuft und die Impfung gegen A(H1N1)pdm und B schützt, deren Anteile im späteren Verlauf der Grippewelle zugenommen haben. Eine Limitation der durchgeführten Analyse ist die geringe Fallzahl, vor allem der Impfdurchbrüche, welche nur eine reduzierte Anzahl von Subanalysen zuließ.

Epidemiologische und ökonomische Implikationen der Impfung mit dem 13-valenten Konjugat-Impfstoff gegen Pneumokokken-Erkrankungen bei Erwachsenen in Deutschland

S. Schmitter, J. Schiffner-Rohe

Pfizer Deutschland GmbH, Health Technology Assessment & outcomes research (HTA&OR), Berlin

Fragestellung

In Deutschland wird die Impfung von Kindern gegen Pneumokokken-Erkrankungen mit Konjugat-Impfstoffen seit 2006 empfohlen. Seit 2011 steht diese Impfung auch für Erwachsene zur Verfügung. Die klinische Wirksamkeit des Impfstoffs wurde in einer großen klinischen Studie (Community-Acquired Pneumonia Immunization Trial in Adults – CAPiTA) mit rund 85.000 Personen in den Niederlanden evaluiert. Ziel der vorliegenden Analyse ist es, die epidemiologischen und ökonomischen Implikationen dieser Impfung bei Erwachsenen in Deutschland zu evaluieren.

Material und Methoden

Ein deterministisches US-amerikanisches Markov-Modell wurde für Deutschland adaptiert. Es werden die Fälle invasiver und ambulant erworbener Pneumokokken-Erkrankungen sowie die direkten und indirekten Kosten bei Erwachsenen über 18 Jahren in Deutschland über einen Zeitraum von 82 Jahren modelliert. Bei der Modellierung wird zwischen Personen mit geringem, mittlerem und hohem Erkrankungsrisiko unterschieden. Anhand von systematischen Recherchen wurden die Inzidenzen

und Mortalität der Erkrankungen sowie die Behandlungs- und Arbeitsausfallkosten ermittelt. Daten zur Wirksamkeit der Impfung wurden der klinischen CAPiTA-Studie entnommen. Darüber hinaus wurden indirekte Effekte des Impfprogramms gegen Pneumokokken-Erkrankungen bei Kindern berücksichtigt. In der Analyse wurde die Impfung von Personen ab 18 Jahren mit einem Risikofaktor und für Personen ab 60 Jahren mit PCV13 gegenüber keiner Impfung bei einer Diskontierungsrate von 3 % in Deutschland verglichen und in Sensitivitätsanalysen überprüft.

Ergebnisse

Publizierte Angaben zu den Inzidenzen und zur Mortalität von Pneumokokken-Erkrankungen in den Risikogruppen sind in Deutschland selten. Sie mussten aus verschiedenen Quellen berechnet werden. Die Ergebnisse zeigen, dass bei einer Impfquote von 31,4 % durch die Impfung mit PCV13 2.390 Fälle einer invasiven und 113.379 Fälle einer ambulant erworbenen Pneumokokken-Erkrankung verhindert werden können. Infolgedessen werden 155 Mio € direkte und 23 Mio. € indirekte Kosten eingespart (Abb.). Die Kosten pro gewonnenem Lebensjahr betragen 9.381 €. Die Sensitivitätsanalyse

zeigt, dass dieses Ergebnis v.a. von der Wirksamkeit von PCV13 gegen ambulant erworbene Pneumokokken-Erkrankungen, die stationär behandelt werden, sowie deren Inzidenz und Mortalität beeinflusst wird.

Diskussion

Die vorliegende Analyse erbrachte überzeugende Hinweise auf positive epidemiologische und ökonomische Auswirkungen gegen invasive und ambulant erworbene Pneumokokken-Erkrankungen bei einer Anwendung von PCV13 in Deutschland.

Schlussfolgerung

Für PCV13 können positive epidemiologische und ökonomische Auswirkungen bei einem Einsatz auch zur Verhütung ambulant erworbener Pneumonien erwartet werden. Daher empfiehlt sich eine Impfung mit PCV13 gegen Pneumokokken-Erkrankungen in Deutschland.

Literaturverzeichnis

Bonten M., Bolkenbaas M., Huijts S., et al. (2014): Community Acquired Pneumonia Immunization Trial in Adults (CAPiTA). Abstract no. 0541. Pneumonia 3:95. Available at <https://pneumonia.org.au/public/journals/22/PublicFolder/ABSTRACTBOOKMASTERforwebupdated20-3-14.pdf>

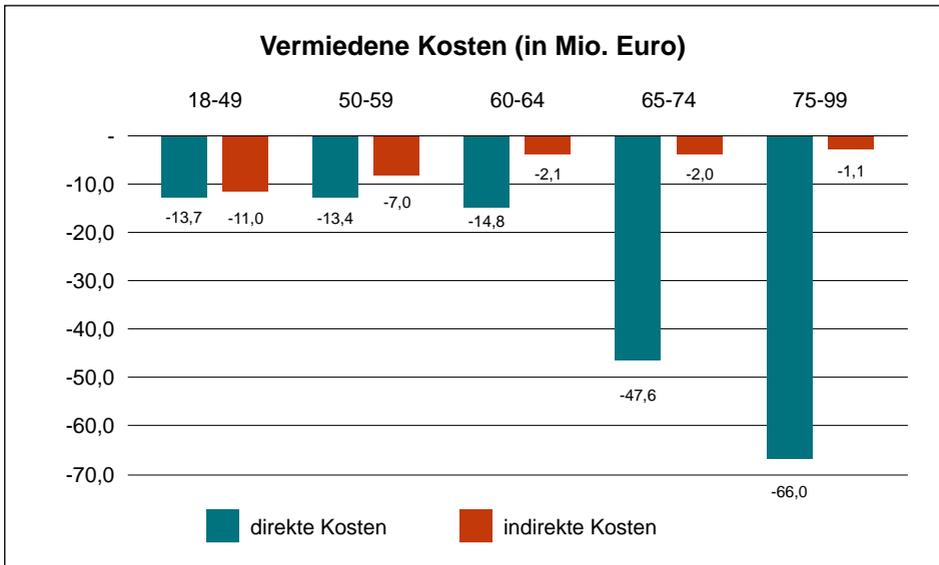


Abb.: Vermiedene Kosten in Mio. Euro

Ist die Wirksamkeit von Impfungen ausreichend begründet, sodass sie einer Überprüfung standhält?

J. Fridrich

Libertas & Sanitas e.V. – Forum für Impfproblematik, Gesundheit und eine bessere Zukunft, Sevenich

Fragestellung

Ist die Wirksamkeit von Impfungen ausreichend begründet, sodass sie einer Überprüfung standhält?

Methodik

Der methodische Teil bestand aus Analysen zur Wirksamkeit

1. der Masernimpfung (Mortalität weltweit/ Deutschland, Morbidität Finnland/ USA),
2. der Hib-Impfung (Erkrankungen USA/ ehemalige DDR/ östliche Bundesländer/ Deutschland),
3. der Rotavirus (RV)-Impfung.

Ergebnisse

Masernsterbefälle gingen in entwickelten Ländern vor Einführung der Impfung zurück. Die Abnahme der Erkrankungszahlen in Finnland und USA ist nicht ausreichend mit dem Einsatz der Masernimpfung erklärbar.

Das starke Sinken der Hib-Krankheitsfälle etwa zeitgleich mit der Anwendung der Impfung ist kausal nicht durch diese zu verstehen.

Bei Rotaviren findet die Impfung im Stillen der Kinder ihren Meister.

Diskussion

Masern Todesfälle gingen in entwickelten Ländern (fast) vollständig vor Impfanwendung zurück, was also andere Gründe als die Impfung hat.

Das Sinken der Erkrankungszahlen und die Eliminierung der Masern dank Impfung in Finnland und USA wird mit Daten erklärt, die einer Überprüfung nicht standhalten. Die Zahl der Kranken sank in Finnland schon vor Anwendung der Impfung um weit über 80 %. Der restliche Rückgang folgte der Änderung der Krankheitsdefinition: nur noch der Blutnachweis reichte als Beweis aus, nicht mehr das klinische Bild allein. Bis heute gibt es in Finnland keine verlässliche Erfassung der Impfraten.

Die Erkrankungszahlen sanken in den USA um über 90 %, als nur ca. 30 % der Empfänglichen geimpft waren. Das Impfalter wurde von 9 auf 12 bzw. 15 Monate erhöht, weil die früh Geimpften keinen ausreichenden Schutz erwarben und erneut geimpft wurden.

Bei Hib in den USA erfolgte der Rückgang der Erkrankungsraten vollständig vor Anwendung der Impfung. Im Osten Deutschlands wurden Hib-Meningitiden erst ab 1996 separat erfasst. Die Impfraten zu Beginn der 1990er Jahre lagen bei 20 %-30 %, was eine Abnahme der Krankheitsfälle um über 90 % nicht erklärt. Für

Gesamtdeutschland ging die Gesamtzahl der bakteriellen Fälle nicht zurück, obwohl Hib für ca. 60 % verantwortlich gewesen sein soll. Über die erreichten Impfraten fehlen Informationen.

In Mexiko, einem der stärksten und frühesten Anwender der RV-Impfung, sank bei einem Ausbruch dank Impfung das Erkrankungsrisiko auf 41 %, dank Stillen auf 20 %, was einer Halbierung des Ergebnisses nach Impfung entspricht. Dass sich das Stillen auch sehr positiv auf das Risiko von Durchfallerkrankungen anderer Ursachen auswirkt, sei am Rande erwähnt.

Schlussfolgerung

Die Studien zur Bestimmung der Wirksamkeit von Impfungen bedürfen dringend einer Überprüfung. Wesentliche Faktoren müssen vorher erfasst werden (z.B. Stillen bei RV und Hib, Kondom bei HPV), da sonst eine starke, insbesondere nicht berechenbare Beeinflussung stattfindet.

Redaktionelle Anmerkung

Libertas & Sanitas gehört zu den Impfgegnern. Ihre These ist, dass der Rückgang der impfpräventablen Krankheiten nicht auf Impfungen zurückzuführen sei. Die Wirksamkeit der Impfungen sei nie nachgewiesen.

Erkenntnisgewinn durch aktive Forschung – warum es riskant ist, über Risiken lieber zu schweigen. Wie kann das Meldeverhalten für mögliche Impfreaktionen verbessert werden?

J. Fridrich

Libertas & Sanitas e.V. – Forum für Impfproblematik, Gesundheit und eine bessere Zukunft, Sevenich

Fragestellung

Erkenntnisgewinn durch aktive Forschung – warum es riskant ist, über Risiken lieber zu schweigen. Wie kann das Meldeverhalten für mögliche Impfreaktionen verbessert werden? Woran scheidet es bisher, eine auch kritische Stimmen befriedigende Datenlage über Impfrisiken zu schaffen und so ein wesentliches Impfhindernis zu überwinden?

Methodik

Es handelt sich um die Erfassung und Bewertung möglicher Impf-UAW sowie die Prüfung folgender Fragen:

- Informierter Zustimmung versus Impfgedanken?
- Beipackzettel bei Impfstoffen – zu gefährlich, um ihn auszuhändigen?

Ergebnisse

Die Erfassung von möglichen Impfreaktionen erfolgt nur sehr unvollständig. Es mangelt an Grundlagenforschung. Epidemiologische Untersuchungen können die Kausalität schwerer, seltener Folgen nicht klären. Dadurch bleibt

offen, welche Folgen wahrscheinlich kausal impfbedingt sind und welche nicht. Das führt zu zahlreichen Spekulationen in kritischer Literatur und insbesondere im Internet, was die Bereitschaft zum Impfen verringert.

Diskussion

Die Situation beim Wissen zu möglichen Impffolgen ist unbefriedigend. Fehlende Daten erschweren eine informierte Zustimmung. Die Kommunikation ist teilweise ungenügend, die Bedeutung der Meldung von möglichen Impffolgen unklar. Das zeigt sich etwa bei der Frage, welches Placebo in Studien eingesetzt wird, und gipfelte darin, dass bei der H1N1-Schweinegrippe-Impfung niemand vermittelte, warum bestimmte Zusatzstoffe verwendet wurden.

Wenn dargestellt werden soll und muss, dass Impfungen sinnvolle Maßnahmen sind, ist es unverzichtbar, möglichen Nutzen und mögliche Risiken beschreiben zu können. Es ist Aufgabe der wissenschaftlichen Einrichtungen, hier Forschung zu betreiben. Jedes Versäumnis der Meldung einer möglichen Impfreaktion verhindert die Chance, eine andere Ursache finden zu können. Das ist ein Impfhindernis und die Möglichkeit wird ausgelassen, positive, den

Impfgedanken stärkende Informationen zu erhalten. Für die impfende Ärzteschaft ergibt sich so die regelmäßige Erfahrung einer positiven Rückkoppelung, dass es sinnvoll war, den von einer vermeintlichen Impfreaktion betroffenen Menschen geimpft zu haben.

Schlussfolgerung

Die Ermittlung der Zahl und Schwere möglicher Impfreaktionen ist dringend zu verbessern. Klärendes Forschen bringt Erkenntnis. Wo andere Ursachen gefunden werden, wird die Nutzen-Risiko-Bilanz verbessert, das Nichtwissen verringert und dadurch unberechtigte Kritik entkräftet. Wer die Sorgen kritischer Stimmen ernst nimmt und prüft, ergreift die Chance, die Akzeptanz von Impfungen erhöhen zu können. Jede Wissenslücke, die geschlossen wird, verringert bloße Spekulation.

Redaktionelle Anmerkung

Libertas & Sanitas gehört zu den Impfgegnern. Ihre These ist, dass der Rückgang der impfpräventablen Krankheiten nicht auf Impfungen zurückzuführen sei. Die Wirksamkeit der Impfungen sei nie nachgewiesen.

Umsetzung des Nationalen Aktionsplans Masern und Röteln – Stand und Details in den Ländern

Vorsitz: Dr. Fabian Feil, Dr. Maria-Sabine Ludwig

Impulsreferat: Dr. Dorothea Matysiak-Klose

Protokoll: Dr. Viktoria Schönfeld

Mitglieder der Arbeitsgruppe

Dr. Fabian Feil, MPH
Niedersächsisches Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung, Hannover

Dr. Alexandra Hofmann
Gesundheits- und Veterinäramt, Prenzlau

Dr. Martina Littmann
Landesamt für Gesundheit und Soziales
Mecklenburg-Vorpommern, Rostock

Dr. Maria-Sabina Ludwig, MPH
Bayerisches Landesamt für Gesundheit
und Lebensmittelsicherheit (LGL), Erlangen

Dr. Dorothea Matysiak-Klose, MPH
RKI, Berlin

Dr. Uta Nennstiel-Ratzel, MPH
Bayerisches Landesamt für Gesundheit
und Lebensmittelsicherheit (LGL), Erlangen

Dr. Isolde Piechotowski, MPH
Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie,
Frauen und Senioren, Stuttgart

Dr. Britta Reckendrees
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
(BZgA), Köln

Dr. Maren Wölk
Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit, Frauen und Familie, Erfurt

Dr. Antina Ziegelmann
Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Impulsreferat

Im Jahr 2014 fand sich eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe zusammen, um einen Entwurf für einen aktuellen Nationalen Aktionsplan zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland zu erarbeiten. Der Plan nimmt eine Bestandsaufnahme der epidemiologischen Situation vor und erneuert nationale strategische und operationalisierbare Ziele zur Elimination der Masern und Röteln. Für deren Erreichen werden konkrete Maßnahmen vorgeschlagen und mögliche Akteure zu deren Umsetzung benannt. Vorgeschlagene Aktionen lassen sich in vier Punkte zusammenfassen:

- Information der Bevölkerung und der niedergelassenen Ärzte,
- Unterstützung der Umsetzung der Impfungen durch die niedergelassenen Ärzte,
- Zielgruppenspezifische Impfkationen,
- Stärkung der Surveillance und des Ausbruchmanagements auf lokaler Ebene.

Ein erster Entwurf des Aktionsplanes wurde im Rahmen einer nationalen Konferenz im Dezember 2014 und eines breiten Stellungnahmeverfahrens mit über 50 angeschriebenen Expertinnen und Experten gemeinsam diskutiert.

Hinsichtlich der Erreichbarkeit einer breiten Ak-

zeptanz und der Umsetzung des Aktionsplans wurde sowohl von den Teilnehmern der Konferenz als auch im Stellungnahmeverfahren vielfach Skepsis geäußert. Folgende Hindernisse standen nach Ansicht der Experten besonders im Vordergrund:

- fehlende politische Unterstützung,
- fehlende finanzielle und personelle Ressourcen,
- fehlende Bereitschaft der Bevölkerung, sich impfen zu lassen,
- fehlende Information aller Akteure,
- fehlender Konsens mit verschiedenen Akteuren (z. B. mit Krankenkassen).

Insbesondere fehlten der Ausdruck eines deutschlandweiten politischen Willens zur Erreichung der Elimination und konkrete Vorschläge für erfolgversprechende Aktionen in Anbetracht der zur Verfügung stehenden Ressourcen. Viele Teilnehmer der Konferenz hielten das Erreichen der Elimination der Masern in den nächsten fünf Jahren für wenig wahrscheinlich.

Wie kann diese Skepsis überwunden werden und durch nachhaltige Aktionen unter Einbeziehung aller Akteure erreicht werden, den Zielen des Aktionsplans näher zu kommen? Dazu ist es möglicherweise hilfreich, die Stärken und Schwächen des nationalen Impfsystems zu beleuchten:

Stärken des deutschen Impfsystems hinsichtlich Masern- und Rötelnimpfungen:

- alle Altersgruppen, die nach 1970 geboren sind, können geimpft werden,

- die Finanzierung der empfohlenen Impfungen ist gesichert,
- die Erreichbarkeit von impfenden Ärztinnen und Ärzten ist generell gut,
- es bestehen Angebote der Kassen, Leistungen über die Schutzimpfungsrichtlinie hinaus zu übernehmen.

Schwächen des Systems:

- die Elimination der Masern und Röteln ist eine klassische bevölkerungsbezogene Public-Health-Aufgabe. Der ÖGD sieht in Impfungen jedoch nicht mehr seine prioritäre Aufgabe. Einer der wichtigsten Garantien für die Vermittlung eines nationalen Verständnisses für Impfungen ist somit weggebrochen,
- mit den vorhandenen personellen und finanziellen Ressourcen ist der ÖGD vielfach gar nicht mehr zu gezielten oder zusätzlichen Impfkampagnen in der Lage,
- die Verantwortung für Impfungen liegt nun in erster Linie bei den niedergelassenen Ärzten und den Patienten selbst. Der individuelle Aspekt der Impfungen steht im Vordergrund,
- es fehlen wichtige Daten zum Selbstverständnis der wichtigsten Akteure hinsichtlich Impfungen. Haben sie die gleichen Ziele? Welche Einstellung haben sie dem Impfen gegenüber? Welche Hindernisse sehen sie?

Die Diskussion, wie die Elimination der Masern und Röteln erreicht werden kann, wird mit der Publikation des Aktionsplans hoffentlich neue Impulse bekommen. Sie steht allerdings erst am Anfang und sollte durch eine engagierte,

aber auch handlungsfähige, interdisziplinäre Arbeitsgruppe fortgeführt werden. Fest steht allerdings, dass die Elimination der Masern und Röteln eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist und ohne die Bereitstellung von personellen und finanziellen Ressourcen auch von Seiten der Länder nicht zu erreichen ist.

Ergebnisse der Diskussion in der Arbeitsgruppe

Die Gruppe 1 setzte sich aus Vertretern der Bundesbehörden, Landesbehörden, kommunalen Verwaltung (öffentlicher Gesundheitsdienst) zusammen. Die AG hat sich mit der Frage auseinandergesetzt, wie der Nationale Aktionsplan

umgesetzt und was am Anfang der Umsetzung stehen soll. Es ging also darum, aus der Sicht der AG die prioritären Aufgaben zu benennen, die in nächster Zeit anzugehen sind. Hierzu wurden in einer Art Matrix die Aufgaben verschiedener Ebenen (Bund, Länder, Kommunen) beschrieben (Abb. 1).

Es ist hervorzuheben, dass nach Auffassung der AG zu den im Aktionsplan enthaltenen drei Säulen (Kommunikation, Impfungen, Surveillance) eine weitere hinzugefügt werden soll: Ein eindeutiges Bekenntnis aller Akteure zu dem Ziel, Masern und Röteln bis Ende 2015 zu eliminieren. Dazu gehört auch die Verständigung darüber, wie die Elimination zu schaffen ist.

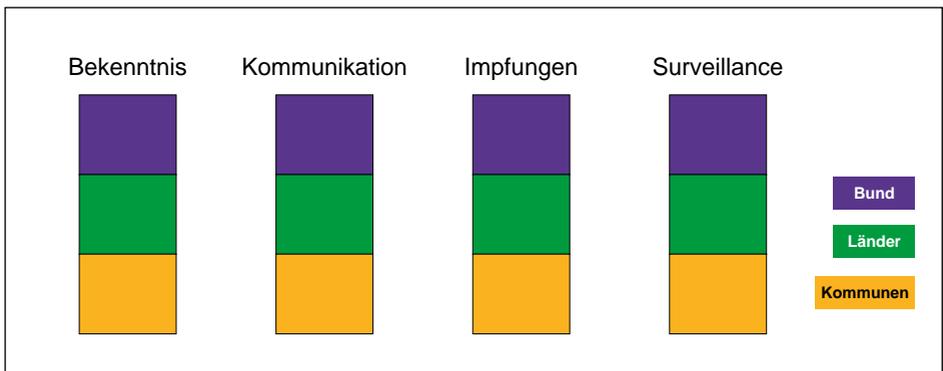


Abb. 1: Ergebnispräsentation der Arbeitsgruppe 1; Vier Säulen des Nationalen Aktionsplanes

Bekenntnis

Die Beschreibung der Aufgaben einzelner Ebenen ist der Abbildung 2 zu entnehmen. Dabei handelt es sich nicht um eine strikte Trennung. Sie können eng miteinander zusammen hängen, aber unterschiedlich fokussiert sein.

Als deutlicher Ausdruck des gemeinsamen Bekenntnisses wurde vorgeschlagen, dass die Bundes- und Landesbehörden den Nationalen Aktionsplan veröffentlichen. Das gilt auch für die beteiligten Behörden, Fachverbände, Krankenkassen, KVen, Ärztekammern, sobald der Aktionsplan finalisiert ist und das Layout zur Verfügung steht.

Bekenntnis – Bund und Länder

- Nationaler Aktionsplan soll auf Bundes- und Landesebene veröffentlicht werden
- Alle Beteiligten sollen ebenfalls die Möglichkeit der Veröffentlichung erhalten
- Gemeinsames Logo für das Ziel (Beispiel: „Deutschland wird masernfrei“)

Abb. 2: Ergebnispräsentation der Arbeitsgruppe 1; Erläuterungen zur Säule „Bekenntnis“

Ein weiterer Vorschlag der AG ist die Entwicklung eines gemeinsamen Logos für Masern- und Röteln-Elimination als ein deutlich sichtbares Zeichen der Identifikation aller Beteiligten mit diesem Ziel. Ein dazu passendes Logo wie z. B. „Deutschland wird masernfrei“ könnte wie bei der bereits erfolgreichen Aktion „saubere Hände“ einen großen Wiedererkennungseffekt haben. Alle Aktionen, die man mit diesem Logo versieht, wo auch immer sie durchgeführt werden, erinnern an das Ziel und an seine Bedeutung für alle. Idealerweise sollte dieses Logo auch in einzelnen Praxen ausgehängt werden, damit jede und jeder das Ziel, Deutschland masern- und rötelnfrei zu bekommen, verinnerlicht und daran arbeitet.

Kommunikation

Nach Auffassung der AG sind dabei verschiedene Ebenen auseinander zu halten (s. Abb. 3):

Ärzterschaft

Für eine differenzierte Kommunikation muss man die Einstellung und Bedürfnisse der Adres-

saten kennen. Dann kann man gezielt der Frage nachgehen, welche Mittel für eine zielführende Kommunikation notwendig sind und ob diese zur Verfügung stehen. Es ist weitgehend unbekannt, welche Einstellung Ärztinnen und Ärzte zum Impfen haben, welche Faktoren dabei eine Rolle spielen und welche Informationsbedürfnisse sich daraus ergeben. Deswegen wäre es sinnvoll, durch eine Studie in Erfahrung zu bringen, woran es z. B. liegt, dass in manchen Kommunen weniger geimpft wird als in anderen. Es bestehen bereits entsprechende Überlegungen in Baden-Württemberg und am RKI. Es ist ohne weiteres möglich, die notwendigen Konzepte auszuarbeiten und mit den Landesärztekammern ins Gespräch zu kommen, damit solche Umfragen durchgeführt werden können. Alle Adressaten sind aufgefordert, solche Konzepte weiterzugeben. Auch bei Medizinstudenten ist die Durchführung derartiger Studien denkbar.

Bundesebene

Hier ist schon auf eine Reihe von Aktivitäten der BZgA hinzuweisen:

- Es ist geplant, die Kampagne „Deutschland sucht den Impfpass“ fortzuführen und stärker auf das Masern- und Röteln-Eliminationsziel zu fokussieren.
- Eltern-Informationen zu Kinderimpfungen in Kitas liegen bereits vor. Wenn tatsächlich im Rahmen des Präventionsgesetzes die Beratungspflicht bei der Aufnahme der Kinder in eine Kindertagesstätte kommen sollte, wäre es sinnvoll, dies mit neuen Informationen für die Eltern zu begleiten.
- Präsentationsfolien für Ärzte und weitere Multiplikatoren werden erarbeitet, damit

Kommunikation

Stuserhebung zu Gründen der Impfhindernisse (Impfeinstellungen von Ärzten, Medizinstudenten → Konzepte bestehen bereits)

Kommunikation – Bund

- Weiterführung der Nationalen Kampagne „Deutschland sucht den Impfpass“ mit Fokus Masern
- Elterninformation zu Kinderimpfungen (BZgA) für Kitas
- Präsentationsfolien für Ärzte und weitere Multiplikatoren (Bundesbehörden, BVKJ)
- Lehrmaterialien für Schulen (BZgA)
- Weiterpflegen der Mediendatenbank (BZgA)
- Approbationsordnung (Nationaler Lernzielkatalog wird überarbeitet – medizinischer Fakultätentag)

Kommunikation – Länder

- Vernetzungsstrukturen mit allen Akteuren (AG Impfen)
- Kampagnen auf Landesebene (Awareness)
- Lehrmaterialien für die Schulen (für alle Schultypen) und Kitas (Curricula nutzen) → Zusammenarbeit mit Kultusministerien, Sozialministerien notwendig
- Fortbildungen für Ärzte und Gesundheitspersonal (Zusammenarbeit mit Ärztekammern nutzen)

Kommunikation – Kommunen

- Vernetzungsstrukturen mit allen Akteuren auf kommunaler Ebene v. a. bei niedrigen Impfquoten fördern
- Kontakt mit Gemeinschaftseinrichtungen nutzen (Info-Flyer, Vorträge durch ÖGD und niedergelassene Ärzte)
- Verteilung von Info-Material durch niedergelassene Ärzte bei verpflichtender Impfberatung vor Kita-Besuch

Abb. 3: Ergebnispräsentation der Arbeitsgruppe 1; Erläuterungen zur Säule „Kommunikation“

auch das nichtmedizinische Personal die Möglichkeit hat, z. B. in Kindertagesstätten über Impfungen aufzuklären.

- Es gibt Lehrmaterial für Schulen, das weiter gepflegt und an die Kultusministerien der Länder weitergegeben wird.
- Die seit 2012 eingerichtete Mediendatenbank der BZgA gibt erstmals für alle einen

bundesweiten Überblick über Infomaterialien zum Thema Impfen (in Faltblättern, Broschüren, Infofilmen, Plakaten, Internetaangeboten und weiteren Medien) aus verschiedenen Institutionen oder Behörden. Um diese aktuell zu halten, wird darum gebeten, eigene Medien der BZgA zu melden, damit diese allgemein verfügbar werden.

Zu den an den Bund adressierten Kommunikationsmaßnahmen gehört auch die immer wieder erhobene Forderung, die ärztliche Ausbildung um den Bereich Impfen zu erweitern. Dazu hat aktuell das BMG beim Medizinischen Fakultätentag einen entsprechenden Vorstoß unternommen. Derzeit wird die Approbationsordnung überarbeitet. Auch die Länder sind aufgerufen, sich dabei einzubringen. Insgesamt ist davon auszugehen, dass derzeit die Voraussetzungen für die Berücksichtigung dieses Anliegen günstig sind, weil es in der Öffentlichkeit sehr stark diskutiert wird.

Länderebene

Im Vorfeld der 4. NIK wurde von den Vorsitzenden der Arbeitsgruppe 1 eine Umfrage bei den Ländern zu aktuellen Impfkaktivitäten durchgeführt. Ein Gegenstand der Abfrage war, ob es auf der Länderebene schon so etwas wie „Arbeitsgemeinschaften Impfen“ gibt, die als partnerschaftliche Netzwerke die Umsetzung des NAP in den jeweiligen Ländern begleiten können. Aus den Rückmeldungen geht hervor, dass solche Einrichtungen bereits in über der Hälfte der Bundesländer existieren und es als durchaus positiv bewertet wird, dass sich auf diese Weise die jeweiligen Akteure wie Ärztekverbände, KVen, Ärztekammern, Krankenkassen und ÖGD regelmäßig zu Impft Themen austauschen. Vor allem die Planung und Durchführung gemeinsamer Aktionen und Kampagnen stärkt die Arbeitsgemeinschaften – auch in der Wahrnehmung der Bevölkerung. Es müssen allerdings nicht immer Plakatkampagnen sein. Auch gemeinsame Schwerpunktaktionen können durchgeführt werden, gerade mit der niedergelassenen Ärzteschaft.

Die Erstellung von Lehrmaterial für Schulen oder die Nutzung des Lehrmaterials der BZgA wird den Ländern als geeigneter Weg zur Stärkung des Impfwissens in der Bevölkerung empfohlen. Es wäre ohne weiteres möglich, mit den Kultusministerien diesbezüglich Kontakt aufzunehmen. Auch für Personal von Kindertagesstätten existiert ein Fortbildungscurriculum, das um das Thema Impfen erweitert werden könnte. Da die Zuständigkeiten in den Bundesländern sehr unterschiedlich sind, wird empfohlen, dass die jeweils zuständigen Ministerien gemeinsam die Möglichkeit einer Erweiterung der Curricula um den Bereich Impfen ausloten. Ihnen wird ggf. die BZgA unterstützend zur Seite stehen. Eine wesentliche Säule des NAP ist zudem die weitere Stärkung und Erweiterung des Fortbildungsangebots für Ärzte und medizinische Fachangestellte in den Ländern. Hier besteht in vielen Ländern und auch bei den Ärztekammern durchaus die Bereitschaft zur Unterstützung.

Kommunale Ebene

Die vor Ort bestehenden Strukturen sollen stärker genutzt werden, um mit den Akteuren direkt ins Gespräch zu kommen. Diese Gesprächs suche soll vor allem dort erfolgen, wo niedrige Impfquoten zu beobachten sind. Dann können natürlich auch die Landesstellen die Aktionen begleiten und schwerpunktmäßige Hilfestellungen leisten. Kontakte mit Gemeinschaftseinrichtungen, die im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes bestehen, sollen noch stärker genutzt und die Informationsmaterialien dort verteilt werden.

Eine weitere Idee betrifft die Entwicklung des

Informationsmaterials, das von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bei der verpflichtenden Impfberatung vor Kita-Besuch verteilt werden könnte. Diese Beratungspflicht sieht das nun im Bundestag verabschiedete Präventionsgesetz vor. Es wäre sogar denkbar, dass man je nach Informationsbedarf unter-

schiedliche Materialien zu Verfügung stellt.

Impfungen

Auch bei den Impfungen adressierte die AG differenzierte Forderungen an verschiedene Ebenen (s. Abb. 4):

Impfungen

Impfungen – Bund

- ArbMedVV – Bundesarbeitsministerium (aktuelle STIKO-Empfehlungen übernehmen):
Impfungen für Lehrer und Erzieher
- Präventionsgesetz schafft neue Rahmenbedingungen (pauschale Abrechnung, Rahmenverträge mit Arbeitsmedizinern)

Impfungen – Länder

- Rahmenverträge mit Arbeitsmedizinern und ÖGD für subsidiäres Impfangebot nutzen (Bsp. MV)
- Bei Umsetzung ArbMedVV (Impfungen für Lehrer)
→ Zusammenarbeit mit Kultusministerien

Impfungen – Kommunen

- Rahmenverträge nutzen, insbesondere pauschale Abrechnung mit der GKV
- Zusammenarbeit mit Arbeitsmedizin (Beispiel Mecklenburg-Vorpommern)

Abb. 4: Ergebnispräsentation der Arbeitsgruppe 1; Erläuterungen zur Säule „Impfungen“

Bundesebene

Das gerade vom Bundestag beschlossene Präventionsgesetz, das in der Beratungsphase eng mit den Ländern abgestimmt wurde, enthält viele Elemente, die das Impfen noch einmal stärken sollen. Dazu gehört z. B., dass bei den Rahmenverträgen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit den Krankenkassen jetzt die pauschale Abrechnung möglich ist. Damit ist ein großes Hindernis für die Impfungen durch

den ÖGD aus dem Weg geräumt worden. Auch Rahmenverträge mit den Arbeitsmedizinern sind durch das Präventionsgesetz möglich geworden. Diese Möglichkeit sollte genutzt werden, um den Impfschutz von Arbeitnehmern niederschwellig verbessern zu können. Diese Änderungen gehen auch auf eine Anregung aus den Ländern zurück. Hierbei hat insbesondere Mecklenburg-Vorpommern eine hervorragende Vorarbeit geleistet und gute Konzepte entwickelt. Eine weitere Neuerung

betrifft die Impfung von Lehrerinnen und Lehrern gegen Masern, Mumps und Röteln. Es ist relativ leicht möglich, an das zuständige Bundesgesundheitsministerium heranzutreten, damit die entsprechenden Arbeitsschutzvorschriften (Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge – ArbMedVV) an die STIKO-Empfehlung angepasst werden. Während die STIKO die Impfung gegen Masern und Röteln für Beschäftigte in Gemeinschaftseinrichtungen empfiehlt, wird die Pflichtvorsorge in der ArbMedVV bislang auf den vorschulischen Bereich eingeschränkt.

Länderebene

Es liegt jetzt an den Ländern, die Rahmenverträge zwischen dem ÖGD und Krankenkassen für ein subsidiäres Impfangebot zu nutzen, weil das große Hindernis, eine Einzelabrechnung mit den Kostenträgern vornehmen zu müssen, beseitigt worden ist. Kontakte zu Kultusministerien bestehen in der Regel heute schon.

Kommunale Ebene

Kommunen sollen der o.g. Rahmenvereinbarung beitreten und auch Impfangebote unterbreiten. Es bleibt abzuwarten, ob die direkte Zusammenarbeit mit den Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmedizinern möglich sein wird, wie es in Mecklenburg-Vorpommern erfolgt. Dort stellt der ÖGD die Impfstoffe zur Verfügung. Das ist auf jeden Fall ein herausragendes Beispiel unter den Bundesländern.

Surveillance

Die vierte Säule unserer Matrix ist Surveillance (s. Abb. 5). Die KV-Impfsurveillance ist eine

wichtige Quelle unserer Datenbasis für die Ermittlung der Impfquoten. Dabei führt das Robert-Koch Institut die KV-Daten zusammen und kann aufgrund der Abrechnungsdaten von gesetzlich Versicherten wichtige Angaben über das zeitgerechte Impfen vornehmen, d. h. wie hoch und wie schnell die Impfeempfehlungen der STIKO umgesetzt werden. Das sind derzeit ganz essenzielle Fragen, weil man dadurch erkennen kann, wo ein besonderer Handlungsbedarf besteht. Im Präventionsgesetz ist vorgesehen, dass die KV-Impfsurveillance, die derzeit als ein befristetes Projekt durchgeführt wird, in eine Daueraufgabe des RKI überführt wird. Die AG wünscht, dass die Abrechnungsdaten auch kleinräumig auf die Kreisebene bezogen ausgewertet werden und den Ärzten dort zur Verfügung gestellt werden. Das ist theoretisch möglich.

Zu dieser Säule gehört auch die Vorgehensweise im Ausbruchsgeschehen. Viele Länder haben bereits ein Ausbruchmanagement mit entsprechenden Plänen etabliert. Es soll ein auf diesen Plänen basierender Rahmenplan erstellt werden, der auch als Vorlage von den Ländern genutzt werden kann, die noch keinen landesspezifischen Plan erstellt haben.

Die Bedeutung der Meldepflicht von übertragbaren Erkrankungen soll der Ärzteschaft besser vermittelt werden. Es ist wichtig, sie dafür zu sensibilisieren, warum vollständig und innerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen Frist gemeldet werden muss. Es muss klargestellt werden, dass es in erster Linie nicht um die Pflege der Statistiken geht, sondern darum, möglichst rasch Maßnahmen des Infektionsschutzes seitens des Gesundheitsamtes einleiten zu können. Dieser Sachverhalt ist leider der niedergelassenen

Surveillance

Surveillance – Bund, Länder und Kommunen

- KV-Impfsurveillance für alle Bundesländer zur Verfügung stellen, auch für Ärzte abrufbar
- Rahmenplan für Ausbruchmanagement
- Aufmerksamkeit der Ärzteschaft für Meldepflicht steigern, Sinn der Meldepflicht erläutern
- Information der Ärzteschaft über Vorgehen im Ausbruchfall (Meldung, Kontaktpersonen, Wiedenzulassung, ggf. Impfung)
- Labore einbinden: Infos zu Diagnostik von Masern und Röteln, diese können die einsendenden Ärzte informieren

Abb. 5: Ergebnispräsentation der Arbeitsgruppe 1; Erläuterungen zur Säule „Surveillance“

Ärztenschaft nicht immer klar. Auch fehlt es an Informationen, wie der ÖGD im Ausbruchfall vorgeht, welche Bedeutung das ärztliche Urteil bei der Wiedenzulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen hat und wann man noch eine Regelungsimpfung durchführen kann.

Sehr wichtig ist auch, dass die Labore eingebunden werden. Ärzte sollen darüber informiert werden, dass die rasch zu erfolgende Diagnostik gerade bei Einzelfällen von Masern und Röteln eine große Bedeutung hat. Für den Eliminationsprozess kommt es auch darauf an, dass beispielsweise bei unspezifischen Erkrankungen mit Exanthem auch an Röteln gedacht wird und ggf. labordiagnostisch entsprechend untersucht wird. Hier können wir mit bestehenden Labornetzwerken zusammenarbeiten, die ihre Einsender regelmäßig informieren.

Fazit

Der Nationale Aktionsplan soll weiter begleitet, fortgeschrieben und auch überprüft werden. Die Geschäftsstelle des Nationalen Impfplans und die dazu gehörende Nationale Lenkungsgruppe Impfen (NaLI) wurde bereits vorgestellt. Nach Auffassung der AG ist die Begleitung und Fortschreibung des Aktionsplans auf lange Sicht gesehen eine Aufgabe der Geschäftsstelle bzw. der NaLI. Bis sie etabliert worden ist, liegt es nach Auffassung der AG in erster Linie in der Verantwortung der AG Infektionsschutz, also der Infektionsschutz-Referenten der Länder, den Aktionsplan zu begleiten und später an die Geschäftsstelle des Nationalen Impfplans weiterzugeben (s. Abb. 6).

Fazit

weitere Begleitung durch die AG Infektionsschutz bis zur Etablierung der Geschäftsstelle Nationaler Impfplan gewährleistet

Abb. 6: Ergebnispräsentation der Arbeitsgruppe 1; Vorschlag für weitere Vorgehensweise

Impfmodelle in Lebenswelten – Unterschiedliche Probleme und Lösungsansätze bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

Vorsitz: Dr. Angelika Hornig, Prof. Dr. Fred Zepp

Impulsreferat: Dr. Gabriele Ellsäßer

Protokoll: Dr. Claudia Simon, Dr. Susann Sroka-Rodrigues

Mitglieder der Arbeitsgruppe

DM Michaela Beck
Gesundheitsamt des Landkreises
Märkisch-Oderland, Seelow

PD Dr. Cornelia Betsch
Universität Erfurt, Erfurt

Dr. Stephan Bernhard
Berufsverband Allgemeinmediziner, Berlin

Karin Brösicke
BÄK, Berlin

Dr. Gabriele Ellsäßer
Landesamt für Umwelt, Gesundheit
und Verbraucherschutz Brandenburg, Zossen

Dr. Wolfram Hartmann
BVKJ, Kreuztal

Prof. Dr. Ulrich Heininger
Univ.-Kinderspital beider Basel, Basel

Dr. Angelika Hornig
Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Demografie, Mainz

Regina Hörskén
KBV, Berlin

Prof. Dr. Johannes Liese
Universitätsklinikum, Würzburg

Dr. Petra Nies
G-BA, Berlin

Linda Seefeld
BZgA, Köln

Dr. Stephan Skonietzki
Berufsverband der Frauenärzte e. V., Berlin

Univ.-Prof. Dr. Fred Zepp
Universitätsmedizin Mainz, Zentrum für Kinder-
und Jugendmedizin, Mainz

Impulsreferat

Fragestellungen

- Wie erreichen wir die unterschiedlichen Zielgruppen, z.B. Kinder und Jugendliche, Schwangere, Erwachsene in der Arbeitswelt und ältere Menschen? Welche Arztkontakte können genutzt werden? Gibt es generationsübergreifende Ansätze?
- Welchen lebensphasenbezogenen Ansatz gibt es? Welche „goodpractice“-Modelle bestehen hier bereits?
- Welche setting-bezogenen Ansätze könnten genutzt werden, z.B. Familien, Kita, Schule, Arbeitswelt, Krankenhaus, Pflegeeinrichtungen?
- Welche Maßnahmen werden von den Teilnehmern empfohlen?

Beispielhaft werden Impfpräventionsansätze und ihre Evaluationsergebnisse vorgestellt

1. Bezogen auf junge Familien mit kleinen Kindern bis 3 Jahren wurde das „Netzwerk Gesunde Kinder im Land Brandenburg“ vorgestellt, da es ein landesweites Gesundheitsförder- und Hausbesuchsprogramm beinhaltet. Schwerpunkte der persönlich überbrachten Gesundheitsinformationen durch geschulte Patinnen und Paten bzw. Hebammen sind die U-Früherkennungsuntersuchungen, der Impfkalender, Sprachangebote (Programm Lesestart) und die Unfallprävention. Die Evaluation des Programms konnte zeigen, dass Kinder in den Netzwerken Gesunde Kinder signifikant höhere Raten eines vollständigen Impfstatus zeigten im Vergleich zur Gruppe der nicht in den Netzwerken Teilnehmenden (Ellsäßer 2015)¹.
2. Jugendliche in 6., 8. und 10. Klassen zeigen erhebliche Impflücken, da notwendige Auffrischimpfungen nicht umgesetzt bzw. fehlende Impfungen, wie die MenC-Impfung, nicht nachgeholt werden. Mädchen sind völlig unzureichend gegen HPV geimpft (Ellsäßer und Trost-Brinkhues 2013)². Der Ländervergleich der Autorinnen über 8 Bundesländer wurde mit aktualisierten Daten vorgestellt. Darüber hinaus wurden beispielhaft Modelle guter Praxis aus den Bundesländern erläutert (eine zentrale Einladung zur J1 in Brandenburg, Impfprojekte in berufsbildenden Schulen in NRW, gesetzliche Regelung einer Impfbuchkontrolle in 6. Klassen durch den ÖGD in Bayern u. a.).
3. Interdisziplinäre und sektorübergreifende Impfpräventionsprogramme sind neue Ansätze in der Impfprävention, die eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Akteure einbeziehen, u. a. das stationäre und ambulante Versorgungssystem, den ÖGD, die Apotheken, Krankenkassen, den Bildungsbereich. Voraussetzung ist eine gemeinsame Struktur wie ein Arbeitskreis oder Runder Tisch Impfprävention. Hier werden z. B. landesspezifisch die Ziele der Aktionen festgelegt und gemeinsame Maßnahmen im Konsens umgesetzt. Beispielhaft wurden zwei Arbeitskreise (in Berlin und Brandenburg) vorgestellt. Der Nutzen liegt hier in den Synergieeffekten – alle arbeiten an demselben Ziel und agieren auf der Basis von konsentierten Maßnahmen (z. B. Verbesserung des Impfstatus bei Schülern). Darüber hinaus kann durch gezielte gemeinsame Aktionen das Thema Impfen wirksamer in die Öffentlichkeit getragen werden.

Literaturverzeichnis

- 1 Ellsäßer G. (2015): Wie wirksam sind die „Netzwerke Gesunde Kinder“ in Brandenburg? 65. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und BZÖG, Rostock April 2015. www.gesundheitsplattform.brandenburg.de
- 2 Ellsäßer G., Trost-Brinkhues G. (2013): Impfungen bei Jugendlichen in den 6.-10. Klassen 2011 – ein Ländervergleich. Handlungsbedarf für eine zielgerichtete nationale Impfstrategie. Gesundheitswesen 2013; 75; 705-713

Ergebnisse der Diskussion in der Arbeitsgruppe

„Impfmodelle in Lebenswelten“ ist ein sehr breiter Auftrag, der in etwa drei Stunden nicht erschöpfend bearbeitet werden kann. Insofern sind die Vorschläge der AG 2 nicht als abschließend zu betrachten. Die Zusammensetzung der Gruppe war vielfältig, um unterschiedliche Lebenswelten darstellen zu können: Vertreter der BZgA, Fachfrauen, die sich mit neuen Medien beschäftigen, Berufsverband der Kinderärzte, Fachleute aus der Universität, die in der Kinderheilkunde beschäftigt oder mit psychologischen Aspekten des Impfen befasst sind, auch ein Fachmann aus der Schweiz, der einen ganz anderen Blick auf die Verhältnisse hat. Aber auch Vertreter der Bundesärztekammer, der KVen, des G-BA.

Kommunikatoren und Multiplikatoren

Bei den Bemühungen, größere Akzeptanz für die Impfangebote zu erreichen, sind Kommunikatoren und Multiplikatoren wichtige Partner, auf deren Hilfe man angewiesen ist. Sie ermöglichen uns den Zugang zu unterschiedlichen Lebenswelten und übermitteln dort die notwendigen Informationen für eine sachgerechte Impfentscheidung. Dazu gehören nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Hebammen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Kitas, Tagesmütter, Lehrerinnen und Lehrer, Medizinstudierende und viele mehr. So findet man Multiplikatoren auch überall, wo Väter mit dabei sind: bei der Schwangerschaftsberatung, in den Geburtsvorbereitungskursen oder in den Sportverbänden, wo man sich mit der Gesundheit von Menschen beschäftigt (s. Abb. 1).

Erreichen von Kommunikatoren/ Multiplikatoren

- Impfinformationen in Ausbildung von Gesundheitsfachberufen (Hebammen, Altenpfleger), Erziehern, Lehrern und Medizinstudenten verstärken
- Multiplikatoren in der Bevölkerung finden, z. B. in Geburtsvorbereitungskursen, Sportverbänden...
- Botschaften gruppenspezifisch vorbereiten (z. B. für Erzieherinnen und Erzieher, Eltern, Jugendliche...), z. B. *Lehrerkoffer Impfen* bundesweit bereitstellen

Abb. 1: Ergebnispräsentation der Arbeitsgruppe 2; Kommunikatoren und Multiplikatoren

Es ist notwendig, die Ausbildung der Kommunikatoren und Multiplikatoren impfspezifisch zu verstärken. Dabei können verschiedene Hilfsmittel eingesetzt werden, wie z. B. der Lehrerkoffer, der schon verfügbar ist. Wichtige Punkte in diesem Zusammenhang sind die stärkere Verankerung des Impfens in den Ausbildungs-

plänen der Medizinstudenten und die Vertiefung und Aktualisierung der Kenntnisse durch die Weiterbildungsordnung, um die sich derzeit die zuständigen Stellen bemühen. Davon war bereits in den Diskussionsergebnissen der AG 1 die Rede.

Lebenswelten

Bei den Bemühungen zur Schließung von Impflücken soll man einen Aspekt im Auge behalten, auf den Herr Renn gestern in seinem Vortrag hingewiesen hat. Etwa 65 % der Bevölkerung ist ausreichend geimpft oder besitzt eine erworbene Immunität. Ziel unserer Kampagnen müssen daher die restlichen 35 % sein,

die keine Zeit oder keine Gelegenheit hatten, sich impfen zu lassen. Unsere Bemühung soll nicht darauf ausgerichtet sein, die 3 % oder 4 % zu erreichen, die das Impfen ablehnen. In der Abbildung 2 sind Lebenswelten dargestellt, in denen wir die 35 % der Bevölkerung vorfinden, die sich impfen lassen will, wenn sie ausreichend darüber informiert wird. Die Aufzählung ist natürlich nicht abschließend.

Erweiterung von Impfcheck und -beratung, ggf. Impfung

- Impfberatung in neuen Settings, z. B. Tagesmütter, Apotheken
- Bei Vorsorgeuntersuchungen im Erwachsenenalter
- Bei medizinischen Untersuchungen im Zusammenhang mit Freizeitaktivitäten (z. B. Tauchen, Sportfliegen) oder mit Berufstätigkeiten (z. B. Piloten, Kraftfahrer)
- Bei Erste-Hilfe-Kursen im Rahmen des Führerscheinerwerbs
- Angebote für Familien erweitern (Erreichbarkeit, Terminmanagement)
- Vor Aufnahme Bundesfreiwilligendienst
- Beim Personal im medizinischen Bereich bereits zu Beginn der Ausbildung/des Studiums
- Bei der reisemedizinischen Beratung Impfbuchkontrolle
- Ärzte an neuen Impforten

Abb. 2: Ergebnispräsentation der Arbeitsgruppe 2; Erweiterung von Impfcheck und -beratung in Lebenswelten

Ein Blick auf die Aufzählung zeigt, dass die Diskussionsteilnehmer bei der Zusammenstellung der Lebenswelten einerseits die Gruppen im Auge hatten, die bereits Ziel unserer Kampagnen sind. Andererseits hat man auch neue Wege und Innovationen gesucht, weil es als Auftrag der AG 2 verstanden wurde, Impulse für neue Ideen zu geben.

Impfberatung soll überall dort angeboten werden, wo Menschen sich mit ihrer Gesundheit oder der Gesundheitserhaltung auseinandersetzen, z. B.

in Apotheken oder bei Vorsorgeuntersuchungen im Erwachsenenalter. Eine große Bandbreite an Lebenswelten bieten die Freizeitaktivitäten: Menschen, die tauchen wollen oder Sport treiben. Die Jugendlichen, die in einem Sportverein an Wettkämpfen teilnehmen. Sie müssen ein ärztliches Attest vorlegen. Das ist eine günstige Gelegenheit zur Überprüfung des Impfstatus. Ähnlich ist es beim Erwerb des Führerscheins. Bei Jugendlichen, die dafür den Erste-Hilfe-Kurs absolvieren, soll am Rande auch der Impfstatus als eine Zusatzinformation erhoben werden.

Wir sollten auch Möglichkeiten schaffen, damit die ganze Familie gemeinsam eine Gesundheitsberatung erhält. Das ist ein wichtiger, wenn auch nicht einfacher Ansatz. Man denke z. B. an eine Familie mit drei Kindern, eins muss in die Schule, das andere in den Kindergarten und das dritte ist noch in der Kita. Möglicherweise sollte man Familienberatungstermine in Arztpraxen organisieren. Man soll auch über Beratungsmöglichkeiten vor der Aufnahme des Bundesfreiwilligendienstes oder zu Beginn eines Studiums nachdenken. Wenn die Medizinstudierenden dazu animiert werden, sich bei dem Einstieg ins Studium über den ausreichenden Impfschutz Gedanken zu machen, wird das eine nachhaltige Wirkung haben und nicht nur ihnen, sondern auch ihren zukünftigen Patienten zu Gute kommen.

Eine andere Lebenswelt betrifft die Reisevorbereitungen. Dabei werden häufig Internetportale benutzt. Man bekommt dort eine quasi kostenfreie reisemedizinische Beratung. Den Reisenden muss unbedingt vermittelt werden, dass die wichtigste reisemedizinische Vorbereitung darin besteht, den eigenen Impfstatus zu überprüfen und fehlende Impfungen nachzuholen. Dann kann man alles Mögliche noch draufsateln. Aber wenn der Impfcheck fehlt, dann sind sie unvollständig beraten. Unsere Beratung ist daher effektiver als das Internet-Angebot.

Materialien und Tools

An der Nutzung neuer Medien, Facebook und andere, kommt man heute kaum vorbei. Dafür gibt es eine ganze Reihe von Modellen (s. Abb. 3).

Wir sollten nicht vergessen, dass Gesundheit

ein riesig wachsender Markt mit vielfältigen Angeboten ist. Es gibt z.B. tragbare Zähler, mit denen man u.a. feststellen kann, wie viele Schritte man am Tag gegangen ist, ob man gut geschlafen hat. Diese Hilfsmittel funktionieren in der Weise, dass man im Internet seine Gesundheitsdaten überprüft. Impfchecks sind aber nicht dabei. Die AG regt an, z. B. mit Apple Kontakt aufzunehmen, um eine entsprechende Ergänzung zu erreichen. Das kann man mit den landestypischen Empfehlungen hinterlegen. So kann man viele junge Menschen erreichen. Eine weitere Möglichkeit ist der Weg über die Kinos. Vor zwei Jahren wurde in München ein Kinospot des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege prämiert, der im Internet verfügbar ist.

Auch die Einführung von Recall-Modellen, also Menschen aktiv aufzusuchen und an fehlende Impfungen zu erinnern, wie es in England gemacht wird, muss nach unserer Auffassung unbedingt unterstützt werden. Das bedeutet natürlich, dass wir so etwas wie ein Impfregister benötigen. Denn man kann nur den kontaktieren, dessen Impfplücken bekannt sind. Ein weiterer guter Vorschlag ist die Bevölkerungsbildung. Die Volkshochschulen wären ein geeigneter Ort, die Kenntnisse über das Impfen breit zu verankern.

Appelle zur Stärkung des Impfans

Zunächst ist es wichtig, dass wir einen Aspekt zum Maßstab all unserer Bemühungen machen: Überzeugungsarbeit zu leisten, ist zielführender als Zwang auszuüben. Heute redet man an verschiedenen Stellen über die Einführung einer Impfpflicht. Diese Überlegungen

sind aus unserer Sicht nicht hilfreich. Wer durch eine sachliche Beratung die Einsicht gewonnen hat, dass die Impfung die beste Vorbeugungsmaßnahme bei impfpräventablen Krankheiten

ist, wird auch künftig auf seinen kompletten Impfschutz achten. Diese nachhaltige Wirkung kann die Impfpflicht nicht entfalten.

Materialien und Tools

- Neue Medien nutzen, z. B. Facebook, Youtube, Impf-App, Website CDC
- Arzt-Patienten-Interaktion anhand vorbereiteter Materialien, z. B. ÄZQ – neue Kurzinformationen für Patienten (KIP) z. B. zu Masern
- Gruppenspezifische Settings nutzen: z. B. Jugendmesse Youth, Fastfoodrestaurants, Kinos...
- Einführung Recall-System, elektronischer Impfausweis
- Reisebuchung mit Informationen zu impfpräventablen Erkrankungen verknüpfen
- STIKO-konforme Informationsmaterialien in Familienbildungsstätten wie Volkshochschulen verteilen

Abb. 3: Ergebnispräsentation der Arbeitsgruppe 2; Möglichkeiten zur Erreichung verschiedener Zielgruppen

Allerdings müssen die Rahmenbedingungen verbessert werden. Daher richtet die Arbeitsgruppe folgende Appelle an die jeweils zuständigen Stellen:

Kommunikation des sozialen Nutzens des Impfens

Es ist wichtig, den sozialen Nutzen des Impfens stärker hervorzuheben, wozu uns der Vortrag von Herrn Renn auch animiert hat. Impfen ist eigentlich etwas Natürliches. Beim Impfen macht man das, was die Natur auch macht, nur schonender.

Impfen positiver besetzen, z. B. „Impfen wirkt“

Es soll vermittelt werden, dass wir mit dem

Impfen als Familie etwas Gutes tun, auch für unsere Kinder. Es wäre wünschenswert, diesen Gedanken verstärkt in der Bevölkerung zu verankern.

Fachübergreifendes Impfen ermöglichen

Über diesen Punkt wurde in der AG 3 ausführlich gesprochen. Das ist auch für die Realisierung vieler Impfmodelle in Lebenswelten wichtig. Fächerübergreifendes Impfen muss ermöglicht werden, wenn es im allgemeinen Interesse liegt, dass jeder Mensch die öffentlich empfohlenen Impfungen erhält. Das muss so gesagt werden, wohl wissend, dass es kompliziert ist, weil dafür Hindernisse abgebaut werden müssen.

Rechtliche Situation darstellen

Die Arbeitsgruppe ist – bei aller kontroversen Diskussion über diesen Punkt – zu der Erkenntnis gekommen, dass wir nicht aufhören dürfen nachzudenken, wenn wir ein Problem lösen wollen. Möglicherweise müssen Regeln und Gesetze geändert werden, die der Durchführung von Impfungen im Wege stehen. Allerdings ist in diesem Zusammenhang auf die Verabschiedung des Präventionsgesetzes im Bundestag hinzuweisen. Dadurch sind neue Möglichkeiten eröffnet worden.

Stärkung des ÖGD, um Möglichkeit der aufsuchenden Hilfe zu nutzen

Der Öffentliche Gesundheitsdienst soll wieder gestärkt werden. Die Möglichkeiten des ÖGD, subsidiär impfen zu können, sollen erweitert werden. In diesem Zusammenhang wird auf die ausgestellten Poster hingewiesen (P04-06: Umsetzung des allgemeinen Impfangebots für Asylbewerber in der Aufnahmeeinrichtung für Asylbegehrende in Trier (AfA Trier); M. George, A. Mund, K. Neukirch, F. Burckhardt u.a.).

Angemessene Vergütung

Das ist ein anderer, aus dem berufsverbändlichen Umfeld kommender Appell. Es könnte natürlich für bestimmte Bereiche, z. B. für Kindertagesstätten, ein Bonussystem geben, das die Initiative beim Impfen stärkt. Denkbar wären auch Bonusmodelle für Jugendliche, wenn ihr Impfstatus komplettiert wird.

Ansprache an Ärzte und Stärkung institutioneller Verantwortlichkeiten

Dieses Thema wurde in der AG mit einer gewissen Kontroverse diskutiert. Es geht um folgende Frage: Müssen, dürfen oder sollten wir nicht von der in unserem Gesundheitswesen tätigen Ärzteschaft erwarten, dass sie das Impfen unterstützen? Und wie gehen wir mit den 3 % oder 4 % der Ärztinnen und Ärzte um – das ist eine kleine Gruppe –, die dagegen votieren? Man war sich nicht sicher, ob Sanktionen tatsächlich hilfreich sind. Aber wir denken, dass die Ärzteschaft und die Ärztekammern einen Auftrag haben, sich verstärkt zu engagieren.

Stärkung Impfort Schule, z. B. Modell Schulkrankenschwester

Ein weiterer Appell betrifft die Stärkung eines Systems, das u. a. in England und Australien existiert. Dort gibt es ein schulbasiertes, Gesundheit förderndes Begleitsystem (z. B. School Nurses in Australien). In diesen Ländern beobachtet man eine erfolgreiche Verankerung von Impfkonzepthen. Das ist im Grunde ein Appell zur Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Bereitstellung von Personal und Material/ Impfstoffen

Gesundheitsvorsorge ist heute ein wichtiges Element. Sie gehört in die Lehrpläne der Schulen und in die Ausbildung des Lehrkörpers. Je früher die Menschen damit befasst werden, umso besser ist es. Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge müssen den Menschen in ihrem gesamten Lebensweg angeboten werden. Das

erfordert aber die Bereitstellung von Personal und Finanzmitteln. Unser Impuls ist: Gesundheitsvorsorge kostet Geld. Wenn wir ein Interesse daran haben, muss das Geld auch bereitgestellt werden.

Abschlussrunde

Insgesamt wurde festgestellt, dass sich die AG als Ideengeber für neue Möglichkeiten verstand. In diesem Sinne wurde angeregt, aus dem breiten Spektrum der Möglichkeiten zur Förderung des Impens über die Realisierung folgender Punkte nachzudenken:

- Niedrigschwellige Kontaktaufnahme
- Einbeziehung neuer Lebenswelten/virtueller Lebenswelten
- Erweiterung des technischen Ansatzes für Ärzte
- Klärung der Finanzierungsfrage
- Verdeutlichung gesamtgesellschaftlicher Bedeutung
- Entwicklung Bonusmodelle
- Vereinheitlichung Botschaften/Vorgehensweisen
- Nutzung Landesrahmenvereinbarung, um Impfgedanken in Lebenswelten zu tragen
- Bottom-up-Ansatz

Impfhindernisse und Lösungsansätze – Fachübergreifendes Impfen und divergierende Impfpfehlungen

Vorsitz: Dr. Anne Marcic, Dr. Ute Teichert

Impulsreferat: Dr. Anne Marcic

Protokoll: Claudia Siffczyk, Dr. Frank Gries

Mitglieder der Arbeitsgruppe

Dr. Christian Belgardt
Apothekerkammer Berlin, Berlin

Dr. Ulrike Götting
VFA, Berlin

Lorenz Hüfner
Berliner Apotheker-Verein, Berlin

Friedhelm Klingels
GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, Nalbach

Piotr Kopankiewicz
Betriebsarzt, Charité, Berlin

Martin Lack
KBV, Berlin

Dr. Anne Marcic
Ministerium für Soziales, Gesundheit,
Wissenschaft und Gleichstellung, Kiel

Julia Möllmann
AOK Nordost, Berlin

Dr. Dr. PH. Günter Pfaff
Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg,
Stuttgart

Dr. Sabine Reiter
BMG, Berlin

Birger Rostalski
vdeke.V, Berlin

Dr. Ute Teichert
Akademie für öffentliches Gesundheitswesen,
Düsseldorf

Dr. Martin Terhardt
STIKO, Berlin

DM Gudrun Widders
Gesundheitsamt Berlin-Spandau, Berlin

Dr. Uwe Kaiser
RKI, Berlin (zeitweilig)

Impulsreferat

In der Arbeitsgruppe wurden Impfhindernisse beleuchtet, die sich bei der Umsetzung von Impfpfehlungen zum Erreichen eines bestmöglichen Impfschutzes der Bevölkerung offenkundigen und Lösungsansätze zur Beseitigung dieser Impfhindernisse entwickelt.

Im Fokus standen divergierende Impfpfehlungen, das fachübergreifende Impfen bzw. die Einbindung aller Arztgruppen, (Standard-)Impfungen durch Betriebsärzte, Impfungen durch den ÖGD. Die ursprünglich für die Diskussion vorgesehenen Impfungen im Verletzungsfall (in Notaufnahmen) konnten aus Zeitgründen nicht besprochen werden.

Es war zu hinterfragen, ob und wie die fachlich

divergierenden Impfpfehlungen von STIKO und SIKO der einheitlichen Umsetzung entgegenstehen und inwieweit z.B. eine fehlende öffentliche Empfehlung der Länder ein Impfhindernis darstellt.

Dem STIKO-Grundsatz *„Jeder Arztbesuch von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sollte dazu genutzt werden, die Impfdokumentation zu überprüfen und gegebenenfalls den Impfschutz zu vervollständigen“* entsprechend sollte geprüft werden, wie eine bundeseinheitliche Beteiligung aller Arztgruppen an der Durchführung von Impfungen erreicht werden kann. Dabei spielten sowohl die Verankerung von Impfungen in den Weiterbildungsordnungen für Ärzte als auch Beschränkungen durch ein Verbot fachgebietsübergreifender Leistungserbringung eine Rolle.

Im Hinblick auf das Erreichen der Zielgruppe der (jungen) Erwachsenen kommt den Betriebsärzten eine besondere Bedeutung zu. Die Durchführung von Standardimpfungen (z. B. MMR, Tdap, Tdap-IPV) zu Lasten der Krankenversicherungen ist Betriebsärzten aufgrund abrechnungstechnischer Hindernisse nicht generell möglich. Es sollte hinterfragt werden, wie abrechnungstechnische Voraussetzungen geschaffen werden können, um das Angebot von Standardimpfungen durch Betriebsärzte dauerhaft zu etablieren und wie dies z. B. durch Impfvereinbarungen auf der Basis von § 132e SGB V realisiert werden kann. Vor dem Hintergrund der immer noch bestehenden Hindernisse bei Impfungen in Notaufnahmen sollte zudem die Tdap-Impfindikation im Verletzungsfall thematisiert und ein Lösungsweg zur Realisierung dieser Impfung erarbeitet werden.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist auch von Bedeutung für Bevölkerungsgruppen, die vom Regelsystem nicht erreicht werden oder die das Regelsystem nicht nutzen. Die Voraussetzungen für Impfleistungen durch den ÖGD wie z. B. der Erhalt des impfspezifischen Know-Hows und Regelungen zur Kostentragung durch Impfvereinbarungen in den Ländern wurden im Rahmen der Arbeitsgruppe thematisiert.

Ergebnisse der Diskussion in der Arbeitsgruppe

Es gibt viele Impfhindernisse. Die Arbeitsgruppe konzentrierte sich auf eine vorab getroffene Auswahl von Gesichtspunkten, die zu Impfhindernissen führen können. Diese Gesichtspunkte sind:

1. Unterschiede in verschiedenen Impfpfehlungen: STIKO, SIKO, öffentliche Empfehlungen,
2. Einbindung aller Ärzte zur Umsetzung des STIKO-Grundsatzes („fachgebietsübergreifendes Impfen“),
3. Impfungen (Standardimpfungen) durch Betriebsärzte und in Notaufnahmen,
4. Impfungen durch den ÖGD.

Zu Punkt 1:

In diesem Zusammenhang sind drei Fragen von Bedeutung:

- **Inwiefern sind die konkurrierenden fachlichen Empfehlungen von STIKO und SIKO ein Impfhindernis?**

SIKO ist die einzige Länderempfehlung, die den Anspruch erhebt, eine fachliche Konkur-

renz zur STIKO zu sein. Nach Auffassung der AG stellen die zwischen diesen Impfpfehlungen bestehenden Unterschiede zwar bundesweit kein Impfhindernis dar. In Sachsen wird aber die zeitgerechte Durchführung der zweiten MMR-Impfung stark beeinträchtigt, weil nach SIKO diese Impfung erst ab dem 6. Lebensjahr empfohlen ist. Das führte dazu, dass bei der Untersuchung im 2. Schuljahr in Sachsen zuletzt mit 80 % die niedrigste Rate in Bezug auf die zweite MMR-Impfung ermittelt wurde. Insofern ist die SIKO-Empfehlung in Bezug auf die zeitgerechte 2. MMR-Impfung in Sachsen ein Impfhindernis. Darüber hinaus irritieren von den STIKO-Empfehlungen abweichende Stellungnahmen von Fachverbänden, Fachgesellschaften oder anderen Experten in der Impfscheidung, Dies gilt ebenso für von den STIKO-Empfehlungen abweichende Formulierungen in der Schutzimpfungsrichtlinie (aktuell z. B. zur Indikation für die Influenzaimpfung), auch wenn es sich um kleine Unterschiede handelt.

- **Ist eine fehlende öffentliche Empfehlung (z. B. für bestimmte Altersgruppen) ein Impfhindernis?**

Die öffentlich empfohlenen Impfungen der Länder haben einen anderen Charakter als die rein fachlichen Empfehlungen der STIKO. Sie stehen nicht in einem Konkurrenzverhältnis zu STIKO-Empfehlungen, sondern dienen in erster Linie der versorgungsrechtlichen Absicherung des Impfings. Zur Frage, ob die öffentlichen Empfehlungen ein Impfhindernis sein können, ist grundsätzlich Folgendes anzumerken: Die Länderempfehlungen enthalten in der Regel einen dynamischen Verweis

auf die STIKO-Empfehlungen. Impfungen, die in der jeweils aktuellen Empfehlung der STIKO enthalten sind, sind somit auch öffentlich empfohlen. Bezieht sich die STIKO in einer Empfehlung auf eine bestimmte Altersgruppe, so gilt diese Einschränkung auch für die öffentlich empfohlenen Impfungen. Alle Altersgruppen, die in der STIKO-Empfehlung nicht genannt werden, sind dann auch von der Länderempfehlung nicht erfasst. Insofern entsteht eine Versorgungslücke im Fall eines Impfschadens, wenn eine Indikation für die Impfung außerhalb dieser Altersgruppe gegeben ist und eine Impfung erfolgt.

- **Sollten alle öffentlichen Empfehlungen nur Impfungen empfehlen – ohne Beschränkungen für bestimmte Altersgruppen oder Serogruppen?**

Die Arbeitsgruppe ist der Meinung, dass grundsätzlich die STIKO-Empfehlung als fachlicher Maßstab anzuwenden ist. Die öffentlichen Empfehlungen sollten jedoch wegen der versorgungsrechtlichen Absicherung in allen Ländern ohne Alterseinschränkung angepasst werden, wie es z. B. in Hamburg und Schleswig-Holstein der Fall ist.

Zu Punkt 2:

In der Abbildung 1 ist dargestellt, was mit dem fachgebietsübergreifenden Impfen gemeint ist. Es geht also darum, wie vor dem Hintergrund der geltenden Rechtsprechung und der gesetzlichen Rahmenbedingungen eine bundeseinheitliche Umsetzung des STIKO-Grundsatzes unter Beteiligung aller Arztgruppen möglich ist. Das Problem besteht darin, dass die derzeiti-

ge Rechtsprechung sehr enge Grenzen für die fachgebietsübergreifenden Leistungen vorgibt, wozu auch die Impfungen gezählt werden. Auf der NIK wurde im Plenum über ein aktuelles Urteil berichtet, das diese restriktive Tendenz fortsetzt. In diesem Urteil wurde einem Gynäkologen, der einen Mann geimpft hatte, verweigert, die Impfleistungen abzurechnen. Ein Argument, das in diesem Zusammenhang im-

mer wieder vorgebracht wird, ist die Einhaltung der Fachgebietsgrenzen. Die Beschreibung der derzeitigen Situation und ein möglicher Ausweg sind der Abbildung 2 zu entnehmen.

In der vorläufigen rechtlichen Prüfung des BMG wird ausgeführt, dass es nicht der Rechtslage entspricht, wenn sich eine KV auf Regelungen und Gerichtsentscheidungen beruft, die für den

Fachgebietsübergreifendes Impfen

STIKO-Grundsatz „Jeder Arztbesuch...sollte dazu genutzt werden, die Impfdokumentation zu überprüfen und ggf. den Impfschutz zu vervollständigen“: Einbindung aller Ärzte

- Wie kann eine Klarstellung und eine bundeseinheitliche Umsetzung mit Beteiligung aller Arztgruppen (unter Beachtung der Rechtsprechung) erreicht werden?

Abb. 1: Ergebnispräsentation der Arbeitsgruppe 3; Einbindung aller Ärzte zur Umsetzung des STIKO-Grundsatzes

Einhaltung der Fachgebietsgrenzen ?

- Bisheriges Problem der Rechtsprechung: enge Grenzen für fachgebietsübergreifende Leistungen
- Nach vorläufiger rechtlicher Prüfung des BMG entspricht es nicht der Rechtslage, wenn sich eine KV auf Regelungen und Gerichtsentscheidungen beruft, die für den Bereich der kassenärztlichen Versorgung gelten, nicht aber für die Erbringung von Schutzimpfungsleistungen. Denn die Erbringung von Schutzimpfungsleistungen wurde im Jahr 2006 mit § 132e SGB V außerhalb der EBM-Versorgung geregelt. Aus Sicht des BMG ist fachübergreifendes Impfen möglich, wenn es nur in geringem Umfang erfolgt.
- Die Interpretation einiger KVen von Gerichtsurteilen hat Auswirkung auf abrechenbare Leistungen und ist damit ein Impfhindernis
- Ärztliche Weiterbildungsordnungen

Abb. 2: Ergebnispräsentation der Arbeitsgruppe 3; Darstellung der rechtlichen Situation für fachgebietsübergreifendes Impfen

Bereich der kassenärztlichen Versorgung gelten, weil die Erbringung von Schutzimpfungsleistungen im Rahmen der 2006 durchgeführten Gesundheitsreform im § 132e SGB V außerhalb der EBM-Versorgung geregelt wurde. Aus Sicht des BMG ist fachgebietsübergreifendes Impfen möglich, wenn es in geringem Umfang erfolgt. Das wirft allerdings die Frage auf, wie der geringe Umfang zu definieren ist.

Allerdings legen die KVen die einschlägigen Gerichtsurteile unterschiedlich aus. Das geht aus einer Länderabfrage hervor, die Berlin in diesem Jahr gemacht hat. Schleswig-Holstein ist eines der wenigen Länder, in denen es keine Einschränkungen gibt und alle Ärztinnen und Ärzte impfen können.

Fazit

Das Ergebnis der Beratungen zu diesem Punkt sind zum einen eine Empfehlung an die Ärztekammern und zum anderen eine Prüfbite an das BMG (s. Abb. 3).

Als eine mögliche Lösung empfiehlt die AG, dass die Ärztekammern eine Revision der bestehenden Weiterbildungsordnung vornehmen. Wie es in Schleswig-Holstein der Fall ist, sollten die Schutzimpfungen in die allgemeinen Inhalte der Weiterbildungsordnung aufgenommen werden, weil sie gemäß den Empfehlungen der STIKO zum Inhalt aller medizinischen Fachgebiete gehören. Das würde bedeuten, dass dann die Durchführung der Impfungen unabhängig von der Fachrichtung möglich wird. Die Änderung der Weiterbildungsordnungen allein würde noch nicht zu einer abschließenden Lösung führen, würde aber eine klare Signalwirkung haben.

Der eigentlich zentrale Punkt der Empfehlung der AG ist die Prüfbite an BMG. Es soll geprüft werden, ob und an welcher Stelle Änderungen im SGB V erforderlich und möglich sind, um fachgebietsübergreifende Impfungen zu ermöglichen. In der AG wurden zunächst konkrete Überlegungen zur Umformulierung des SGB V angestellt. In Anbetracht der komplexen Materie hat man aber davon Abstand genommen,

**Lösungsmöglichkeiten
für fachgebietsübergreifendes Impfen**

- **Empfehlung an Ärztekammern**
 - Revision der bestehenden Weiterbildungsordnungen
 - Impfungen in die „allgemeinen Inhalte“ der Weiterbildungsordnungen aufnehmen (siehe Weiterbildungsordnung Landesärztekammer Schleswig-Holstein)
- **Prüfbite an BMG**
 - Änderungen im SGB V zur Ermöglichung fachgebietsübergreifender Impfungen
 - Regelung von Impfleistungen als Präventionsleistungen

Abb. 3: Ergebnispräsentation der Arbeitsgruppe 3; Fazit zum fachgebietsübergreifenden Impfen

eigene Vorschläge zu formulieren. Die zentrale Botschaft der AG ist: das BMG möge durch die Regelungen zu Impfleistungen das fachgebietsübergreifende Impfen ohne Einschränkung ermöglichen.

Zu Punkt 3

Bezüglich der Standardimpfungen durch die Betriebsärzte stand die Frage im Vordergrund, welche abrechnungstechnischen Voraussetzungen geschaffen werden müssen, um die Beteiligung der Betriebsärzte dauerhaft zu etablieren? Auch nach der bisherigen Rechtslage hätten die Betriebsärzte Standardimpfungen im Auftrag des ÖGD vornehmen können. Davon wurde einmal in Schleswig-Holstein Gebrauch

gemacht. Die entsprechende Formulierung im SGB V lautete „mit geeigneten Ärzten“. Als solche gelten auf jeden Fall auch die Betriebsärzte. Das ist jetzt durch den Zusatz „z. B. Betriebsärzte“ noch weiter präzisiert worden. Es ist zwar eine marginale Ergänzung, die jetzt über das Präventionsgesetz erfolgt ist. Sie schafft aber die gewünschte Klarheit.

In der AG wurde auch darüber diskutiert, wie die Vereinbarungen auf der Basis von § 132e direkt mit den Betriebsärzten realisiert werden können. Die Aspekte, die dabei berücksichtigt werden sollen, sind in der Abb. 4 zusammengefasst.

Schwierigkeiten bestehen insbesondere im Hinblick auf die Impfstoffbestellung und Ab-

Herausforderungen

- Verfahren und Wirtschaftlichkeit der Impfstoffbeschaffung (Bestellung, Lagerung etc.)
- Verschiedenartige betriebsmedizinische Settings
- betriebsärztliche Leistungen finden in unterschiedlichem Kontext statt („Personalarzt“ vs. Betriebsarzt)
- Nebeneinander von Standardimpfung und beruflicher Indikation (z. B. MMR)

Abb. 4: Ergebnispräsentation der Arbeitsgruppe 3; Herausforderung bei der Durchführung von Standardimpfungen durch Betriebsärzte

rechnung, weil diese eine zentrale Beschaffungsstelle erfordern (Abb. 4). Derartige Herausforderungen sind z. B. von den Impfvereinbarungen für den ÖGD bekannt. Es ist auch zu berücksichtigen, dass es verschiedenartige betriebsmedizinische Settings gibt: Große Unternehmen, die einen eigenen Betriebsarzt beschäftigen und kleinere Betriebe, die von selbstständigen Betriebsärzten betreut werden. Außerdem kann der Betriebsarzt bei Be-

darf auch als Personalarzt eingesetzt werden, z. B. bei der Einstellungs- oder Vorsorgeuntersuchung nach ArbMedVV. Es kann auch, wenn wir an die MMR-Impfung denken, ein Nebeneinander von Standardimpfung und beruflicher Indikation bestehen. Es ist deshalb zu klären, in welcher Funktion und in welcher Form der Betriebsarzt die Standardimpfung anbieten kann.

Fazit

Die AG empfiehlt, zunächst Mustervereinbarungen unter Beteiligung des Deutschen Apothekerverbandes mit Betriebsärzterverbänden (z.B. VDBW und BSAfB) zu treffen (Abb. 5). Es ist davon auszugehen, dass auf diesem Weg eine ordnungsgemäße, zeitnahe und wirtschaftliche Versorgung mit Impfstoffen gewährleistet werden kann.

Die konkrete Ausgestaltung der Mustervereinbarung könnte durch die Mitglieder der AG weiter betrieben werden, weil vereinbart worden ist, in Zukunft für offene Fragen ein Webinar zu nutzen. Frau Teichert, die Webinare in der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf anbietet, hat diese Möglichkeit in der AG gemeinsam mit Herrn Uwe Kaiser vom RKI kurz vorgestellt, sodass die Technik genutzt werden kann, wenn Bedarf dazu gesehen wird.

Ein weiterer Vorschlag der AG war, eine zeitlich befristete Catch-up-Kampagne für Beschäftigte in Gesundheitsberufen und Gesundheitseinrichtungen anzubieten, die durch Betriebsärzte, eventuell auch mit Unterstützung der niederge-

lassenen Ärztinnen und Ärzte, vorgenommen werden soll (s. Abb. 4). Das wäre natürlich eine sehr wirkungsvolle Maßnahme. Die Realisierbarkeit ist aber fraglich.

Zu Punkt 4:

Der öffentliche Gesundheitsdienst weist folgende Besonderheiten auf, die auch bei Impfangeboten von großer Bedeutung sind:

- ÖGD geht anders als die niedergelassene Ärzteschaft, die individualmedizinisch ausgerichtet ist, bevölkerungsmedizinisch vor.
- ÖGD erreicht Bevölkerungsgruppen, die vom Regelsystem nicht erreicht werden oder die das Regelsystem nicht nutzen.
- ÖGD macht als einzige Arztgruppe aufsuchende Angebote und kann damit Gruppen erreichen, zu denen sonst kein anderer einen Zugang hat.

Die größte Herausforderung für den ÖGD – und das muss auch an dieser Stelle gesagt werden – sind die fehlenden personellen Ressourcen bei gleichzeitig zunehmenden Aufgaben. Als eine Lösungsmöglichkeit wird ein Bundesmo-

Impfungen durch Betriebsärzte

- Mustervereinbarung unter Beteiligung des Deutschen Apothekerverbandes (DAV) und Betriebsärzterverbänden (VDBW und BSAfB), um eine ordnungsgemäße, zeitnahe und wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen
- Vorschlag: „Supplementary Immunization Activity“ (SIA): eine zeitlich befristete Catch-up-Kampagne für Beschäftigte in Gesundheitsberufen und Gesundheitseinrichtungen, vorgetragen durch Betriebsärzte und niedergelassene Ärzte

Abb. 5: Ergebnispräsentation der Arbeitsgruppe 3; Vorschläge zur Durchführung von Standardimpfungen durch Betriebsärzte

dellprogramm für das aufsuchende Impfen im ÖGD vorgeschlagen. Es sollte im Nationalen Aktionsplan verortet werden. Ziel sollte es sein, zusätzliche Fachkräfte (Ärzte und medizinisches Personal) für Impfungen in den Gesundheitsämtern einzusetzen, und zwar gezielt dort, wo sie dringend gebraucht werden und der Bedarf am höchsten ist.

Das allein reicht aber nicht aus. Die Gesundheitsämter brauchen dringend eine personell und finanziell ausreichende Ausstattung, um ihre Aufgaben zu erledigen. Die obersten Landesgesundheitsbehörden können leider nicht direkt handeln, weil die meisten von ihnen nicht mehr die Personalhoheit für die Gesundheitsämter haben. Personalangelegenheiten im ÖGD liegen überwiegend in kommunaler Zuständigkeit. Deshalb müssen die kommunalen Spitzenverbände in den Diskussionsprozess einbezogen werden. Die obersten Landesgesundheitsbehörden können aber eine Weichenstellung vornehmen, indem sie verbindliche Standards auf Landesebene auch für die Impfangebote durch den ÖGD definieren.

Diskussion im Plenum Arbeitsgruppe 1

Moderatoren: Dr. Marlen Suckau, Dr. Ulrich Widders
Vertreter der AG: Dr. Fabian Feil, Dr. Maria-Sabine Ludwig

Frage: Wann ist mit der Etablierung der Geschäftsstelle des Nationalen Impfplans zu rechnen?

Antwort (Ludwig): Die GMK hat als Sitz der Geschäftsstelle das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit gewählt. Aktuell muss zunächst die Zustimmung der GMK hinsichtlich der entsprechenden Verwaltungsvereinbarung abgewartet werden. Danach erfolgt die Ausschreibung zur Besetzung der vorgesehenen Stellen am LGL und anschließend – entsprechend den Plänen der GMK – die Etablierung einer Nationalen Lenkungsgruppe Impfen (NaLI).

Frage: Wie spiegelt sich der Gedanke der Evaluation im Nationalen Aktionsplan wider, wie sollen die Ergebnisse evaluiert werden?

Antwort (Feil): Eine Begleitung und Evaluation Nationalen Aktionsplans zur Masern- und Rötelnelimination ist sicher sinnvoll und wichtig. Da dieser ein Bestandteil der Fortschreibung des Nationalen Impfplans (NIP) ist, wäre es vorstellbar, die neu einzurichtende NaLI zusammen mit der NIP-Geschäftsstelle über das weitere Procedere entscheiden zu lassen. Dabei wird eine Priorisierung der verschiedenen Aufgaben und Maßnahmen sowie Verständigung auf mögliche Arbeitsgruppen erfolgen. Im Aktionsplan sind klare Zeitpunkte und Instrumente zur Evaluation der einzelnen Ziele enthalten.

Frage. Was kann das Gesundheitsamt konkret zur Umsetzung [des Nationalen Aktionsplanes] beitragen?

Antwort (Ludwig): Wie auch im Bericht der AG dargestellt, müssen die Akteure vor Ort stärker vernetzt und vor allem Kinderärzte, Hausärzte in die Umsetzung einbezogen werden. Gemeinsam sollten insbesondere Personen angesprochen werden, die entweder nicht für Impfungen erreichbar sind oder impfkritisch sind. Mit ihnen muss man einen intensiveren Dialog suchen.

Ergänzung zur Antwort (Feil): Sobald der Aktionsplan öffentlich zugänglich ist, sollte es darum gehen, ihn in den Ländern zu etablieren, damit sich auch Kommunen dem Ziel anschließen können, Masern und Röteln bis Ende 2018 zu eliminieren. Eine Idee in der Arbeitsgruppe war es, den Aktionsplan mit einem eingängigen Logo zu ergänzen, welches alle Akteure dann auch verwenden können: z. B. Deutschland wird masernfrei! Dieses Logo könnten dann sowohl Bundes-, Landes- und Kommunalbehörden wie auch niedergelassene Ärzte, Apotheken und viele weitere Multiplikatoren des Impfdankens verwenden und darüber „Awareness“ schaffen.

Frage: Was soll ein deutsches Gesundheitsamt mit einer am Wochenende eingehenden Masern- oder Röteln-Meldung machen?

Antwort (Feil): Unser Ziel ist es, so schnell wie möglich von der Erkrankung zu erfahren. Eine

Meldung am Wochenende hätte den Vorteil, dass das Kind nicht in der Gemeinschaftseinrichtung ist und die Eltern auf ihre Pflichten nach dem IfSG hingewiesen werden könnten. Außerdem hätte man genügend Zeit, sich auf ein Ausbruchmanagement vorzubereiten, wie z. B. am Montag in die Schule zu gehen und dort die Eltern zu informieren.

Frage: Wie können in der Impfkommunikation Social Media-Plattformen eingesetzt werden?

Antwort (Ludwig): Social Media ist ein breites Thema, wie z. B. YouTube-Filme. In vielen Ländern werden entsprechende Möglichkeiten genutzt, verschiedenste Jugendliche anzusprechen. Auch die Entwicklung einer Impf-App wird diskutiert. In der Arbeitsgruppe 2 wurde vorgeschlagen, Software-Firmen anzusprechen.

Frage: Wie werden die weiteren Akteure eingebunden?

Antwort (Feil): Wichtige Akteure sind Ärztekammern, die niedergelassene Ärzteschaft, KVen, Krankenkassen, die sich dem Impfdanken auch verpflichtet fühlen. Es muss das Ziel sein, diese Akteure über den ÖGD hinaus mit zu beteiligen und auch mit denen gemeinsam diese z. B. Social Media mit zu entwickeln. Wir wissen, dass die BZgA medienübergreifend arbeitet. Wir wissen aber auch, dass es für die Behörden schwierig ist, aus Datenschutzgründen Facebook zu nutzen. Also da gibt es gewisse Hürden, die zu beachten sind. Ich denke, dass wir mit einem gemeinsamen Logo oder der Kampagne der BZgA die Möglichkeit haben, dass sich aufgrund des Wiedererkennungseffektes viele angesprochen fühlen und sich dem Eliminierungsziel anschließen. Dazu kann dieser Plan beitragen.

Frage: Welchen Lösungsvorschlag hat die AG, damit die KV-Surveillance am RKI über KV-Grenzen hinweg nutzbar gemacht wird, damit die Surveillance auch weiter ausgedehnt wird?

Antwort (Feil): Das am RKI durchgeführte Projekt kann sicherlich noch weiterentwickelt werden. Der Gesetzgeber hat vorgesehen, das Projekt als Daueraufgabe zu etablieren. Ein Aspekt kann sicherlich sein, die Daten auch auf kleinräumigem Niveau auszuwerten.

Frage: Wie kann erreicht werden, dass die notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen rasch zur Verfügung gestellt werden?

Antwort (Feil): Bevor diese Frage beantwortet wird, wäre es interessant zu wissen, wie hoch die Kosten für die hohen Durchimpfungsquoten schon heute sind. Es werden bereits finanzielle Ressourcen zu Verfügung gestellt. Es ist aktuell unbekannt, wie viel Geld für Impfungen ausgegeben wird. Dies ist sowohl für Polio wie auch für Masern und Röteln von Interesse. Die Forderung nach mehr Ressourcen ist natürlich legitim, interessant wäre jedoch auch, in welchem Verhältnis dies zu den bisherigen Ausgaben steht.

Frage: Welche Impfvorträge, die Ärzte für Laien halten können, gibt es bereits?

Antwort (Ludwig): Durch die Zusammenarbeit der BZgA mit dem Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte und der Bundesärztekammer werden gerade verschiedene Vorträge erstellt, die ins Netz eingestellt werden sollen. Sie können nicht nur von Ärzten gehalten werden, sondern auch von den medizinischen Laien. Sie sind wichtige Stützen für die Impfkommunikation.

Frage: Der Fokus des Nationalen Aktionsplans Masern und Röteln liegt sehr stark auf Masern. Welche Rolle spielt die konsequente Anwen-

derung von Masern- und Röteln-Kombinationsimpfstoff bei der gleichzeitigen Zielstellung der Elimination der Röteln?

Antwort (Feil): Masern sind fast immer symptomatisch und können bei den möglichen Komplikationen jeden Erkrankten betreffen. Deshalb sind Masern für alle Menschen präsenter und für eine Surveillance besser zugänglich. Dank der seit Jahren empfohlenen Impfungen gegen Röteln sind Meldungen von Säuglingen mit der schweren Diagnose Rötelnembryopathie glücklicherweise seltener geworden. Für die einzelnen noch nicht immunen Frauen ist es natürlich dramatisch, eine Rötelninfektion in der Schwangerschaft zu erleiden. Ziel ist es, die Rötelnembryopathie durch die Elimination der Röteln vollständig zu verhindern. Weil die Röteln hinsichtlich der Schwere der Erkrankung praktisch keine Rolle spielen und auch mit anderen Erkrankungen zu verwechseln sind, wird es schwierig bleiben, eine vergleichbare stringente Surveillance für Röteln aufzubauen. Die Unsicherheiten bei der Diagnose von Röteln und damit die Korrektheit der Meldungen nach IfSG wurden auch von Herrn Prof. Razum hervorgehoben. Es wird zwar eine Rötelndiagnostik durchgeführt, aber in einem ganz anderen Kontext und meistens bei gesunden Frauen. Um jedoch eine epidemiologische Barriere gegen Röteln aufzubauen, sind aufgrund der geringeren Ansteckungsfähigkeit auch geringere Durchimpfungsquoten erforderlich. Durch die Verabreichung des Kombinationsimpfstoffs und der erreichten Durchimpfungsquote ist daher davon auszugehen, dass in Deutschland tatsächlich nicht so viele Rötelnkrankungen auftreten. Aber die Überwachung der Röteln ist eine Herausforderung für die nächsten Jahre, der wir uns stellen müssen.

Frage: Warum wird die hausärztliche Praxis nicht stärker berücksichtigt?

Antwort (Ludwig): Im Aktionsplan gehören bei vielen Maßnahmen sehr wohl niedergelassene Allgemeinärzte zu den Akteuren: Intensivierung der Impfberatung bei jedem Arztbesuch, Steigerung der Attraktivität des Impfens, Unterstützung bei der Einführung von Impfneuerungssystemen, Abbau von möglichen (bürokratischen) Impfhindernissen. Es gibt natürlich viele Ansätze für die Stärkung der Motivation und der Anerkennung der Arbeit der Hausärzte. Hausärzte sind die Hauptstützen der Impfprävention bei Erwachsenen und daher einer der wichtigsten Ansprechpartner für die Umsetzung des Aktionsplans. Dass die Impfprävention bei Erwachsenen noch nicht immer optimal funktioniert und man sicher noch viel Zusammenarbeit und Sensibilisierung braucht, ist sicher eine Aufgabe der weiteren Begleitung.

Ergänzung zur Antwort (Feil): Es ist an dieser Stelle hervorzuheben, dass der Aktionsplan in vorbildlicher Weise von den Ländern und vom Bund konzipiert und im Vorfeld der Veröffentlichung mit den Betroffenen, insbesondere unter Beteiligung der KBV und der BVKJ, intensiv diskutiert und abgestimmt worden ist. Diese gemeinsame Vorgehensweise findet sich im Aktionsplan wieder und ist Grundlage dafür, dass sich alle Akteure zu den Zielen bekennen.

Diskussion im Plenum Arbeitsgruppe 2

Moderatoren: Dr. Marlen Suckau, Dr. Ulrich Widders
Vertreter der AG 2: Prof. Dr. Fred Zepp, Dr. Angelika Hornig

Frage: Die Arbeitsgruppe hat sehr stark auf Kommunikation/Information fokussiert, wobei gute Ansätze entwickelt wurden. Wie soll der dann wichtige Schritt initiiert werden, nämlich, dass die Menschen dazu auch den Arzt zur Impfung aufsuchen?

Antwort (Hornig): Es gibt eine ganze Reihe von Modellen. Wir glauben, dass wir die Situation schon geregelt haben, z. B. in unseren Kinderschutzgesetzen, damit die Früherkennungsuntersuchungen wahrgenommen werden. Wir müssen auf alle Fälle weiter daran arbeiten. Die Leute suchen ja sehr häufig einen Arzt auf. Wir haben versucht, diese Möglichkeiten vorzustellen, sei es für den Führerschein, für das Tauchereigniszeugnis oder für die Flieger. Wir haben sehr viele Situationen, in denen der Arzt bereits aufgesucht wird, wir nutzen sie nur noch nicht ausreichend. Ich denke, diesen Gedanken haben wir in der AG an sehr vielen Stellen verfolgt.

Frage: Welche Lösungsvorschläge hat die AG für die Allgemeinmediziner, verstärkt auf den Impfschutz ihrer Patienten achten?

Antwort (Zepp): Neben den Kinderärzten sind es wahrscheinlich die Allgemeinmediziner, die in der Breite, auch in der Arbeitsgruppe, das sehr stark vertreten haben. Und natürlich die Gynäkologen, die sich auch sehr intensiv um das Impfen kümmern. Ich habe auch gesagt: die Allgemeinmediziner, die in diesem Forum

sind, sind alle sehr positive Vertreter des Impfwesens. Davon bin ich überzeugt. Aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin ist es schon so, dass in der Fläche die Allgemeinmediziner noch etwas stärker dieses Thema verankern können. Ich will mal sagen, 95 % der Kinderärzte sind am Endziel. Ich glaube nicht, dass das in jedem Bereich heute schon so ist. Aber bei uns ist es ja ein Fokus unserer Aufgabe. Das ist das Alter, in dem man impfen soll. Natürlich gibt es Lebenswelten Säuglinge, Kinder, Schule, Adoleszenten-/Erwachsenenbildung und so weiter. Aber das moderne Leben von Menschen ist viel bunter und vielseitiger. Und die Frage war: Wo und an welchen Stellen können wir Menschen erreichen, die sich impfen ließen, wenn sie daran denken würden oder eine Chance dazu hätten. Ich sage, jedes Kind braucht eine Sporttauglichkeitsuntersuchung, wenn es in irgendeinem Verein an irgendeiner Wettkampftätigkeit teilnehmen will. Da gehört es eigentlich dazu, nach dem Impfstatus zu fragen. Und das passiert ja, so vermute ich, zum großen Teil bei Allgemeinmedizinern. Also, da müssen wir es hintragen.

Ergänzende Antwort (Hornig): Wir haben in der Arbeitsgruppe, neben vielen anderen Punkten und Aspekten, die angesprochen wurden, auch über Bonussysteme gesprochen. Also, wir haben auch an der Stelle viele Ideen entwickelt (s. Ergebnisse der Diskussion in der Arbeitsgruppe). Denkbar wären z. B. Bonusmodelle für

Jugendliche, wenn ihr Impfstatus komplettiert wird. Auch bei den Allgemeinmedizinerinnen, die einen Anteil ihrer Fortbildungspunkte pflichtmäßig durch Impffortbildung bekommen, kann man an solche Bonussysteme denken.

Ergänzende Antwort (Zepp): Ich will vielleicht eines noch sagen, weil die Vertreterin der Bundesärztekammer im Anschluss an die Beratung der AG mit mir kurz gesprochen hat. Ich bin ja eher dafür, Menschen von der Notwendigkeit der Impfung zu überzeugen. Ich glaube, mit guten Argumenten können wir Menschen immer überzeugen. Ich bin kein Befürworter von Pflichtimpfungen, weil das Widerstand erzeugt und die Argumente, die wir haben, gut sind. Ich habe auch in der Diskussion gesagt: wäre es nicht gut, wenn von den 50 Fortbildungspunkten in fünf Jahren fünf für Impfen wären? Aber die Kollegin aus der Bundesärztekammer hat damit Recht, dass dann die Ernährungsmediziner, Physiotherapeuten und die anderen kommen. Und jeder braucht fünf Punkte. Das ist möglicherweise, wenn man es zu Ende denkt, doch nicht der ideale Weg. Aber Impfen in der Fortbildung stärker zu verankern, ist sehr wichtig. Und noch mal: Ich glaube, wo man Pflicht vermeiden kann und Überzeugungsarbeit leistet, wird man mehr Erfolg haben.

Frage: 30 % der Migranten, die nach Deutschland kommen, sind Kinder. Gibt es für sie spezielle, spezifische Impfprogramme?

Antwort (Hornig): Am Rande der Beratung ist ein Poster aus Rheinland-Pfalz, glaube ich, erwähnt worden, das über diesen Punkt berichtet (s. Ergebnisse der Diskussion in der Arbeitsgruppe). Die Verpflichtung liegt ja nicht unbedingt auf der Gesundheitsseite. Aber wir begleiten das in Rheinland-Pfalz sehr eng, was das

Migrationsministerium macht. Natürlich ist es extrem wichtig, dass man von Anfang an, insbesondere für die unbegleiteten minderjährigen Asylbewerber entsprechende Programme einrichtet, damit sie die Fürsorge, auch die medizinische, sehr umfangreich erfahren. Das gilt für alle Menschen, die in ihren Herkunftsländern teilweise unter schrecklichen Bedingungen leben mussten, wo Impfprogramme zusammengebrochen sind. Wir haben wirklich dafür zu sorgen, dass sie gesundheitlich gut versorgt werden und nicht gleich bei der Ankunft Gefahr laufen, sich in einer Gemeinschaftseinrichtung gegenseitig zu infizieren.

Ergänzende Antwort (Zepp): Ich glaube, dass man den Eintritt ins Land nutzen soll, so früh wie möglich den Impfstatus zu komplettieren oder aufzufrischen. Und ich meine, die Impfkommision hat in ihren Empfehlungen sehr gute Zusammenstellungen zur Komplettierung von unklarem oder lückenhaftem Impfstatus vorgenommen. Wir haben es in den Postern gesehen: immer dann, wenn man wartet, bis ein Indexfall erkannt ist, gibt es einfach Verzögerungen. Das ist nachteilig. Deshalb soll den Migranten ganz früh ein Impfangebot gemacht werden, am besten in dem Moment, wenn sie faktisch in unser Gesundheitsstruktursystem eintreten. Das halte ich für sinnvoll. Man kann mit einer zusätzlichen Impfung nicht schaden. Man kann nur Gutes tun.

Frage: Super-Vorschläge. Wer kümmert sich um den Transfer der entwickelten Ideen? Sonst bleibt das alles eine Seifenblase.

Antwort (Zepp): Wir haben ja zum einen die Nationale Impfkongress als ein Forum, auf dem wir neue Ideen entwickeln. Mit diesen Ideen adressieren wir Institutionen, Behör-

den, Kammern, Politiker. Ich habe zum anderen die Angebote auf dem wachsenden Markt an Gesundheitsapplikationen beobachtet. Ein Beispiel sind die Hilfsmittel, die an den Fingern oder Handgelenken getragen werden, um alle möglichen Parameter zu messen, Zahl der Schritte, Puls und vieles mehr. Tatsächlich habe ich heute Nacht ein paar davon gescreent. Nirgendwo wird nach der Impfung gefragt. Da müssen wir dran arbeiten, weil sich damit die jungen Leute ständig beschäftigen, dafür Geld ausgeben ohne Ende. Und wenn sie sich anmelden, dann tun sie es auch freiwillig. Da umgehen wir vielleicht das Thema Datenschutz. Man muss sehen, wo die Daten hingehen, aber die Menschen können es eintragen. Wenn wir eine Evaluation automatisiert hinterlegen würden, dann würden wir die jungen Leute gewinnen, weil sie da eher drin sind als im Programm des niedergelassenen Kollegen oder der Kollegin. Das sind Möglichkeiten, die in der Aufarbeitung oder Nachbearbeitung dieser Konferenz aufgegriffen werden sollen. Ich hoffe sehr, dass die Akteure diese Ideen aufgreifen und dass man sie auf die zuständigen Stellen verteilt. Das können die Gesundheitspolitik oder die Kammern für die Weiterbildung sein, die auch signalisiert haben, das Thema stärker in der Weiterbildung von Ärzten zu verankern. Grundsätzlich sollte auch ein Radiologe darüber Bescheid wissen. Wir müssen mehr darüber kommunizieren. Krankenkassen müssen stärker in die Diskussion einbezogen werden. Von dem Geimpften profitieren die Kassen, weil er ja nicht krank werden kann.

Ergänzende Antwort (Hornig): Hier bauen wir natürlich auf die Geschäftsstelle des Nationalen Impfplanes. Ich bin überzeugt, dass wir da recht bald die Arbeit aufnehmen können. Denn

sie brauchen Strukturen, die dafür sorgen, dass die Ideen, die wir ja schon seit einiger Zeit sammeln, auch tatsächlich an die Empfänger kommen. Wenn ich überlege, wie viele gute Ideen schon in den vier Konferenzen entwickelt wurden! Doch verläuft immer wieder manches im Sande und wir wissen oft nicht, was im Nachbarland an guten Strukturen vorhanden ist. Ich hoffe sehr, dass wir es mit Hilfe der Arbeitsgruppen, die dann um die Geschäftsstelle herum entstehen sollen, schaffen können, dass wir die Arbeit koordinieren und Prioritäten setzen können. Wir werden nicht alles gleichzeitig umsetzen können. Das ist ein zu hoher Anspruch. Aber ich fand das gestern schon ganz gut, was berichtet wurde. Wir werden die Geschäftsstelle mit Arbeitsgruppen von unserer Seite sicherlich stark unterstützen.

Ergänzende Antwort (Zepp): Wir haben uns vorgenommen, auch mit Frau Dr. Hornig, die Neuen Medien anzuschreiben. Das muss ja irgendeiner machen. Eigentlich ist niemand direkt verantwortlich dafür, aber das wollen wir mit nach Hause nehmen.

Frage: Warum erfolgt nicht die Einrichtung von Kompetenzzentren für Impfungen?

Antwort (Hornig): Also, ganz ehrlich, wir haben solche Kompetenzzentren, wir haben die STIKO, wir haben den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Ich weiß nicht ganz genau, was mit dieser Frage gemeint ist. Ich glaube, es geht nicht darum, zu konzentrieren und an einem Ort Impfungen anzubieten, sondern die Impfungen in der Fläche durch jeden anzubieten. Und wenn damit gemeint ist, dass es besser koordiniert werden soll, dann ist es die Geschäftsstellenstruktur, die uns im Moment fehlt, von der wir uns versprechen, dass die in der Lage

sein wird, diese Arbeit zu koordinieren und die Schwerpunkte zu setzen.

Ergänzende Antwort (Zepp): Ja, ich habe auch darüber nachgedacht, wie man das machen kann. Und wir haben auch gesagt: es gibt viele Dinge, die wir schon haben und die wir manchmal nicht sehen. Also, ich würde fast sagen, Gesundheitsämter, die für die Gesundheit sind, sind Kompetenzzentren für das Impfen. Also, diese kann man anlaufen. Die Struktur steht schon, und die muss man als Arzt im Krankenhaus nutzen, um solche Fragen zu klären. Da ist auch die enge Verbindung zu den niedergelassenen Kollegen und Kolleginnen. Man soll vielleicht öffentlich klar machen, dass die Gesundheitsämter eine Form von Kompetenzzentren für Prävention und für den ÖGD sind.

Anmerkung des Moderators: Sie sprechen uns aus dem Herzen. Es gibt hier sehr viele politische Initiativen, hier auch Dank an die Gesundheitsminister-Konferenz, die sich seit Jahren dieses Themas annimmt. Was natürlich fehlt, ist das Einsehen an bestimmten Stellen, insbesondere bei der Vereinigung kommunaler Arbeitgeber. Ich saß selber ein Jahr am Tisch. Die sind recht harthäckig. Da müssen wir ran, um gerade auch – wenn ich für Brandenburg sprechen darf – in Berlin-fernen Regionen sozusagen wieder neues Personal zu gewinnen. Das Interesse ist da, aber es muss eben auch die Finanzierungsbasis da sein.

Frage: Wäre nicht ein Peer-Scout-Ansatz kombiniert mit Impf-Workshops an Schulen und den Jugendeinrichtungen in der jungen Zielgruppe vielversprechend? Wie und wer könnte ein solches Projekt initiieren?

Antwort (Hornig): Wenn ich das richtig verstanden habe, geht es darum, wie wir an die

Jugendlichen, Lebenswelt Jugendliche, heran kommen? In Berlin läuft so etwas oder steht kurz bevor, dass so ein Jugendtag stattfindet. Wunderbare Idee! Und das ist natürlich immer wieder der ÖGD, der da Initiator sein kann auf der kommunalen Ebene.

Anmerkung des Moderators: Hier kann man auch abzielen auf Nationalmannschaften, Rapper, also sozusagen Stars.

Antwort (Zepp): Das Thema wurde in der AG nicht behandelt. Wir hatten das nicht so drauf. Aber ganz klar: Junge Menschen oder die junge Generation hat andere Vorbilder als die, die wir vielleicht sehen. Ich glaube, die muss man aufgreifen und einbinden. Ich kenne mich in dieser Altersgruppe nicht mehr so aus. Aber wenn man Musiker, Liedermacher oder was auch immer, eben Rapper, dazu bekommt, das in ihr Programm aufzunehmen, dann würden wir dort etwas erreichen, weil junge Menschen gelegentlich aus dem Bauch heraus entscheiden. Die Auseinandersetzung läuft nicht immer wissenschaftlich.

Diskussion im Plenum Arbeitsgruppe 3

Moderatoren: Dr. Marlen Suckau, Dr. Ulrich Widders

Vertreter der AG: Dr. Anne Marcic, Dr. Ute Teichert und auf Wunsch der AG zusätzlich Dr. Martin Terhardt (STIKO)

Frage: Ein Fragenkomplex befasst sich mit der STIKO, insofern ist Herr Terhardt prädestiniert dafür, die Fragen mit zu beantworten. Eine davon lautet: Wie können Abweichungen der STIKO-Empfehlungen in der Schutzimpfungsrichtlinie verhindert werden? Wie können dann wiederum abweichende Regelungen in den Impfvereinbarungen verhindert werden?

Antwort (Terhardt): Ich denke, da haben wir ein Problem in der Systematik. Nach der Einführung der Schutzimpfungsrichtlinie mussten die Verantwortlichkeiten zwischen STIKO und G-BA neu sortiert werden und die Zuständigkeiten beider Gremien sind hier noch nicht so ganz genau abgegrenzt. Der G-BA sitzt bei der STIKO als Gast mit am Tisch, aber die STIKO sitzt nicht im G-BA. Wir hatten Differenzen, vor allem bei der Grippeimpfung, weil die präferenzielle Empfehlung der STIKO für den LAIV (live attenuatedinfluenzavaccine)-Impfstoff vom G-BA so formuliert wurde, dass LAIV nur bis zum Alter von sechs Jahren geimpft werden darf. Außerdem wird die Indikationsimpfung für Menschen mit höherem Risiko, sich in größeren Gemeinschaften anzustecken, vom G-BA als rein berufliche Indikation gesehen, während die STIKO das Wort „beruflich“ gar nicht in den Mund genommen hat. Dadurch kommt es zu großer Verunsicherung, was geimpft werden soll und darf. Das haben wir in unserer AG auch nicht lösen können, weil wir die Mechanismen des Stellungnahme-Verfahrens zwischen G-BA

und BMG nicht genau kennen. Außerdem kommt es hier immer zu zeitlichen Verzögerungen, die zur Verunsicherung führen. Ich denke, da müssen wir ein bisschen aufmerksamer sein. Eine Lösung dafür habe ich eigentlich auch nicht.

Frage: Warum hängt die STIKO in Bezug auf internationale Impfempfehlungen so oft hinterher? Beispiel: HPV-Impfung für Jungen.

Antwort (Terhardt): Das ist sicherlich nicht so, dass wir generell hinterherhinken. Wir haben einen der komplettesten Impfpläne der Welt. Die Amerikaner sind da sicherlich immer etwas schneller. Auch was die HPV-Impfung bei Jungen angeht. Aber wir haben auch eine Prioritätenliste abzuarbeiten. Bei uns STIKO-Mitgliedern und in der Geschäftsstelle sind die Ressourcen begrenzt. Die STIKO ist ein ehrenamtliches Gremium. Wir tagen zwei- bis dreimal im Jahr. Und insofern können wir nicht alles gleichzeitig abarbeiten. Seien Sie gewiss, auch das Thema HPV-Impfung für Jungen ist ein Thema in der STIKO.

Frage: Die SIKO ist ja heute so ein bisschen als Negativbeispiel genannt worden. Aber so, wie die SIKO empfiehlt, impfen erfolgreiche Impfländer wie die USA und Länder in der EU. Wie stehen Sie zu den SIKO-Empfehlungen als STIKO-Mitglied?

Antwort (Terhardt): Da müsste man auch einem SIKO-Mitglied die Möglichkeit geben zu

antworten. Das ist ja leider hier nicht möglich. Wenn es nur um die zweite MMR-Empfehlung geht, sind andere Länder ähnlich. Aber diese Veränderung ist in Deutschland ja von der STIKO herbeigeführt worden, weit vor meiner Mitgliedschaft, weil wir erlebt haben, dass die Umsetzung der Impfempfehlung im 5. bis 6. Lebensjahr viel schlechter funktioniert als alle anderen Impfungen in der Standardimpfung. Deswegen haben wir es vorverlegt, weil es an die Vorsorgeuntersuchung andockt werden kann. Ich denke, die Umsetzbarkeit war das wichtigste Argument. Das andere Argument ist, dass wir auch möglichst früh den Impfschutz haben möchten. Und wir wissen, dass wir dafür zwei Impfungen brauchen, zumindest bei 10 % der Impflinge. Je früher wir das erreicht haben, desto höher ist der Impfschutz. Die Zahlen, die wir haben, geben uns Recht und die Zahlen bei den Einschulungsuntersuchungen in Sachsen werden dort nicht bei der Einschulung, sondern, wie ich glaube, in der zweiten Klasse erhoben. Sie sind einfach schlechter.

Frage: Wie hat Schleswig-Holstein die genannte ÖGD-Personalaufstockung, z.B. im Infektionsschutzbereich, finanziert? Wie und wo wurde dieses Fachpersonal gewonnen?

Antwort (Marcic): Schleswig-Holstein hat das gar nicht finanziert. Es ist auch nicht so, dass das Personal jetzt flächendeckend für Infektionsschutzmaßnahmen vorhanden ist. Aber dadurch, dass ich in dem Bereich in einem ministeriellen Erlass einen Standard für die infektionshygienische Überwachung definiert habe, ist Druck erzeugt worden. So konnten die Gesundheitsamtsleiter gegenüber den Landräten verdeutlichen, dass sie für die Aufgabenwahrnehmung Personal brauchen. Das hat

zumindest teilweise zu einer Stellenbesetzung geführt. Der Prozess läuft noch. Es ist nicht so, dass wir insgesamt besser personell ausgestattet sind als andere Länder. Ich kann als oberste Landesgesundheitsbehörde mittelbar über die Definition von Standards der Aufgabenwahrnehmung eine personelle Verstärkung im ÖGD erreichen.

Ergänzende Antwort (Teichert): Ich kann den Effekt mit Erfahrungen aus der Praxis verstärken [Anm.: Gemeint ist Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf]. Ich erlebe mehr und mehr schleswig-holsteinische Ärzte, die auf mich zukommen und sagen: „Weil wir über die Vorgaben des Landesministeriums Druck haben, müssen wir jetzt die Weiterbildung zum Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen machen“. Insofern finde ich die Idee so charmant, weil ich quasi die Auswirkungen davon beobachte und feststelle, dass es ein ganz wesentlicher Punkt ist. Deswegen haben wir gedacht, wir stellen das als Modell hier für alle vor. Das ist vielleicht ein ganz eleganter Umweg, den man gehen kann.

Frage: Wie kann die Stellung des ÖGD gegenüber der GKV gestärkt werden, indem sie Impfleistungen übernehmen kann?

Antwort (Teichert): Wir diskutieren hier ja schon sehr viel über das Präventionsgesetz, das gestern verabschiedet wurde. Jetzt haben wir noch einmal die Chance, über die Länder-Rahmenvereinbarungen zu gehen. Wir haben gestern und heute sehr viel zum Thema ÖGD und Impfen gesagt. Dass der ÖGD speziell mit den Krankenkassen auf lokaler Ebene verhandelt, ist im Gesetz nicht vorgesehen, sondern es wird über die Länder Rahmenvereinbarungen gehen und dafür sind ja eigentlich alle Ex-

perten hier bei der Nationalen Impfkonzferenz, dass man das gemeinsam macht, auch mit denen, die nicht dabei sind. Und ich glaube, es ist sehr wohl über die Diskussionen zum Präventionsgesetz gelungen, den Impfgedanken noch einmal zu intensivieren und auch darzustellen, dass der ÖGD einen ganz wichtigen Part hat. Das habe ich zumindest jetzt beobachtet, jetzt in den letzten Jahren, dass wir gemeinsam politisch vorangekommen sind. Es hat sich etwas getan und ich bin eigentlich sehr zuversichtlich, dass wir jetzt auch durch die neue Gesetzgebung einen ganzen Schritt weiter sind.

Ergänzende Antwort (Marcic): Ich würde da gern noch was ergänzen. Ich denke, die Frage zielt darauf ab, dass die Impfleistung auch bezahlt wird, weil in vielen Impfvereinbarungen vorgesehen ist, dass nur die Sachleistungen übernommen werden. Und das ist Verhandlungssache bei der Impfvereinbarung. Allerdings kann ich aus eigener Erfahrung sagen, dass das sehr, sehr schwer ist, weil die Kassen nach wie vor die Schere im Kopf haben und das so gespeichert haben, dass der ÖGD nun mal da ist, die Aufgaben übernimmt und dafür nicht bezahlt werden muss. Das muss man im Rahmen der Verhandlungen thematisieren. Andere Möglichkeiten sehe ich nicht.

Frage: Welche Rolle kann der Deutsche Apothekerverband in der Praxis spielen, um Impfungen durch Betriebsärzte zu erleichtern? Wer wäre Partner einer Vereinbarung?

Antwort (Marcic): Das ist vielleicht in meinem Vortrag ein bisschen zu kurz gekommen. Also, es war ja die Idee, eine Rahmenvereinbarung zu machen und natürlich finden Rahmenvereinbarungen zum Impfen nach SGB V zwischen Kassen und weiteren Partnern statt. Um

die Impfstoffbestellung zu erleichtern und das Handling für die Betriebsärzte in einem fachlichen und zeitlich angemessenen und wirtschaftlichen Rahmen zu halten – für die Kassen ist ja immer sehr wichtig, auf die Wirtschaftlichkeit zu achten –, hatte der Apothekerverband signalisiert, dass er mir als Vertragspartner zur Verfügung stehen würde. Und Bayern hat ja so eine Lösung für die ÖGD-Impfvereinbarung, ich glaube, mit guten Erfahrungen.

Frage: Wieso soll die Catch-up-Kampagne für Hospital Workers zeitlich begrenzt sein?

Antwort (Terhardt): Das war ein Vorschlag von Herrn Pfaff, dass wir in Deutschland auch mal eine „Supplementary Immunization Activity (SIA)“ durchführen, wozu die WHO auch auffordert, damit wir nachweisen, dass wir solche Catch-up-Kampagnen durchführen. Ich habe ihn darauf angesprochen, dass wir eine gemeinsame Impf-Revolution in Deutschland machen müssten. Ich fände es aber eine tolle Idee, wenn wir eine Phantasie entwickeln können, wie wir so etwas begleiten könnten. Das bei den Gesundheitsberufen anzufangen, ist sicherlich eine ganz wichtige Baustelle, wie wir in der Vergangenheit immer wieder erleben mussten.

Frage: Wie soll die Qualifikation, z. B. ausreichende Kenntnisse über das Impfen, sichergestellt werden?

Antwort (Teichert): Also das war auch gestern bei uns in der Arbeitsgruppe ein Thema. Es wurde auch noch mal von Seiten der Betriebsärzte angesprochen, nach dem Motto: man muss ja auch gewisse Grundvoraussetzungen mitbringen. Nicht jeder kann sozusagen als fliegender Arzt unterwegs impfen. Wir denken, dass man dieses Problem über die

Weiterbildungsordnung (WBO) angehen soll. Wir hatten den Vorschlag gemacht, das in den allgemeinen Teil der WBO aufzunehmen, um das fachübergreifende Impfen zu ermöglichen (s. Ergebnispräsentation der Arbeitsgruppe 3). Über diese Problematik muss man sich sicherlich auch mit den Ärztekammern auseinandersetzen, denn die Weiterbildung ist ein Thema der Ärztekammer. Dabei könnte man noch mal darüber reden, was für Voraussetzungen da noch zu schaffen sind. Wobei die Hürden aus unserer Sicht eher darin liegen, dass möglichst viele daran beteiligt sein können.

Antwort (Terhardt): Ich würde das gern noch ergänzen. Das Impfen ist sehr kompliziert geworden. Wir impfen sehr viel, wir haben sehr viele verschiedene Impfstoffe und der Impfkalender ist sehr groß. Und da haben auch schon die Ärzte, die jetzt schon die Qualifikation haben, oft ihre Probleme. Deshalb werden immer wieder zu Einzelfragen die Fachleute befragt. Ich denke, das ist ein sehr komplexes Thema und wir müssen auch niedrigschwellige Angebote anbieten, wenn wir die Menge derjenigen Ärzte, die sich da kompetent fühlen, erhöhen wollen. Wir haben eben über die Hausärzte gesprochen, die viel mehr impfen sollten. Aber die müssen Informationen erhalten, die für diejenigen leicht verständlich sind, die nicht so im Thema sind. Ich glaube, wir müssen da verschiedene Fortbildungsstufen schaffen, damit es auch wahrgenommen wird.

Zusammenfassung und weiteres Vorgehen

Die Fragen wurden vor dem Beginn der Diskussion schriftlich auf verschiedenfarbigen Karten abgegeben (AG 1: grün, AG 2: gelb, AG 3: rosa). Sie wurden sortiert und gebündelt, damit möglichst viele Fragen gestellt werden konnten. Dabei sorgten die „Anwälte des Publikums“ für eine transparente Vorgehensweise, indem sie darauf achteten, dass keine Frage außer Acht gelassen wurde. Diese Aufgabe übernahmen folgende Personen:

- Dr. Nicoletta Wischniewski, Gesundheitsamt Charlottenburg-Wilmersdorf,
- Dr. Renate Günther, Gesundheitsamt Teltow-Fläming,
- Andreas Kaunzer, Gesundheitsamt Aschaffenburg,
- Dr. Theodor Gonser, Gesundheitsamt Ulm.

Insgesamt wurden 120 Karten abgegeben (AG 1: 48, AG 2: 41, AG 3: 31). Sie enthielten z. T. mehrere Fragen. Deshalb konnte nur ein Teil der eingereichten Karten in der Diskussion berücksichtigt werden (AG 1 und AG 3: jeweils 9 und AG 3: 10). Zu den übrigen Fragen ist Folgendes anzumerken:

AG 1:

Fragen, Kommentare und Anregungen, die im Plenum nicht angesprochen werden konnten, wurden im Anhang zusammengefasst (s. Anhang am Ende des Texts). Dabei werden z. T. Aspekte aufgegriffen, die in der Diskussion im Plenum ausführlich behandelt wurden (Etablierung der Geschäftsstelle, Evaluation des Natio-

nen Impfplanes, Rolle des ÖGD bei der Steigerung der Impfquoten, Nutzung von Social Media, Einbindung weiterer Akteure, weitere Nutzung von KV-Impfsurveillance, Bereitstellung der erforderlichen Finanzmittel, Erstellung von Materialien für Ärzte und Multiplikatoren und der Labordiagnostik). Fragen, die im Plenum nicht angesprochen werden konnten, betreffen insbesondere die Kommunikation zwischen Bund und BÄK, die Rolle des Paul-Ehrlich-Instituts, die Pflichtberatung vor der Kita-Aufnahme. Diese Fragen wurden aber z. T. bereits in den vergangenen Impfkongressen behandelt bzw. sind sie Gegenstand des vorliegenden Berichtsbandes.

Es wurden aber auch Fragen gestellt, die an geeigneter Stelle noch aufzugreifen sind. Dazu gehören insbesondere die Verbindlichkeit der Umsetzung des Nationalen Aktionsplanes (NAP) und die Eignung von Impfprogrammen für die Schließung der Impflücken bei Jugendlichen und Erwachsenen (Catch-up-Programme). Auch ist über den vielfach geäußerten Wunsch nachzudenken, den Nationalen Aktionsplan schnell zu veröffentlichen, damit er allgemein zugänglich wird. Außerdem sollte der Anregung nachgegangen werden, Impfen als Unterrichtsthema für Krankenpflegeschulen und Physiotherapeuten vorzusehen.

AG 2:

Fragen, Kommentare und Anregungen, die im Plenum nicht angesprochen werden konnten, wurden im Anhang zusammengefasst

(s. Anhang am Ende des Texts). Auch hierbei werden z.T. Aspekte aufgegriffen, die in der Diskussion im Plenum ausführlich behandelt wurden (Motivation der Bevölkerung zum Impfen, Fachübergreifendes Impfen, Einbeziehung der Allgemeinmediziner, Honorierung der Leistungen und Bonussysteme, Impfprogramme für Migranten und Asylbewerber, Umsetzung der Vorschläge, Einrichtung von Kompetenzzentren, Lebenswelt Jugendliche, Ansprache der Jugendlichen). Fragen, die im Plenum nicht angesprochen werden konnten, betreffen insbesondere allgemeine Verständlichkeit der Impfpässe, Impfungen durch den ÖGD, Abschluss von Rahmenverträgen, bundesweites Angebot von Lehrmaterialien, Impfpflichtkurse an den Universitäten, zentrale Anschaffung von Impfstoffen. Diese Fragen wurden aber z.T. bereits in den vergangenen Impfkongressen behandelt bzw. sind sie Gegenstand des vorliegenden Berichtsbandes. Die Anregung, den Impfstatus auf der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern, sollte in die weitere Diskussion einbezogen werden.

AG 3:

Fragen, Kommentare und Anregungen, die im Plenum nicht angesprochen werden konnten, wurden im Anhang zusammengefasst (s. Anhang am Ende des Texts). Auch hierbei werden z.T. Aspekte aufgegriffen, die in der Diskussion im Plenum ausführlich behandelt wurden (Erweiterung der Impfangebote für Asylbewerber, Verantwortlichkeit für die Ausgestaltung von Verträgen mit Betriebsärzten, Impfungsprogramme in den Schulen, Rolle des Gesundheitsamtes zu Verbesserungsmöglichkeiten im Impfwesen durch den ÖGD,

Erstattung der Personalkosten bei Impfungen durch den ÖGD, RKI- Leitlinien für Impfungen, bessere Kommunikation der Unterschiede verschiedener Impfpfehlungen, Koordinierung beim Bundesmodell für aufsuchendes Impfen, Aufklärungsmaßnahmen zur Beseitigung der Impfhindernisse, Umgang der STIKO mit der Finanzsituation der GKV, Aufklärungspflicht bei Migranten). Auch diese Fragen wurden aber z. T. bereits in den vergangenen Impfkongressen behandelt bzw. sind sie Gegenstand des vorliegenden Berichtsbandes.

Weiteres Vorgehen

Die Anwälte des Publikums haben am Ende der Diskussion ihre Zufriedenheit mit dem Verlauf zum Ausdruck gebracht. Die behandelten Fragen seien repräsentativ und in Anbetracht der zu Verfügung stehenden Zeit könne man nicht alles abdecken. Sie seien der Meinung, dass eine Fülle von Anregungen gegeben worden seien. Diese sollten nicht untergehen.

Abschließend wurde seitens der Moderatoren noch einmal darauf hingewiesen, dass mit dem auf einer Nationalen Impfkongress erstmalig angewandten Diskussionsmodell der Versuch unternommen worden ist, möglichst vielen Fragen der Kongress Teilnehmer nachzugehen. Deshalb ist die Arbeit noch nicht abgeschlossen. Die nicht angesprochenen Fragen, Anregungen und Anmerkungen werden in den Berichtsband aufgenommen und Fragen und Anregungen von grundsätzlicher Bedeutung den Organisatoren der Folgekongress zur Kenntnis gebracht. Insofern wird dem Anliegen der Anwälte Rechnung getragen.

Nicht beantwortete Fragen sowie Anregungen und Anmerkungen

Arbeitsgruppe 1

Weitere Fragen bezüglich der Umsetzung des Nationalen Aktionsplanes Masern und Röteln

- Wer überprüft die Umsetzung der vielen guten Vorschläge, z.B. neue Geschäftsstelle?
- Zeitschiene! Bericht?
- Wie soll Umsetzung des Plans evaluiert werden?
- Wer ist verantwortlich? Wann genau erfolgen Maßnahmen?
- Sind bei der AG Infektionsschutz konkrete Kontrolltermine für Umsetzung der Vorschläge aus den Ländern vorgesehen? (Soll hier ein Zeitplan etabliert werden?)
- Bei sämtlichen Vorschlägen vermisste ich Antworten auf die Frage: Wer genau soll bei welcher Maßnahme verantwortlich sein, wer soll sie durchführen und mit welchen Mitteln?
- Warum gibt es keine Kommunikation zum Thema Mumps? Es fehlt eine medizinische Begründung dafür, dass bei der Masernaktion Mumps nicht genannt, aber mitgeimpft wird.
- Wie sieht es mit der Verbindlichkeit in der Umsetzung aus?
- Wer macht das Monitoring?
- Wer „verhängt Sanktionen“ bei „Nicht-Umsetzung“?
- Kann BZgA gemeinsames Logo entwickeln?
- Fortbildung für Gesundheitspersonal (MFAs in Praxen) findet z.Z. vornehmlich durch die Industrie statt. Soll sich das ändern? Wie?
- Wie sollen die Impflücken bei Jugendlichen und Erwachsenen geschlossen werden?
- Warum BZgA-Kampagne „D sucht den Impfpass“ weiter fördern? Über Jahre keinen Effekt zu messen? Sollten nicht neue Kampagnen unterstützt werden?
- Bundesebene: Was ist die Rolle des Paul Ehrlich-Instituts?
Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der MMR-Impfstoffe
Eine wichtige Anlaufstelle für Bürgerinnen und Bürger, die sich wegen Impfnebenwirkungen sorgen
Einbindung in Kommunikationsstrategie?
PEI nutzen

- KV-Surveillance-daten ausreichend? Nicht-auswertbare Daten wegen geografischer Mobilität der Versicherten (wenn KV-Bezirkswechsel) – Neuregelung notwendig, um dieses Problem auszuräumen?
- Wurde auch überlegt, regional Schulimpfprogramme zu etablieren?
- Gibt es die Möglichkeit von Catch-up-Programmen an den Schulen (z.B. HPV)? Durch den ÖGD?
- Welche Altersgruppen sollten in die Masernimpfung einbezogen werden? Vor 1970 Geborene? Benötigen wir nicht neue Seroprävalenzuntersuchungen?
- Was kann das Gesundheitsamt zur Verbesserung beitragen?
- Ist konkret geplant, vor Kita-Aufnahme die Impfung Ma +Rö zu verlangen (Vorlage Impfausweis)?
- Kommunikation: Wie steht es mit der Einbindung von Apotheken und Krankenkassen?
- Nationaler Leitfaden für Ausbruchsmangement MR? Wann?
- Wer kümmert sich um Infomaterial für die Pflichtberatung?
- Wie können bereits erstellte Materialien (Informations-Flyer, Impfkofferkonzept, Broschüren etc.) durch alle Beteiligten (Gesundheitsämter verschiedener Länder etc.) genutzt bzw. zur Verfügung gestellt werden? Doppelarbeit vermeiden!
- Geht Bund auf BÄK zu und wird diese sich dann an Landesärztekammern wenden?
- Wie kommt man an die Präsentationsfolien für Ärzte und andere Multiplikatoren der Bundesbehörden und BKVJ?
- Wo findet man den (vorläufigen) Nationalen Impfplan? (Internetseite?)
- Warum wurde die AG ohne Vertreter/innen von KV und Ärztekammer (und Apotheker) zusammengestellt?
- Warum waren keine Praktiker (niedergelassene Ärzte) in die Arbeitsgruppe integriert? Wenn für Impfung das persönliche Gespräch Arzt – Impfling das Entscheidende ist, dann war dazu wenig zu hören. Trotzdem viele interessante Ideen.
- Warum kein niedergelassener Arzt in der Arbeitsgruppe? Diese sind entscheidend für das Erreichen hoher Impfraten und es gibt noch immer vielfältige Hindernisse in diesem Bereich.
- Welche Ressourcen werden den Gesundheitsämtern von den Ländern zur Verfügung gestellt, um im Bereich von Kommunikation und gezielten Impfstrategien tatsächlich Dinge umzusetzen?
- Wie realistisch schätzen Sie die Verknüpfung eines politischen Bekenntnisses zum NAP mit der Bereitstellung von finanziellen

und/oder personellen Ressourcen ein?

- Gibt es Überlegungen, die Beratungsgespräche vor Kita-Beginn für die niedergelassenen Ärzte zu honorieren (Zeitaufwand)?
- Präventionsgesetz: Rolle des ÖGD/Zusammenarbeit mit Krankenkassen und Kommunen Werden die Präsentationen der AGs den Ländern zur Verfügung gestellt?

Anregungen und Anmerkungen

- Anregung Forschungsprojekt
- Wichtig: Nationalen Impfplan in Internet und socialmedia kommunizieren! Bisher beim Googlen zum Thema „Impfen“ fast ausschließlich Seiten von Impfgegnern!
- Vorschlag: in Krankenpflegeschulen, bei Physiotherapeuten etc. beim Unterrichtsthema „Impfen“ praktische Übung: Impfbuchcheck + Impflücken aufdecken Impfangen durch unterrichtende Ärzte
- Studien zur Impfeinstellung der Ärzte und Medizinstudenten gibt es schon. Kennt die keiner?
- Warum fangen wir wieder beim Urschleim an? Jetzt gilt es Impfungen durchzuführen durch
Niedergelassene Ärzte
ÖGD
Arbeitsmediziner
- Hinweis: Bevor in Apotheken Impfberatun-

gen und Impfbuchkontrollen stattfinden, sollten Apotheker STIKO-konform geschult sein. Impfähzte haben Mühe, verwirrte Bürger umzubereiten.

- Anmerkung und Vorschlag: Impfungen werden durchgeführt bei Gesunden. In der Regel suchen Menschen den Arzt auf, wenn sie krank sind. Impfungen sind ergo nicht bei jedem Arztbesuch möglich. Informationen an Gesunde niederschwellig herantragen
Z.B. mit Postwurfsendungen der Kommunen Impfaufforderung versenden. Krankenkassen sollten finanziellen Anreiz für vollständigen Impfschutz bzw. MMRV-Schutz ausloben.
Niedergelassene einbeziehen in Aktionen
- Infos von Ärztekammer und KV kommen nur an, wenn Interesse bei einzelnen Niedergelassenen besteht.
Aktivitäten des ÖGD regional den Niedergelassenen bekannt machen.
- Es sollte ein gemeinsames Gremium von Ländern, Bund, Ärzteschaft (KBV, ÄK) und ggf. Krankenkassen zur weiteren Begleitung/Verfolgung/Vertiefung des Aktionsplans geben. Wieso nur auf Länderseite (AGI) vorgesehen?
- Bildung ist Ländersache. Wie kann Lehrmaterial auf Bundesland-Ebene entwickelt und zur Verfügung gestellt werden? Wie können Unterschiede in Bildungsplänen und Schulformen berücksichtigt werden?
- Umsetzung nationaler Aktionsplan MR (H. Feil): Vorschlag für ein Logo: in einem

Kreis untereinander: MR free (frei)/Röteln-Meldedaten ernstzunehmen?

Kommunikation: widersprüchliche Aussagen der Impfexperten wahrgenommen? (STIKO-Pei, Epidemiologisches Bulletin, Bundesgesundheitsblatt; unterschiedliche Impfzeitpunkte/ STIKO, SIKO, andere europäische Länder, USA) / Poster Libertas/ Sanitas e.V. berücksichtigen / Schwarzbuch

Die Formulierungen der Fragen, Anregungen und Anmerkungen entsprechen der wörtlichen Wiedergabe der Angaben auf den grünen Karteikarten.

Arbeitsgruppe 2

Weitere Fragen bezüglich der Impfmodelle in Lebenswelten

- Wer kann/sollte die gewünschten Bonus-Programme belohnen – für vollständigen Impfschutz?
- Wie können die Impfpässe für die Bevölkerung besser lesbar gemacht werden? – Verstehen, wo Impflücken sind? Selbstständig!
- Hohe Durchimpfungsraten bringender Bevölkerung viel. Sollte nicht der Staat (also Bund und Länder) die Bonusprogramme finanzieren? Beinhaltet das Präventionsgesetz auch privat versicherte Kinder/Menschen?
- Einführung standardmäßiger Honorierung/Bonus für vollständigen Impfpass bei Neueintritt/Wechsel in eine Krankenkasse (z. B. Berufseinsteiger)
- Warum werden die Krankenkassen nicht stärker zur Impfaufklärung ihrer Mitglieder motiviert? (Aspekt Bonus, Kosteneinsparung, da Krankheitsvermeidung)
- Alles schön!!! Aber wer bezahlt?
- ÖGD als Impfstätte nicht genannt, warum?
- Stärkung Impfort Schule – sind länderübergreifende Konzepte möglich?
- Welche gesetzlichen Änderungen sind nötig, damit:
Leistungen durch „Hilfs“-personal wie Schwestern/Sozialarbeiter/Hebamme bezahlt werden für Impfberatung (Kostenträger?? GKV),
Schwestern impfen dürfen, z. B. Praxen, ÖGD, Betriebsarztstellen? Ist das gewünscht?
- Wie mache ich den erhöhten Personalbedarf im ÖGD für diese Ziele meinem Personalamt klar? Vorschlag: Schriftstück, also „Schützenhilfe“
- Wer macht die Rahmenverträge mit den Betriebsärzten? Wer geht hier auf wen zu? Muss jeder Arzt mit jeder Krankenkasse selbst verhandeln?
- Sehr gute Vorschläge: wie können diese Vorschläge auf Bundesebene umgesetzt werden und durch wen?
- Wer kümmert sich um die Umsetzung der Ideen?
- Was kann das Gesundheitsamt zur Ver-

- besserung beitragen?
- Wer hat den „Hut auf“ (ergreift die Initiative bei der Umsetzung der sehr vielfältigen Maßnahmen/Möglichkeiten?)
 - Es gibt mit dem Lehrmaterial der BZgA und dem Lehrerkoffer Impfen in Baden-Württemberg Unterrichtsmaterial, das aber bundesweit an Schulen zu unbekannt ist. Wie kann diese Situation verbessert werden?
 - Gibt es finanzielle Unterstützung z.B. für Einkauf fachlicher Unterstützung bei Einstieg in die virtuellen Welten (Stichwort „professionelle Darstellung“)?
 - An welchen medizinischen Fakultäten gibt es in Deutschland Impfpflichtkurse oder Impfkurse?
 - Ist es möglich, einen Pool an Impfstoffen zur Verfügung zu stellen (durch Pharmahersteller finziert), die zu Impfkationen genutzt werden können?
 - Warum 10 Gesetze für eine Maßnahme „Impfen“? Es ist eine ärztliche Leistung.
 - Was halten Sie davon, „Jugendidole“, z.B. Rapper, Fußballer ... in Werbekampagnen als „Multiplikatoren“ zu nutzen?
 - Peergroup – spezifische „Bewerbung“, z.B. Nationalmannschaft (Fußball) als „Bewerber“ gewinnen oder Musiker
 - Wenn die Politik die „echte“ elektronische Gesundheitskarte endlich einführen könnte, würde bei jedem Arztbesuch der Impfstand erkennbar sein. Die Menschen wissen nämlich nicht, ob und wann sie gegen was irgendwo geimpft wurden. Ein Dokument muss also vorliegen! Impfausweis zweitwichtigstes Dokument. Eine App wäre sinnvoll bzw. Ergänzung der bekannten Health-Apps. In Sachsen-Anhalt existiert ein „Arbeitskreis Impfen“, der sämtliche Akteure an einen Tisch bringt – nachahmenswert für andere Länder?
 - Wie kann man den Impfstatus als verpflichtenden Bestandteil auf die elektronische Gesundheitskarte bekommen?
 - Wie kann Lebenswelt erreicht werden? EU-Bürger ohne Versicherungsschutz kommen nicht über Asyleinrichtungen, sind manchmal Ausgangspunkt für z.B. Masern-Hep. A-Ausbrüche.
 - Wie wird Personal gewonnen, das Impfchecks und Impfberatung durchführt? Wer qualifiziert es, z.B. Praxispersonal? Frage nach Ressourcen, Vorschläge zur Umsetzung?
 - Wie können Hausärzte besser motiviert werden?
 - Erreichen von Kommunikatoren/Multiplikatoren: Impfen und Informationen in alle ÖGD-Gesundheitsberufe mit einbeziehen. Wie kann man das Thema auch in die Gesundheitsämter transportieren?

Anregungen und Anmerkungen

- Nicht überfüttern, sonst gegenteiliger Effekt / keine Aushänge im Kino oder McDonalds etc./ gut: Beginn Berufsausbildung, Studium (flächendeckend) / Recall-System
- Unliebsame Fragen nicht unter den Tisch fallen lassen (Fridrich Libertas und Sanitas) Klasse! Stand des Nichtwissens wahrgenommen? (BgbI.11/2009, Editorial Heugel,v.Kries: Kritische Wissenschaft und Bürger, die das bezahlen, haben den Anspruch eines objektiven Nachweises der Wirksamkeit und eines guten Erfassungssystems für UAW. Kritik zieht sich durch das ganze Heft) – als Basis J. Fridrich, Libertas & Sanitas e. V.
- (lokale?) Häufung von Maserninzidenz
Analyse der Lebenswelt (des Sozialraums/ des Wohnorts) der an Masern Erkrankten
Im Abgleich mit sozial-strukturellen/demographischen Faktoren
Ziel: sozialstrukturelle Erkenntnisse gewinnen für gezieltere Impfstrategien
Hintergrund der Frage: die Markierung der Wohnorte von Masernerkrankten entspricht primavista der Verteilungsdichte junger Intensivtäter/innen (Beobachtung aus dem Gesundheitsamt Neukölln in Kenntnis sro-JH-Daten)
- Wichtig für Kommunikation: auch reale Lebenswelt (nicht nur beschränken auf neue oder digitale)/ Targeting auf Grund von Milieuvariablen, z. B. im ökologischen Milieu/ Natürlichkeit von Impfungen betonen

Die Formulierungen der Fragen, Anregungen und Anmerkungen entsprechen der wörtlichen Wiedergabe der Angaben auf den gelben Karteikarten.

Arbeitsgruppe 3

Weitere Fragen bezüglich der Impfhindernisse und Lösungsansätze

- Varizellen-Impfung für erwachsene Asylbewerber nicht vorgesehen, deshalb werden sie auch nicht geimpft (keine Riegelungsimpfung) – sollte die Empfehlung nicht für Gemeinschaftseinrichtungen erweitert werden?
- Wer ist verantwortlich für die Ausgestaltung von Verträgen mit Betriebsärzten?
- Kann der ÖGD die Impflücken (Pertussis, HPV etc.) bei Jugendlichen durch Schulimpfungsprogramme schließen?
- Wieso wird nicht die Bezahlung der ÖGD-Ärzte nach Arzt-Tarifvertrag gefordert?
- Was kann das Gesundheitsamt zur Verbesserung beitragen?
- Sind bei Impfungen des ÖGD die umfangreichen RKI-Empfehlungen („Leitlinien“) zur qualitätsgesicherten Durchführung der Impfung überhaupt umzusetzen?
- Soll die öffentliche Impfpflicht nicht regionale Besonderheiten (z. B. in Hinblick auf FSME) berücksichtigen? Nach Bales/Baumann ist die Entschädigung nicht primäres Ziel der Empfehlung.

- Impfen durch Betriebsärzte: braucht es nicht auch eine Vereinbarung zwischen den VDBW/BSaFb und den Krankenkassen (GKV) zur Abrechnung/Erstattung für Impfstelle/ ärztliches Honorar?
- Hervorragende Ergebnisse / Welche Kooperationspartner könnten noch nützlich sein (z. B. Fachgesellschaften)?
- Wie ist die Impfquote in Schleswig-Holstein? Grund: „fachübergreifendes Impfen“
- Die Unterschiede der fachlichen Empfehlung (STIKO) und Länderempfehlungen (öffentliche Impfeempfehlung) sind in ihrer Zielrichtung besser und verständlicher zu kommunizieren, gegenüber Ärzten und Patienten. Wie und durch wen kann das erfolgen?
- Inwieweit ist die zunehmende Berücksichtigung der Finanzsituation der GKV bei der Erarbeitung der STIKO-Empfehlungen (die ja nicht nur für die GKV gelten) ein Impfhindernis? Inwieweit ist die fehlende Kooperation zwischen den Kostenträgern GKV und UVV/Berufsgenossenschaften ein Hindernis bei der Erreichung einer hohen Impfquote gegen Pertussis (Impfung im Verletzungsfall)? Wie soll im Bundesmodell aufsuchender ÖGD der Einsatz der Ärzte koordiniert werden – zieht die Truppe nach Schließung der Impflücken weiter?
- Impfkurse für ÖGD?
- Impfhindernis im ÖGD sind die erforderlichen Aufklärungsmaßnahmen (Impfen in

Schulen ohne Eltern!). Lösung ??

- Wie sehen Sie die Einstellung der niedergelassenen Ärzte als großes Impfhindernis?
- Impfhindernis Sprache: sollte die Aufklärungspflicht wieder vereinfacht werden? Insbesondere Aufklärung über Infoblätter/ Aufklärungsbögen zulassen, damit Bürger mit Migrationshintergrund einfacher geimpft werden können.

Anregungen und Anmerkungen

- SIA für medizinisches Personal würde auch Info und Sensibilität von Ärzten etc. für Impfen erhöhen.
- Mustervereinbarung auch für ÖGD, so dass jedes Gesundheitsamt je nach Kapazität spez. impfen kann / Modellprogramm für ÖGD durch Bund wird unterstützt / Personalgewinnung für ÖGD dennoch schwierig
- Eventuell Werbung in online-shops (Amazon), online-TV
- Rechtsklärung bei Kostenübernahme – STIKO-Empfehlung bei Altersüberschreitung oder Unterschreitung
- Europäischer elektronischer Impfausweis wäre Fortschritt

Die Formulierungen der Fragen, Anregungen und Anmerkungen entsprechen der wörtlichen Wiedergabe der Angaben auf den rosafarbenen Karteikarten. Eine redaktionelle Bearbeitung erfolgte nicht.

**Sehr geehrter Herr Rothenpieler,
meine sehr geehrten Damen und Herren,**

bereits zum vierten Mal haben Sie sich seit 2009 zu einer Nationalen Impfkonzferenz zusammengefunden. Ich freue mich ganz besonders, dass unsere Idee, einen regelmäßigen Dialog quer über alle Berufe, Sektoren und Funktionen im Gesundheitswesen zum Thema Impfen zu führen, auch bei der diesjährigen Konferenz so großen Anklang gefunden hat.

Ich habe mich sehr über die Einladung gefreut und bin gerne gekommen, denn das Thema Impfprävention liegt auch mir sehr am Herzen. Als diesjährige Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz darf ich Ihnen im Namen aller Länder einen herzlichen Dank für Ihre engagierte Arbeit übermitteln, die Sie hier in den letzten beiden Tagen geleistet haben. Ich möchte ein erstes Fazit ziehen und Ihnen einen kurzen Ausblick über die bevorstehenden Schritte in den Ländern geben.

Sie haben spannende Themen aufgegriffen und dabei besonders die erforderlichen Maßnahmen zur Masern- und Röteln-Elimination im Fokus gehabt. Ich begrüße es sehr, dass Sie dabei immer auf die Information, Aufklärung und Freiwilligkeit für Impfungen gesetzt haben, denn das ist auch mir ein besonderes Anliegen.

Die an vielen Stellen positive Entwicklung der Impfquoten im Alter der Einschulung kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass es nach wie vor auch noch bedeutende Impflücken in unserem Lande gibt, gerade auch in Bezug auf die altersgerechte 2. Masernimpfung. Bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind die Impflücken sogar größer als bei kleineren Kindern. Bei Masern ist eine

unzureichende Impfquote ganz besonders problematisch, wie uns der aktuelle große Ausbruch hier in Berlin wieder deutlich vor Augen führt.

Hier im Saal sind wir uns alle einig, dass Schutzimpfungen zu den wirkungsvollsten und kostengünstigsten präventiven Maßnahmen der modernen Medizin zu zählen sind. Aber Impfgegner mutmaßen pressewirksam über vermeintlich industrie-gesteuerte Impfpropaganda, angeblich drohende oder gar vertuschte Impfschäden und nicht vertretbare Kosten für das Gesundheitswesen. Die mediale Wahrnehmung von kritischen oder ablehnenden Thesen verunsichert viele Menschen.

Bevor jedoch eine Impfpflicht zur Erreichung des WHO-Ziels der weltweiten Masernausrottung erwogen wird, müssen wir alle Maßnahmen ergreifen, um eine freiwillige Impfscheidung zu ermöglichen. Durch sachliche Information und Aufklärung und nicht durch Bevormundung können und müssen wir überzeugen.

Beispielhaft möchte ich hier über unsere Erfahrungen in Rheinland-Pfalz berichten. Durch unser Landeskinderschutzgesetz konnte eine 99-prozentige Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen erreicht werden. Damit findet in unserem Lande nahezu in allen Fällen eine ärztliche Impfberatung vor Aufnahme in eine Kindertageseinrichtung statt. Die bei den Schuleingangsuntersuchungen erhobenen Impfquoten belegen, dass das zu einer deutlichen Steigerung der Impfquoten beigetragen hat. Den eben geschilderten Weg, Impfquoten über die Sicherstellung der ärztlichen Impfberatung zu steigern, und eine Reihe anderer Wege zeigt der Nationale Aktionsplan zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland auf.

Er soll als Bestandteil der Fortschreibung des Nationalen Impfplans verstanden werden, der von Ländern und Bund sowie weiteren im Impfwesen Verantwortlichen erstellt und Anfang 2012 veröffentlicht wurde. Der Aktionsplan ist unter Federführung des Robert Koch-Institutes von den Fachbehörden von Bund und Ländern und wichtigen Akteuren im Impfwesen entwickelt worden und wurde gerade erst von den Ländern beschlossen. Ich freue mich sehr, dass er der Fachöffentlichkeit im Rahmen dieser Konferenz vorgestellt werden konnte.

In den Nationalen Impfkonzferenzen werden wichtige Weichen für unsere gemeinsamen Impfstrategien gestellt, denn eines ist uns allen bewusst – je besser das Zusammenspiel der Akteure, desto höhere Impfraten sind erreichbar.

Ein gutes Zusammenspiel setzt voraus, dass alle beteiligten Partner eine konkrete Vorstellung von ihrer eigenen Rolle und der Rolle der Partner entwickelt haben und im Dialog eigene Möglichkeiten und Visionen zur Verbesserung von Impfquoten darstellen und auf allgemeine Probleme und die Schnittstellenprobleme bzw. Kritikpunkte bezüglich anderer Partner eingehen.

Auf Grundlage des Nationalen Masern-Röteln-Eliminationsplanes haben sie diesen Dialog während der beiden letzten Tage intensiv geführt und eine Fülle von Maßnahmen und Aktionen zur Umsetzung der dort formulierten Ziele erarbeitet. Die Präsentation und Diskussion der Ergebnisse der Arbeitsgruppen haben mich sehr beeindruckt. Sie haben aufgezeigt, an welchen Stellen wir in den Ländern bereits erfolgreiche Strukturen entwickelt haben und wo noch Verbesserungen möglich und erforderlich sind.

Es hat mir sehr gut gefallen, dass Sie ausdrücklich auch nach neuen Wegen der Zusammenarbeit gesucht haben und dabei auch vermeintlich unumstößliche Rollenmuster und Zuständigkeiten in Frage stellen. Ihre Vision einer sektorenübergreifenden, gemeinsamen Aufgabenwahrnehmung durch den ambulanten und stationären Bereich, den betriebsärztlichen und den Öffentlichen Gesundheitsdienst ist meines Erachtens der richtige Weg, um die Impfquoten von einem hohen auf das angestrebte Ziel-Niveau zu heben – wir alle wissen ja, dass das Erreichen der letzten fehlenden Prozentpunkte immer die größten Anstrengungen erfordert.

Sie haben neue Orte und Settings identifiziert, an denen Menschen an Impfungen erinnert, aufgeklärt und geimpft werden können. Sie haben damit sehr gute Ansätze für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten geliefert, wie sie im Präventionsgesetz vorgesehen ist. Ich werde mich dafür einsetzen, dass wir Impfmodelle in Lebenswelten in unsere rheinland-pfälzische Rahmenvereinbarung aufnehmen werden, und würde mich freuen, wenn auch andere Länder diese Möglichkeit nutzen.

Neben den aktiv für die Information und Durchführung von Impfungen zuständigen Gruppierungen haben Sie alle wichtigen Akteure und die politisch Verantwortlichen in die Diskussion eingebunden. Ich habe gesehen, dass sowohl Expertinnen und Experten der Wissenschaft als auch Verantwortliche der Kammern und vor allem auch der Kostenträger an der Diskussion beteiligt waren und auch Medienvertreter ihre Erfahrung eingebracht haben. Ich bin daher sehr zuversichtlich, dass viele Ihrer Empfehlungen realisiert werden können und Sie mit Ihrem Beitrag deutliche Akzente für die zukünftige deutsche Impfstrategie setzen.

Ich bin überzeugt, dass die Ergebnisse dieser Impfkonzferenz den Aktionsplan zur Masern-Röteln-Elimination mit Leben füllen und eine erfolgreiche Umsetzung ermöglichen werden. Dafür danke ich Ihnen allen ganz herzlich.

In der kommenden Woche werde ich meine Länderkolleginnen und -kollegen in Bad Dürkheim zur GMK begrüßen und ich darf Ihnen versichern, dass ich dort auch über den erfolgreichen Verlauf der 4. Nationalen Impfkonzferenz berichten werde.

Erlauben Sie mir an dieser Stelle auch, der an der Universitätsmedizin Mainz angesiedelten Stiftung Präventive Pädiatrie, speziell Herrn Dr. Arnold Fabian und Herrn Prof. Dr. Zepp, zu danken. Sie begleiten und unterstützen die Nationalen Impfkonzferenzen von Anfang an. Ich freue mich sehr, dass Sie den diesjährigen Posterpreis der Stiftung, der wegen der vielen guten Einsendungen geteilt wurde, wieder im Rahmen der Impfkonzferenz verliehen haben. Frau Dr. Sanftenberg als Vertreterin der Autorengruppe des Instituts für Allgemeinmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) in München und Frau Dr. Klapp und Mitautoren gratuliere ich auch von meiner Seite ganz herzlich. Den Ländern Berlin und Brandenburg danke ich für die wunderbare Ausgestaltung der Impfkonzferenz und die hervorragenden Expertinnen und Experten, die sie für die Vorträge und die Arbeitsgruppen ausgewählt haben.

Das Thema Impfen hat die Länder und mich in diesem Jahr immer wieder intensiv beschäftigt und wird es weiterhin tun. Ich freue mich daher ganz besonders, dass wir nach langen Verhandlungen auf der GMK eine Verwaltungsvereinbarung der Länder zeichnen und die Geschäftsstelle zum Nationalen Impfplan endlich

ihre Arbeit aufnehmen kann. Es hat in der Tat lange gedauert – aber besser spät als nie. Ich bin sicher, dass die Geschäftsstelle die jetzt so dringend nötige Unterstützung zur Umsetzung des Masern-Röteln-Aktionsplanes bringen und dafür sorgen wird, dass der hier begonnene Dialog konstruktiv fortgesetzt werden kann.

Unr gemeinsam können wir unsere Ziele beim Impfen erreichen. Es gilt, das bisher Erreichte zu erhalten, einer Verschlechterung des Impfschutzes unserer Bevölkerung entgegenzuwirken und die noch vorhandenen Impflücken zu schließen. Sie haben hier in Berlin wesentlich dazu beigetragen, dass wir diese Ziele auch erreichen können, dafür danke ich Ihnen ganz herzlich.

Ich würde mich sehr freuen, Sie alle auf der nächsten, der 5. Nationalen Konferenz, wiederzusehen, die in der wunderschönen Hansestadt Bremen stattfinden wird.



A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Sabine Bätzing-Lichtenthäler'. The signature is fluid and cursive, written on a white background.

Sabine Bätzing-Lichtenthäler,
Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und
Demografie, Rheinland-Pfalz

Wissenswertes über die 4. Nationale Impfkonzferenz (4. NIK)

Zusätzlich zu den wissenschaftlichen Inhalten sind folgende Daten und sonstige Angaben über die 4. Nationale Impfkonzferenz wissenswert.

Zusammensetzung der Konferenzteilnehmer

An der 4. NIK nahmen insgesamt 303 Personen teil. Betrachtet man die Teilnehmer hinsichtlich ihrer beruflichen Zugehörigkeit, so bildeten Vertreter des Öffentlichen Gesundheitsdiensts (87) die größte Gruppe. 23 Personen waren Aussteller und 13 Pressevertreter. Weitere Teilnehmer waren niedergelassene oder klinisch tätige Ärztinnen bzw. Ärzte (12) sowie Studenten und Studentinnen (8). Eine große Gruppe (74) bildeten die sonstigen Teilnehmer, bestehend aus Vertretern der obersten Landesgesundheitsbehörden, Bundesoberbehörden, universitären Einrichtungen und Impfstoffhersteller.

Webinar zur Fortführung des Diskussionsprozesses

Ein Webinar oder Web-Seminar ist ein Seminar, das über das Internet gehalten wird. Ein Webinar ist interaktiv ausgelegt und ermöglicht eine Kommunikation zwischen Vortragenden und Teilnehmern. Unter Verwendung von Headsets erfolgt die Kommunikation zwischen Moderator, Vortragenden und Teilnehmern und verursacht keine Kommunikationskosten, wie sie z. B. bei Telefonkonferenzen anfallen. Webinare bietet auch die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf an. In der AG 3, die mit dem

Thema „Impfhindernisse und Lösungsansätze – Fachübergreifendes Impfen und divergierende Impfempfehlungen“ befasst war, wurde diese Möglichkeit gemeinsam von der Leiterin der Akademie Frau Teichert und Herrn Uwe Kaiser vom RKI vorgestellt, sodass die Technik von den Teilnehmern der Arbeitsgruppe genutzt werden kann, wenn Bedarf dazu gesehen wird. So könne die Diskussion über die angestoßenen Themen auch nach der Konferenz fortgesetzt werden.

Auszeichnung mit Bundesverdienstkreuz

Zu Beginn der 4. NIK wurde Herr Prof. Dr. Reinhard Burger, Präsident des Robert Koch-Instituts von August 2010 bis Februar 2015, mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet. Das Verdienstkreuz am Bande wurde durch den Berliner Senator für Gesundheit und Soziales, Mario Czaja, überreicht. Dabei betonte er, dass unter Führung von Prof. Burger das Robert Koch-Institut zur zentralen Schaltstelle im nationalen Frühwarnsystem für das Erkennen neuer gesundheitlicher Risiken in Deutschland geworden sei. Reinhard Burger ist Mitglied der Europäischen Akademie der Wissenschaften und Künste und erhielt für sein wissenschaftliches Wirken eine Reihe von Ehrungen, darunter die Ehrendoktorwürde der Kitasato University Tokio und den Wissenschaftspreis für Transfusionsmedizin/ Blutspendewesen des Deutschen Roten Kreuzes.

Impressionen aus dem Konferenzraum



An der 4. Nationalen Impfkonzferenz nahmen über 300 Personen aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst, wissenschaftlichen Einrichtungen und der Ärzteschaft teil.



Berliner Senator für Gesundheit und Soziales, Mario Czaja, überreicht Herrn Prof. Dr. Reinhard Burger, Präsident des Robert Koch-Instituts a.D., das große Bundesverdienstkreuz.

PERSONENVERZEICHNIS

Aden, P.	130, 165	Feil, F.	189, 214ff.
Akalin, S.	96, 145	Fischer, R.	155
Altmann, D.	109,113	Fleischer, S.	92
Arnold-Fabian U.	90	Fridrich, J.	149, 185, 187
Baron-Papillon, F.	132	Friedrich, C.	125
Bartz, C.	162	Frosch, M.	92
Bätzing-Lichtenthäler, S.	5, 234	Furtenhofer, C.	130
Ben Mamou, M.	127	Gehring, S.	5, 84
Berndt, D.	118, 122	George, M.	162
Betsch, C.	5, 78	Glasmacher, J.	151
Bödeker, B.	134	Glodny, S.	160
Borrmann, M.	94, 120	Golze, D.	4, 8
Braun, S.	103	Graefe, S.	96, 145
Brockmann, S.	101	Greiner, W.	157
Bucher, H.	170	Gries, F.	206
Buchholz, U.	179	Gröhe, H.	4, 11
Buda, S.	179	Haas, W.	179
Burckhardt, F.	162	Hagemann, C.	136
Burger, R.	237,238	Hamouda, O.	4, 41
Burghardt, J.	138	Harder, T.	160
Carganico, A.	107	Hautmann, W.	116
Castell, S.	141	Heckmann, U.	132
Claus, H.	107	Heiden an der, M.	179
Cornier, M.	132	Hellenbrand, W.	107
Czaja, M.	4, 6, 238	Hentschel, K.	153
Damm, O.	103, 157	Herbst, M.	92
Daniels-Haardt, I.	4, 58	Hierl, W.	4, 46, 155
Delekat, D.	173	Hölscher, G.	155
Deshevoi, S.	127	Hösemann, C.	165
Drewes, J.	107	Hoffmann, A.	153
Eichner, M.	101	Horn, J.	157
Eichner, L.	101	Hornig, A.	198, 217ff.
Ellsäßer, G. ..	118, 120, 122, 125, 148, 165, 198	Huseynov, S.	127
Falkenhorst, G.	160	Jankovic, D.	127
		Keller, S.	138

PERSONENVERZEICHNIS

Kilian-Zech, U.	130, 165	Perlitz, H.	130, 165
Klapp, C.	130, 165, 170	Pfaff, G.	98
Klett-Tammen, C.J.	141	Prosser, C.	103
Klinc, C.	155		
Knoblach, B.	177	Ramirez Henao, J.	173
Koch, J.	107	Razum, O.	4, 35
Krane, S.	151	Remschmidt, C.	134
Krause, G.	141	Renn, O.	4, 15
Krempelhuber von, A.	177	Reuß, A.	179
Kreth, H.-W.	92	Rieck, T.	4, 74
Kretzschmar, M.	157	Roggendorf, H.	130, 143, 165
Kries von, R.	160		
Kruspe, M.	107	Sagebiel, D.	153, 173
Kunitz, O.	162	Salavati, P.	151
		Sanftenberg, L.	151
Lack, M.	4, 69	Schelling, J.	151
Lang, P.	4, 51	Schiffner-Rohe, J.	167, 183
Layer, C.	165	Schink, S.	107
Leher, A.	98	Schmitter, S.	167, 183
Liebl, B.	116, 155	Schneider, T.	155
Liese, J.	92, 136	Schönberger, K.	116, 160
Ludwig, M.-S.	120, 155, 189, 214ff.	Schönfeld, V.	189
		Schubert-Unkmeir, A.	92
Maier, A.	92	Schulz, R.	155
Mankertz, A.	113	Schumacher, J.	173
Mann, K.	130, 165	Schweiger, B.	179
Marcic, A.	206, 221ff.	Seefeld, L.	51, 141
Marcus, U.	107	Seeger, K.	138
Matysiak-Klose, D.	109, 113, 189	Segerer, F.	92
Meyer, C.U.	84	Shefer, A.	127
Mikolajczyk, R.	157	Siedler, A.	109, 113, 157, 173
Mund, A.	162	Siffczyk, C.	118, 122, 206
Muscat, M.	127	Simon, C.	198
Müller, M.	96, 145	Simon, K.	120
		Sing, A.	116
Nennstiel-Ratzel, U.	120, 155	Sroka-Rodrigues, S.	198
Neukirch, K.	162	Starke, R.	177
		Streng, A.	92, 138
Ott, J.J.	144	Suckau, M.	4, 29, 107, 214, 217, 221

PERSONENVERZEICHNIS

Sydow, W.	120
Thole, S.	58
Teichert, U.	206, 221ff.
Terhardt, M.	221ff.
Trost-Brinkhues, G.	120
Tunk, M.	96
Uhlig, K.A.	145
Ultsch, B.	4, 64, 157
Vollmar, J.	177
Vonend, N.	130, 165
Wagner-Wiening, C.	98
Wahl, G.	94
Wedde, M.	179
Weidemann, F.	157
Weißbrich, B.	92
Widders, U.	214, 217, 221
Werber, D.	153
Wetzka, S.	103
Wichmann, O.	107, 157
Wildner, M.	116
Witte, J.	103
Wölle, R.	132
Wolfers, K.	101
Wolfers, V.	101
Würz, A.	101
Zepp, F.	5, 90, 198, 217ff.

4. Nationale Impfkonzferenz

Impfen schützt alle – Masern-Elimination ist machbar!

Herausgeber:

Senatsverwaltung für Gesundheit
und Soziales Berlin
Oranienstraße 106
10969 Berlin

Ministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit, Frauen und Familie
Heinrich-Mann-Allee 103
14473 Potsdam

1. Auflage

Scientific writing und Redaktion

Prof. Dr. Bijan Kouros, Stuttgart

Satz: YAEZ Verlag GmbH, Stuttgart

Druck: Union Sozialer Einrichtungen gemeinnützige GmbH

Copyright

Der Berichtsband ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin und des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Brandenburg strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigung, Übersetzung, auszugsweisen Nachdruck, Mikroverfilmung und Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Dies dient auch dem Schutz der Urheberrechte der einzelnen Referenten. Jedoch wird ausdrücklich dazu eingeladen, unter Nennung der Quelle („Berichtsband zur 4. Nationalen Impfkonzferenz 2015“) und des jeweiligen Referenten die hier behandelten Themen aufzugreifen und Informationen weiter zu verbreiten. Anfragen, die wie oben beschrieben der Zustimmung der genannten Behörden bedürfen, werden möglichst schnell und unbürokratisch bearbeitet.

Danksagung

Wir danken dem wissenschaftlichen Komitee für die Unterstützung bei der Vorbereitung der Konferenz, dem Bundesministerium für Gesundheit für die finanzielle Unterstützung bei der Erstellung dieses Berichtsbandes und ganz besonders danken wir Dr. Ludwig, Dr. Feil, Dr. Hornig, Prof. Zepp, Dr. Marcic und Dr. Teichert für Ihr außergewöhnliches Engagement bei der Leitung der drei Arbeitsgruppen.

