



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung

Die Senatorin für Wissenschaft,
Gesundheit und Verbraucherschutz



Freie
Hansestadt
Bremen

5. Nationale Impfkonferenz

10. UND 11. MAI 2017

WESER-EMS-HALLEN OLDENBURG

**Impfen in unterschiedlichen
Lebenswelten –
Gemeinsam Impflücken
schließen!**

Berichtsband

nationale-impfkonferenz.de

GMK

GESUNDHEITSMINISTERKONFERENZ



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung

Die Senatorin für Wissenschaft,
Gesundheit und Verbraucherschutz



Freie
Hansestadt
Bremen

5. Nationale Impfkonferenz

10. UND 11. MAI 2017

WESER-EMS-HALLEN OLDENBURG

**Impfen in unterschiedlichen
Lebenswelten –
Gemeinsam Impfplücken
schließen!**

Berichtsband

nationale-impfkonferenz.de

■ VORWORT	6
■ VORTRÄGE IM PLENUM (10. MAI 2017)	
Nationale Impfkaktivitäten – Was wurde bisher erreicht?	7
<i>Claudia Schröder, Hannover</i>	
Stand des Nationalen Aktionsplans zur Elimination der Masern und Röteln	12
<i>Dr. Andreas Zapf, Erlangen</i>	
■ PLENUM IMPULSREFERATE ZU WORKSHOPS	
Neueste Erkenntnisse aus der KV-Impfsurveillance – wo bestehen die größten Impflücken?	20
<i>Prof. Dr. Lothar Wieler, Berlin</i>	
Einstellung, Wissen und Verhalten von Erwachsenen und Eltern gegenüber Impfungen – Ergebnisse aus dem bundesweiten Survey 2016 der BZgA zum Infektionsschutz	28
<i>Peter Lang, Köln</i>	
Die Rolle der Ärzteschaft und der Medizinischen Fachangestellten bei der Umsetzung von Impfprogrammen	38
<i>Dr. Stefanie Castell, Braunschweig</i>	
Bremer Lösungsansätze zur Impfung von Flüchtlingen	41
Das große Plus von Impfaktionen – ein Bericht aus der Praxis	
<i>Dr. Monika Leigemann, Bremen</i>	
■ KONZEPT UND ERGEBNISSE DER WORKSHOPS	44
■ POSTERSESSION	
Verleihung des Posterpreises	72
<i>Univ.-Prof. Dr. Fred Zepp, Mainz</i>	
Posterbeiträge der Preisträger	74
Vorgestellte Posterbeiträge	
Teil 1: Von Juroren ausgewählte Posterbeiträge	83
Teil 2: Weitere Posterbeiträge	90

VORTRÄGE IM PLENUM (11. MAI 2017)

■ SESSION 1: VERFÜGBARKEIT UND VERSORGUNG MIT IMPFSTOFFEN	
Impfstoffknappheit/Lieferengpässe – müssen wir uns daran gewöhnen?	97
<i>Dr. Isabelle Bekeredjian-Ding, Langen</i>	
Impfstoffverfügbarkeit – globale und nationale Herausforderung für die Industrie	106
<i>Dr. Jens Vollmar, Berlin</i>	
Rechtliche Aspekte bei Impfungen	110
<i>Hon.-Prof. Dr. Karsten Scholz, Hannover</i>	
Sicherstellung der Impfstoffversorgung aus der Sicht der GKV	116
<i>Brigitte Käser, Hannover</i>	
■ SESSION 2: EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE IMPFAKZEPTANZ	
AM BEISPIEL DER HPV-IMPfung	
HPV-Impfung: neue wissenschaftliche Erkenntnisse	122
<i>Prof. Dr. Stefanie Klug, München</i>	
Was benötigt die Ärzteschaft in ihrer Funktion als wichtigster Multiplikator?	126
<i>Dr. Stefan Trapp, Bremen</i>	
HPV-Impfung: Lösungsansätze für eine höhere Durchimpfungsquote	128
<i>Dr. Etta Huppertz, Bremen</i>	
Recall Digital: Erhöhung der Impfquoten durch den „Impfserver“	131
<i>Jan Seeger, Hannover</i>	
■ AUFARBEITUNG DER EVALUATIONSBÖGEN ZUR NATIONALEN IMPFKONFERENZ 2017	134
<i>Dr. Konrad Beyrer, Hannover</i>	
■ WIE GEHT ES WEITER?	140
■ IMPRESSIONEN AUS DEM KONFERENZRAUM	141
■ PERSONENVERZEICHNIS	142
■ IMPRESSUM	146

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Mai 2017 wurde die nunmehr 5. Nationale Impfkonzferenz von den Ländern Bremen und Niedersachsen in Oldenburg gemeinsam ausgerichtet.

Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder hat mit ihrem Beschluss zur Durchführung Nationaler Impfkonzferenzen aus dem Jahr 2007 unterstrichen, dass Impfen ein gesundheitspolitisch wichtiges Thema ist.

Der konstruktive Dialog der vielen am Impfen beteiligten Expertinnen und Experten aus öffentlichem Gesundheitsdienst, Gesundheitspolitik, Ärzteschaft, Wissenschaft, Forschung, Industrie und Kostenträgern hat deutlich gemacht, wie wichtig solche Nationalen Impfkonzferenzen sind. Anhand von Vorträgen im Plenum, der Poster-Ausstellung und der angebotenen Workshops zu unterschiedlichen Themenstellungen gab es vielfältige Möglichkeiten, sich untereinander mit allen Akteuren auszutauschen, über Zugangswege sowie Hindernisse zu diskutieren und vor allem Lösungswege zu erarbeiten.

Es freut uns, Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, mit diesem Berichtsband eine weitgehend vollständige Zusammenfassung der 5. Nationalen Impfkonzferenz vorlegen zu können.

Zusätzlich bildet er die Ergebnisse der Workshops ab zum Thema „Impfen in unterschiedlichen Lebenswelten – Gemeinsam Impflücken schließen!“.

Wir danken den Mitgliedern des Wissenschaftlichen Komitees, des Posterkomitees, der Stif-

tung Kinder.Gesundheit.Mainz und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Firma m:con ganz ausdrücklich dafür, dass sie uns bereits bei der Durchführung der Konferenz stets kompetent und engagiert unterstützt haben.

Ganz besonderer Dank geht an das Bundesministerium für Gesundheit, ohne dessen finanzielle Unterstützung dieser Berichtsband nicht möglich gewesen wäre.

Unser herzlicher Dank gilt aber auch den Referentinnen und Referenten, den Autorinnen und Autoren und allen Teilnehmenden der 5. Nationalen Impfkonzferenz, verbunden mit der Bitte, ihre hervorragende Arbeit auf dem Gebiet des Impfens weiter fortzusetzen.

Vielen Dank auch den zahlreichen Mitwirkenden und Helferinnen und Helfern, die zum Gelingen der Konferenz beigetragen haben.

Prof. Dr. Eva Quante-Brandt
Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien Hansestadt Bremen

Cornelia Rundt
Niedersächsische Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Nationale Impfkaktivitäten: Was wurde bisher erreicht?

C. Schröder¹, Dr. F. Feil¹, Dr. C. Brenninkmeyer², S. Speiser², Dr. M.-S. Ludwig²

¹ Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung;

Vorsitz der Nationalen Lenkungsgruppe Impfen, Hannover

² Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit;

Sitz der Geschäftsstelle Nationaler Impfplan, Erlangen

Das Impfwesen in Deutschland ist, wie der gesamte Bereich Gesundheit, föderal organisiert, d.h. auch, dass die Umsetzung des Impfwesens in erster Linie den Ländern obliegt, die dies durch die obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) und den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) durchführen. Sie werden auf der Landesebene unterstützt von weiteren Akteurinnen und Akteuren wie der Ärzteschaft mit den Ärztekammern und den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den gesetzlichen Krankenversicherungen.

Auf Bundesebene werden die Rahmenbedingungen gesetzt, zuallererst die Gesetzgebung im Bereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Thematik Impfen bildet sich im Infektionsschutzgesetz ab, aber natürlich auch im Leistungsbereich des SGB V und im Arzneimittelgesetz, um die drei wichtigsten Rechtsvorschriften zu nennen. Darüber hinaus gibt es auf der Bundesebene wichtige Institutionen, die im Rahmen ihrer Zuständigkeit wesentlich das Impfwesen in Deutschland bestimmen. Hierzu zählen zunächst die Oberen Bundesbehörden wie das Robert Koch-Institut (RKI) mit der dort angesiedelten Ständigen Impfkommission (STIKO), das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Darüber hinaus hat auch der gemein-

same Bundesausschuss (G-BA) die Richtlinienkompetenz in Bezug auf die Vergütung von Schutzimpfungen.

Daneben ist Deutschland internationale Verpflichtungen gegenüber der Weltgesundheitsorganisation eingegangen wie z.B. zur Eradikation von Poliomyelitis oder Elimination von Masern und Röteln. Bei allen drei Krankheiten geht es konkret darum, ihr Auftreten überall auf der Welt zu verhindern. Dafür ist eine hohe Impfquote erforderlich. Dies auch in den Ländern, in denen die Krankheiten nicht mehr so stark oder so gut wie gar nicht mehr auftreten. Aber solange diese Erkrankungen nicht überall auf der Welt beseitigt werden konnten, ist eben eine Impfung auch in dem Rest der Welt notwendig. Für diese hohe Impfquote ist ein abgestimmtes und gemeinsames Vorgehen der Länder und des Bundes mit allen weiteren Beteiligten erforderlich.

Neben den bereits vielfältigen laufenden Maßnahmen haben die Länder deshalb bereits im Jahr 2007 auf Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) nationale Initiativen zum Thema Impfen in den Vordergrund gestellt. Dabei wurde unter anderem beschlossen, dass Nationale Impfkongresse abgehalten werden sollen. Sie dienen dem regelmäßigen über-

regionalen Austausch aller Akteurinnen und Akteure mit dem Ziel, bundesweit nachhaltige und erfolgreiche Impfstrategien sicherzustellen. Zu den Akteurinnen und Akteuren gehören natürlich vorrangig die gesamte Ärzteschaft, der ÖGD, aber auch die Wissenschaft und Forschung, die Wirtschaft und nicht zuletzt die Politik, die zahlreiche Rahmenbedingungen setzt. Seit 2009 finden alle zwei Jahre unter der Schirmherrschaft der GMK die Nationalen Impfkongresse statt. 2009 in Mainz ging es zunächst darum, die breite Öffentlichkeit für das Thema Impfen zu sensibilisieren. Das setzte sich dann 2011 in Stuttgart mit einer Bestandsaufnahme der unterschiedlichen Initiativen fort. Im gleichen Jahr wurde von der 84. GMK die Feststellung getroffen, dass die Nationale Impfkongress in dieser Ausgestaltung die Erwartungen erfüllt und deshalb dauerhaft verstetigt werden soll. Es ging dann 2013 in München darum, das Thema Impfen an die Verantwortlichen zu adressieren und deutlich zu machen, dass es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, die als solche angegangen werden muss. Das setzte sich dann 2015 in Berlin fort mit der sehr konkreten Aussage: Masern-Elimination ist machbar. Und heute hier in Oldenburg im Jahr 2017 gibt es ebenfalls sehr konkrete Themen: Impfücken gemeinsam schließen und die Betrachtung der unterschiedlichen Lebenswelten.

Die nationalen Initiativen zum Thema Impfen wurden im Nationalen Impfplan (NIP) dargestellt, der in Mainz seinen Anfang genommen hat und 2011 von der 84. GMK beschlossen worden ist. Er gliedert sich in verschiedene Themenfelder:

- Entwicklung von Impfstoffen
- Impfempfehlungen und Impfziele
- Umsetzung von Impfstrategien
- Information und Aufklärung
- unerwünschte Arzneimittelwirkungen
- Surveillance

Besonders wichtig aus Sicht der damaligen GMK war die Elimination der Masern und Röteln. Deshalb hat sich dafür eine Arbeitsgruppe gebildet, die den Nationalen Aktionsplan zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland entwickelt hat, der 2015 in Berlin vorgestellt und auch von der GMK entsprechend verabschiedet und bestätigt worden ist. Auch hier geht es um die strategischen Zielsetzungen, die Aufklärung und Information der Bevölkerung, die Erhöhung der Impfquoten und auch die Optimierung von Monitoring und Evaluation. Mit diesem Aktionsplan ist das Interventionsprogramm aus den 1990er Jahren fortgeschrieben worden.

Die Nationale Lenkungsgruppe Impfen (NaLI) und die Geschäftsstelle Nationaler Impfplan sind 2016 ins Leben gerufen worden. Die GMK hatte zuvor beschlossen, dass zur Unterstützung der Umsetzung und Fortschreibung des Nationalen Impfplans eine Nationale Lenkungsgruppe und eine entsprechende Geschäftsstelle erforderlich sind. Seither gibt es damit ein Gremium, das sich kontinuierlich mit der Koordination und vor allem mit der Priorisierung von gemeinsamen Impfzielen beschäftigt, gemeinsame Aktionen abstimmt und auch die Weiterentwicklung der Aktionspläne begleitet.

Die Geschäftsstelle Nationaler Impfplan hat vorrangig die Aufgabe, die NaLI administrativ und koordinierend zu unterstützen. Sie wird ge-

meinsam getragen und finanziert von Bund und Ländern und ist organisatorisch angesiedelt beim Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Beteiligte an der NaLI sind natürlich die Länder. Mitglieder sind das ausrichtende Land der Nationalen Impfkonzferenz (diese werden quasi in der Folge Niedersachsen und Bremen, dann Hamburg und Schleswig-Holstein sein), das Vorsitzland der GMK (derzeit Bremen), das Vorsitzland der Arbeitsgruppe Infektionsschutz (derzeit Rheinland-Pfalz), das jeweils letzte ausrichtende Land der Nationalen Impfkonzferenz (derzeit Berlin und Brandenburg aus dem Jahr 2015 und im Anschluss daran Bremen und Niedersachsen). Darüber hinaus ist Bayern als das Sitzland der Geschäftsstelle vertreten. Allen übrigen Ländern steht die Teilnahme frei. Von der Bundesebene sind das Bundesgesundheitsministerium, die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Verband der privaten Krankenversicherung ebenfalls Mitglied der NaLI. Gaststatus haben die Bundeszentrale für gesundheitliche Auf-

klärung, das Paul-Ehrlich-Institut, das Robert Koch-Institut sowie der GKV-Spitzenverband und der gemeinsame Bundesausschuss.

Die Aufgaben der NaLI bestehen vorrangig in einer Erfolgskontrolle und Fortschreibung des Nationalen Impfplans und des Nationalen Aktionsplans zur Elimination der Masern und Röteln. Es geht um die Koordinierung der Umsetzung der im Nationalen Impfplan genannten Ziele auf nationaler, aber auch auf regionaler Ebene. In der NaLI werden Entscheidungsvorschläge über vorrangig zu behandelnde Themenfelder gemeinsam abgestimmt und verabschiedet, aber auch Empfehlungen zu den Zielen beschlossen. Das ausrichtende Land wird jeweils bei der Themenfindung und der inhaltlichen Schwerpunktsetzung der Nationalen Impfkonzferenz unterstützt. Durch die NaLI ist die kontinuierliche fachliche Verzahnung mit den spezifischen Umsetzungsstrukturen der Bundes- und Länderebene und mit den beteiligten Akteurinnen und Akteuren sowie den Verbänden gesichert.

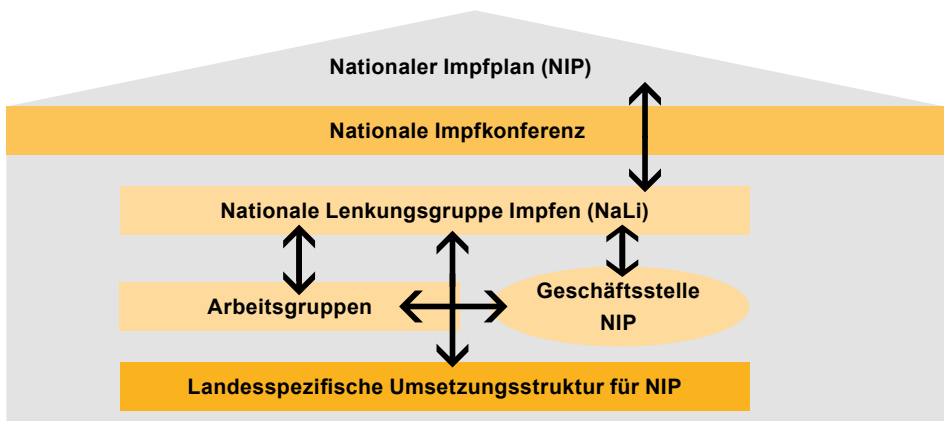


Abbildung 1: Arbeitsweise der Nationalen Lenkungsgruppe Impfen (NaLI)

Konkret zur Arbeitsweise der NaLI gibt Abbildung 1 eine Übersicht über den Aufbau der Arbeitsstruktur. Der Nationale Impfplan bildet quasi den Überbau. Die Nationale Impfkonzferenz ist die Plattform zum einen für den Austausch, zum anderen für die Vernetzung aller Expertinnen und Experten. Daraus folgt, dass kontinuierlich abgeglichen wird, wie die Umsetzung des Nationalen Impfplans verläuft, wie sich die Ergebnisse und Entwicklungen in den einzelnen Ländern gestalten und welche Entwicklungen und Ergebnisse es im Bereich der Forschung und Wissenschaft gibt. Die NaLI koordiniert und bündelt gemeinsam mit der Geschäftsstelle diese Aktivitäten und stellt sicher, dass es einen kontinuierlichen Austausch gibt.

Für die Bearbeitung konkreter Fragestellungen werden Arbeitsgruppen eingerichtet. Eine Arbeitsgruppe unter Vorsitz des Landes Niedersachsen beschäftigt sich mit der Umsetzung des Nationalen Aktionsplans zur Elimination der Masern und Röteln. Sie hat im März 2017 erstmals getagt. Inhaltlich wurden insbesondere die Verbesserungen im Rahmen des Ausbruchsmanagements und die Nachweise zur Frage der Röteln-Freiheit diskutiert. Die zweite Arbeitsgruppe betrifft die Umsetzung von Impf-

themen, die mit dem Präventionsgesetz in Kraft getreten sind. Sie hat im April 2017 erstmalig getagt und wird durch das Land Schleswig-Holstein geleitet. Zu den dort diskutierten Themen gehört insbesondere die Frage der Rahmenvereinbarung von Betriebsmedizinerinnen und Betriebsmedizinern mit den Kostenträgern für Impfungen, die über den Arbeitsschutz hinausgehen. Die Umsetzung dieser guten Idee des niederschweligen Zugangs zu Impfungen ist in der konkreten Ausgestaltung komplizierter als zunächst angenommen.

Zusammenfassung

In einer zeitlichen Reihenfolge ist als erster Schritt die Nationale Impfkonzferenz (NIK) etabliert worden. Damit wurde auch zum Thema Impfen, Impfmüdigkeit, Impfnotwendigkeit die öffentliche Diskussion befruchtet und intensiviert. Im zweiten Schritt ist der Nationale Impfplan (NIP) entwickelt worden, der den Sachstand erhoben, insbesondere die Ziele und Handlungsfelder vorgegeben hat. Und in einem dritten Schritt ist dann die NaLI eingerichtet worden, bei der es darum geht, die Impftemen zu priorisieren und Vorschläge für Maßnahmen zu entwickeln.

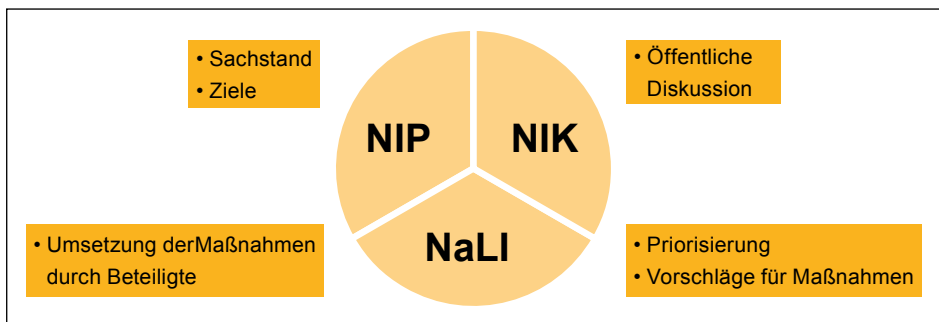


Abbildung 2: Zusammenspiel der nationalen Initiativen zur Verbesserung des Impfwesens

Jetzt im vierten Schritt geht es darum, diese Einzelinitiativen prozesshaft miteinander zu verzahnen (Abbildung 2). Dafür bildet die heutige Nationale Impfkonzferenz den Auftakt. Die öffentliche Diskussion, die durch die Nationale Impfkonzferenz erzeugt wird, soll genutzt werden, um die Ziele des Nationalen Impfplans umzusetzen, die Vorschläge der NaLI zu Priorisierung und zu Maßnahmen mit aufzugreifen. Das Ganze soll dann durch die Beteiligten umgesetzt werden, damit deutlich wird, dass wir uns in einem kontinuierlichen Prozess befinden, der nicht durch Einzelmaßnahmen beendet werden kann, sondern fortlaufend und wiederkehrend alle Anstrengungen bündelt.

Stand des Nationalen Aktionsplans zur Elimination der Masern und Röteln

Dr. Andreas Zapf¹, Dr. Uta Nennstiel-Ratzel¹, Dr. Christine Brenninkmeyer¹, Prof. Dr. Manfred Wildner¹,
Prof. Dr. Bernhard Liebl¹, Dr. Fabian Feil², Dr. Dorothee Matysiak-Klose³, Dr. Maria-Sabine Ludwig¹

¹ Geschäftsstelle Nationaler Impfplan, Bayerisches Landesamt für Gesundheit
und Lebensmittelsicherheit, Erlangen

² Vorsitz der Nationalen Lenkungsgruppe Impfen, Niedersächsisches Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung, Hannover

³ Geschäftsstelle der Nationalen Verifizierungskommission Masern/Röteln, Robert Koch-Institut (RKI), Berlin

Die WHO beschäftigt sich bereits seit der Mitte der 1980er Jahre mit dem Thema Masernelimination. Allerdings wurde auf nationaler Ebene in den ersten Jahren vorwiegend im appellativen Bereich gehandelt. Etwa nach dem Motto: Es ist wichtig, wenn die Impfquoten erhöht werden könnten. Wir hatten seinerzeit selbstverständlich auch gute Ideen zur Erhöhung der Impfquoten, dass wir aber heute den im Jahr 2015 von der GMK abgestimmten Masern-Aktionsplan haben, über Zahlen und Daten reden und messbare, konkrete Ziele zu vielen Aspekten haben, ist etwas Neues.

Wie kam es zum Nationalen Aktionsplan zur Elimination der Masern und Röteln (NAP)? Die Ausgangssituation 2014/2015 sehen Sie in Abbildung 1. Damals wurden im Zeitraum von Juli 2014 bis Juni 2015 in Europa 4.224 Masernfälle registriert. 58 % davon stammten aus Deutschland. In der Abbildung 2 sehen Sie den zum gleichen Zeitpunkt erreichten Status der Masernelimination in der WHO-Region Europa basierend auf den Daten von 2012-2014. Eliminiert – definiert als dauerhafte Unterbrechung von Übertragungsketten in den letzten 36 Monaten – waren Masern in den skandinavischen Ländern und zum Teil auch in den baltischen Ländern. Dann gibt es einige Län-

der, in denen die Infektkette für zwölf Monate unterbrochen war, z. B. Großbritannien und Spanien. Deutschland gehörte zur Gruppe von 18 Ländern in der WHO-Region Europa, die in Bezug auf Masern als endemisch eingestuft waren. Dies war u.a. der Anlass, in Deutschland den NAP auf den Weg zu bringen.

Kommunikation, Impfen und Surveillance mit Ausbruchkontrolle stellen die drei Säulen dar, die das Ziel der Masernelimination tragen. Unverzichtbare Basis und strategisches Ziel für diese 3 entscheidenden Säulen des NAP ist der Ausdruck eines starken politischen Willens und von allen Akteurinnen und Akteuren getragene Maßnahmen. Durch die Kommunikation soll die Information der Bevölkerung verbessert und die Aufklärung intensiviert werden. Dazu gehören auch die Multiplikatoren, insbesondere die Ärzteschaft. Die zweite Säule ist Impfen als die entscheidende Maßnahme der Primärprävention. Die Impfquoten müssen erhöht werden, sonst erreichen wir das Ziel nicht. Ganz wesentlich für die Elimination ist auch der Bereich Surveillance, damit wir die Risikogruppen identifizieren und unsere Anstrengungen zu ihrem Schutz verstärken. Insbesondere beim Thema Röteln ist festzustellen, dass unse-

re Surveillance noch verbesserungswürdig ist. Was sind nun unsere Ziele und wie können wir sie messen? Den drei Säulen sind sechs messbare Ziele zugeordnet, die sich zumeist in zeitliche und regionale Unterziele gliedern. Es ist daher zu unterscheiden, wann etwas erreicht werden soll und wo; bundesweit oder landesweit, wobei landesweit in über 90 % der Kommunen bzw. Landkreise bedeutet. Bundesweit kann man die definierten Unterziele am leichtesten erreichen, weil sich Regionen untereinander ausgleichen können. Der Anspruch, in allen 16 Bundesländern die Unterziele zu erreichen, ist natürlich ambitioniert. Noch schwieriger ist es, auf der kommunalen bzw. Landkreis-Ebene das Unterziel zu erreichen.

Die sechs messbaren Ziele bzw. Unterziele sind:

1. Steigerung des Anteils der Bevölkerung, der einer MMR-Impfung positiv gegenübersteht (bis Ende 2018 bundesweit). Das kann natürlich nur durch die Kommunikation erreicht werden.
2. Bei Kindern von maximal 15 Monaten soll die MMR1-Impfquote mehr als 95 % betragen (bis Ende 2016 bundesweit, bis Ende 2017 landesweit, bis Ende 2018 in über 90 % aller Kommunen bzw. Landkreise). Dieses Unterziel ist, wie die nächsten beiden, vornehmlich der zweiten Säule „Impfen“ zugeordnet. Den Nachweis zur Erreichung dieses Unterziels kann die KV-Impfsurveillance erbringen, die am RKI angesiedelt ist.
3. Bei Schuleingangsuntersuchungen soll die MMR2-Impfquote mehr als 95 % betragen (bis 2016 bundesweit, bis 2017 landesweit, bis 2018 in über 90 % aller Kommunen bzw. Landkreise).
4. In allen Altersgruppen soll eine ausreichen-

de Immunität vorhanden sein, um die Ausbreitung von Masernviren so schnell wie möglich stoppen zu können. Als Indikator gilt eine Inzidenz von weniger als einem Fall pro 1 Million Einwohner (bis Ende 2018).

5. Die nächsten Unterziele betreffen den Bereich Surveillance: Steigerung des Anteils der laborbestätigten Masern- und Röteln-Fälle auf mind. 80 % (bis Ende 2015 für Masern, bis Ende 2018 für Röteln).
6. Ausbruchmanagement auf kommunaler Ebene mit Berichterstattung bei 80 % der MR-Ausbrüche (bis Ende 2015 bundesweit).

Meine Ausführungen beziehen sich darauf, die einzelnen Ziele und Unterziele zu betrachten und eine Prognose hinsichtlich der Zielerreichung zu versuchen. Der politische Wille zum Erreichen der Masern- und Rötelnelimination wurde insbesondere ab dem Jahr 2015 sehr deutlich. Das Präventionsgesetz ebnete den Weg zum Abbau von einzelnen strukturellen Impfhindernissen. Seit Beginn 2016 wird – wie bereits von Frau Schröder im vorangehenden Vortrag ausgeführt – gemeinsam von Bund und Ländern die Geschäftsstelle am LGL für die zugleich neu etablierte Nationale Lenkungsgruppe Impfen (NaLI) finanziert. Hiermit ist eine ganz entscheidende Basis für die weitere partnerschaftliche Umsetzung des NAP von Bund und Ländern sowie weiteren wesentlichen Institutionen wie Kostenträgern und Ärztevertretern gelegt.

Wie weit sind wir nun bei dem ersten messbaren Unterziel des NAP? Unsere Ausgangssituation beschreiben die Daten eines BZgA-Surveys. Im Zeitraum 2010-2014 stellte sich die Situation so dar, dass 88 % der Bevölkerung die Masernimpfung bei Kindern und 77 % bei den Erwach-

senen befürwortete. Das Wissen um eine Impfempfehlung für die nach 1970 Geborenen in der entsprechenden Altersgruppe war nur bei 26 % vorhanden.

Und wie weit sind wir schon gekommen? Ohne den Ergebnissen der neuen BZgA-Surveys vorgreifen zu wollen (s. Vortrag von Lang et al.: Einstellung, Wissen und Verhalten von Erwachsenen und Eltern gegenüber Impfungen – Ergebnisse aus dem bundesweiten Survey 2016 der BZgA zum Infektionsschutz), ist festzustellen, dass sich nur bei der Impfsakzeptanz für die Kinder etwas getan hat, nicht aber für die Erwachsenen. Das Fazit für dieses Ziel ist, dass die Zielerreichung einer positiven Einstellung von 95 % hinsichtlich der Impfung Erwachsener bis Ende 2018 noch offen erscheint.

Bei der Betrachtung der im NAP aufgeführten Vorschläge für Maßnahmen bei diesem ersten Ziel ist ein Hinweis wichtig: Es ist gut und notwendig, dass wir den Nationalen Aktionsplan mit messbaren Zielen unterlegt haben. Der eigentliche Nutzen sollte aber nicht darin bestehen, dass wir Zahlen und Statistiken generieren, um Rankings zu betreiben, wie das so oft der Fall ist. Vielmehr geht es darum, voneinander zu lernen. Wenn eine bestimmte Strategie an anderer Stelle zum Erfolg geführt hat – und dafür sind messbare Ziele hilfreich –, dann kann man sich überlegen, ob man auch so vorgehen will. Wichtig ist, ein gemeinsames Ziel zu haben und daran gemeinsam zu arbeiten. Das ist auch ein wichtiges Anliegen in der Geschäftsstelle der Nationalen Lenkungsgruppe Impfen (NaLI). Die Bemühungen aller Beteiligten zur Hebung der Impfquote müssen immer im Kontext der teilweise regional sehr unterschiedlichen Voraussetzungen bewertet werden. Man darf nicht alles „über einen Kamm scheren“. Daher sind Zahlen und Statis-

tiken für sich allein nur bedingt aussagekräftig. Das zeigen im Übrigen auch die Erkenntnisse aus einer ersten kurzen Anfrage der Geschäftsstelle. Mit dieser Anfrage sollten unter anderem die Aktivitäten der Länder in den letzten zwei Jahren zur Umsetzung der im NAP vorgeschlagenen Maßnahmen in Erfahrung gebracht werden. Dabei ist eine rege Aktivität der Länder abhängig von den regionalen Gegebenheiten und Voraussetzungen erkennbar geworden: von den Informationskampagnen bis zu Fortbildungsangeboten seitens der Länder für Ärztinnen und Ärzte und/oder Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Das zeigt, dass jedes Bundesland eigene Schwerpunkte setzen und dementsprechend seine Ressourcen steuern soll.

Zum zweiten Ziel: Die Daten zur Darlegung der Ausgangssituation liefert die KV-Impfsurveillance am RKI, die unbestritten ein sehr wichtiges Erhebungsinstrument ist. 2013 waren 85,7 % der Kinder im Alter von 15 Monaten einmal geimpft. Konnten wir uns inzwischen verbessern? Die Antwort ist ein verhaltenes Ja. Die Impfquote lag 2015 bei 87,3 %. Die Zahlen für 2016 liegen noch nicht vor. Meine Prognose ist, dass wir es nicht geschafft haben, bundesweit die 95 %-Quote im Jahr 2016 für diese Altersgruppe zu erreichen. Wenn man aber die Daten der KV-Surveillance für 24 Monate alte Kinder betrachtet, dann ist festzustellen, dass bereits seit 2014 bundesweit eine Quote von über 95 % bei der ersten Impfung erreicht wird. Das bedeutet, dass die Kinder schon gegen Masern geimpft werden, aber leider nicht zeitgerecht. Das ist natürlich wichtig, weil Kinder häufig sehr früh Gemeinschaftseinrichtungen besuchen. Zudem zeigen die Daten der KV-Impfsurveillance, dass nur ca. 74 % der Kinder die 2. Masern-Impfung innerhalb des von der STIKO empfohlenen Zeitraums bis spätestens zum 2. Geburtstag erhalten haben.

Zum dritten Ziel: Hier soll die 95 %-Quote für die zweite Masernimpfung bei Schulanfängern bis 2016 bundesweit erreicht werden. Die Zahlen, die im Epidemiologischen Bulletin vom 20.4.2017 veröffentlicht wurden, weisen für das Jahr 2015 eine Impfquote von 92,8 % aus (Abb. 3). Meine Prognose lautet: Wir werden im Jahr 2016 die Impfquote von 95 % bundesweit nicht erreichen. Wenn man die Entwicklung der letzten Jahre betrachtet, ist festzustellen, dass wir am Anfang deutliche Steigerungen verzeichnen konnten. Derzeit befinden wir uns in einer Stagnationsphase. Auch hier stellt sich die Frage nach der Interpretation: pessimistisch oder mit gewissem Optimismus. Dies wird später Gegenstand der Betrachtung sein, insbesondere unter dem Aspekt, dass die zweimalige Masernimpfung aus bevölkerungsmedizinischen Erwägungen erforderlich ist.

Zum vierten Ziel: Bevölkerungsimunität in allen Altersgruppen ist ein wichtiger Indikator der Masernelimination. Perspektivisch ist bis Ende 2018 bundesweit eine Inzidenz von weniger als einem Fall pro 1 Million Einwohner anzustreben. Demnach dürfen in Deutschland nicht mehr als 82 autochthone Masernfälle auftreten. Wie die nächste Grafik zeigt, wurden in diesem Jahr schon 530 Fälle dem RKI gemeldet (Stand: 25.04.2017). Es gibt etwa in zweijährigem Rhythmus einen deutlichen Anstieg (Abb. 4).

Die Zahl der Erkrankungen schwankt zwischen 165 (2012) und 2.464 (2015). In den letzten Jahren ist der Anteil von Jugendlichen und Erwachsenen unter den Erkrankten gestiegen. Im letzten und auch in diesem Jahr ist wieder ein Anstieg bei Kindern unter 10 Jahren zu beobachten (Abb. 5). Ursache dafür ist vermutlich, dass seit letztem Jahr vermehrt Kinder aus Rumänien, Bulgarien

oder Asylsuchende mit nicht ausreichendem Impfschutz erkrankten. Deshalb ist die Surveillance – das ist das fünfte Ziel – und das damit verbundene Ausbruchmanagement – das sechste Ziel – sehr wichtig. Die genaue und rasche Analyse der Masernfälle und die unverzügliche Umsetzung von geeigneten Maßnahmen sind notwendig, um die Risikogruppen zu erfassen und zu schützen.

Eine Steigerung der Anteile laborbestätigter Fälle auf mindestens 80 % ist uns bei Masern schon gelungen, bei Röteln aber bisher nicht. Es ist fraglich, ob das bis Ende 2018 zu schaffen sein wird. Das Thema Ausbruchmanagement beschäftigt uns seit einigen Jahren. Wenn wir Transmissionsketten in der Bevölkerung erkennen wollen, brauchen wir ein zeitnahes Ausbruchmanagement. Je niedriger die Zahl der Erkrankungsfälle wird, umso wichtiger werden Laboruntersuchungen der Verdachtsfälle und ein geeignetes Ausbruchmanagement, um Risikopersonen zu schützen. Anzumerken ist hier allerdings, dass es – gemäß der aktuellen Erhebung der NaLI-Geschäftsstelle – in fast allen Bundesländern Ausbruchsfäden zumindest für Masern gibt und in zwei Bundesländern auch Leitfäden für Massenunterkünfte.

Bei Röteln ist die Situation anders, da die Erkrankung, insbesondere im Kindesalter, unspezifisch und in der Regel ohne Komplikationen verläuft. Sie ist jedoch bekanntermaßen eine Gefahr für die Schwangeren bzw. Embryos durch das Risiko einer Röteln-Embryopathie. Diese tritt in Deutschland seit 2001 nur noch in Einzelfällen auf. Der bislang letzte Fall wurde 2013 übermittelt.

Im Jahr 2016 wurden deutschlandweit 95 Röteln-Erkrankungsfälle übermittelt (Stand: 25.04.2017). Die Datenqualität ist – aufgrund fehlender La-

borbestätigungen bei einer häufig leichten und unspezifischen Symptomatik – erheblich eingeschränkt. Gesicherte Rötelfälle, d.h. Fälle, die nicht nur typische klinische Symptome aufweisen, sondern auch labordiagnostisch bestätigt sind, machen weniger als 25 % der gemeldeten Fälle aus. Entsprechend der WHO-Vorgaben sind auch alle rein klinisch diagnostizierten Fälle zu melden, wobei hier eine sichere Diagnosestellung schwierig ist. Besonders bei Kindern veranlassen Kinderärztinnen und Kinderärzte aufgrund des leichten Verlaufs zumeist keine Labordiagnostik. Diese ist jedoch zur Sicherung einer Diagnose gerade auch für den Ausschluss einer Infektion notwendig. Nur darüber ist es möglich nachzuweisen, dass es in Deutschland keine länger andauernden Transmissionsketten gibt. Dieser Nachweis ist inzwischen für die WHO das entscheidende Kriterium, ob die Elimination gelungen ist, wichtiger als die Indikatorinzidenz von einem Fall pro 1 Million Einwohner.

Die Abbildung 6 soll zusammengefasst zeigen, wo wir stehen. Welche strategischen Ziele in Deutschland erreicht werden können und welche nicht. Erfreulich ist, dass die Basis für alle definierten messbaren Ziele, der politische Wille, durch Gründung der NaLI und auch aufgrund neuer rechtlicher Vorgaben offenbar vorhanden ist, auch wenn die zeitgerechte Erreichung einzelner Unterziele bei den ersten 4 Zielen fraglich erscheint. Hinsichtlich Ziel 5 sieht es bei Masern bezüglich der laborbestätigten Fälle gut aus, auch beim Ausbruchmanagement, bei Röteln aber nicht.

Zusammenfassend ist auf Folgendes hinzuweisen: Ein zentraler Punkt ist, dass es in Deutschland gelungen ist, die Quote für die erste und auch für die zweite Masernimpfung deutlich zu erhöhen. Wir sind auf einem guten Weg, auch wenn wir uns bei

der zweiten Impfung mit 92,8 % in einer Stagnationsphase befinden. Die Schulkinder haben einen guten Impfschutz. Dies müsste eigentlich einen positiven Effekt auf die Bevölkerungsimpunität haben, wenn diese Gruppe älter wird. Deswegen sieht es bei diesem Ziel vielversprechend aus. Bei manchen Zielen stellt die Erreichung der Zielmarke bis Ende 2018 eine große Herausforderung dar. Das muss ganz nüchtern so konstatiert werden. Impfprävention erfordert jetzt die Zusammenarbeit und den Einsatz aller Akteure und Akteurinnen sowie das politische Bekenntnis zu gemeinsamen Anstrengungen.

Aus diesem Grund muss das Thema Impfprävention unbedingt auf der Tagesordnung bleiben. Die NaLI hat aktuell eine Arbeitsgruppe Masern und Röteln unter Einbindung relevanter Akteure und Akteurinnen eingesetzt, die dieser Notwendigkeit nachgeht und den Aktionsplan weiterentwickelt, sodass wir dort, wo bestimmte Risikogruppen erkannt werden, gezielte Projektansätze zur Verbesserung des Impfschutzes entwickeln können. Wir haben jetzt einen wissenschaftlichen, „evidenzbasierten“ Ansatz mit Daten. Ich bin davon überzeugt: Das Ziel der Masern- und Rötelnelimination ist gemeinsam mit Einsatz aller Akteure und Akteurinnen sowie mit einem unverminderten politischen Bekenntnis erreichbar. Deshalb dürfen wir recht positiv nach vorn blicken.

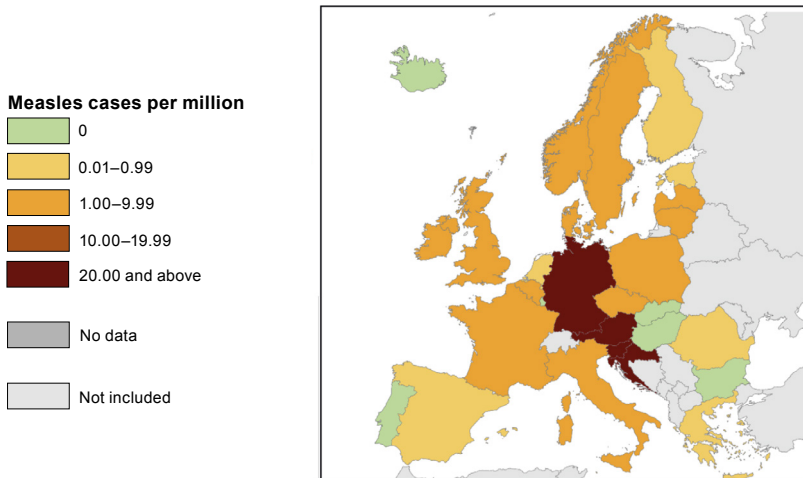


Abbildung 1: Masernfälle in Europa vom Juli 2014 bis Juni 2015; Bildquelle: ECDC, Measles and rubella monitoring; July 2015

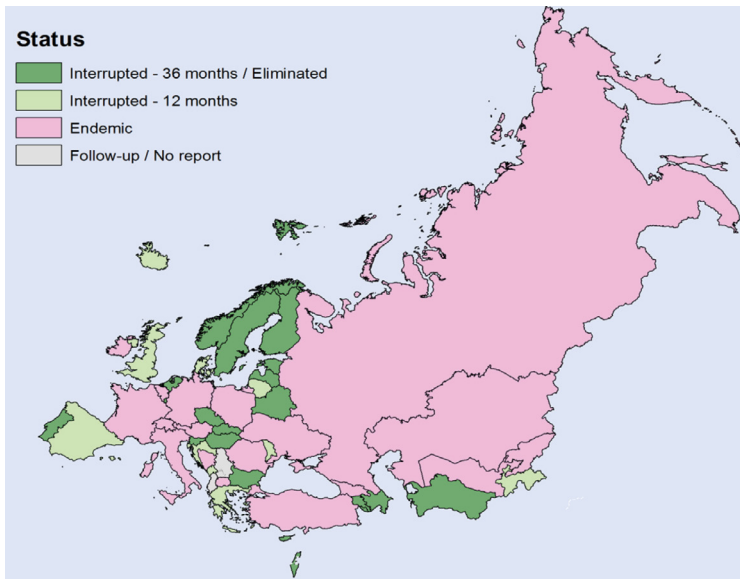
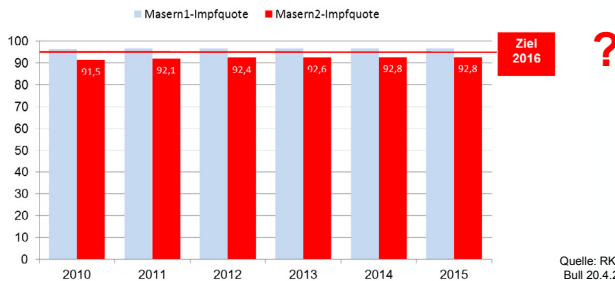


Abbildung 2: Status der Masernelimination in der WHO-EURO basierend auf den Daten von 2012-2014; Bildquelle: WHO Europa

Ziel 3: Mind. 95% der Schulanfänger sind 2x gegen MMR geimpft**Deutschlandweite Masern2-Impfquote bei SEU**

Ziel Erreicht? Daten für 2016 liegen noch nicht vor, jedoch im Jahr 2015 Stagnation bei 92,8%, daher eher fraglich.

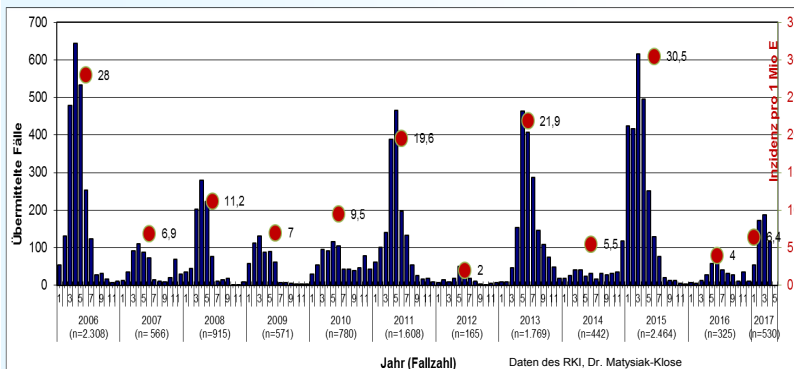


www.lgl.bayern.de

Stand des Nationalen Aktionsplans zur Elimination der Masern und Röteln

Abbildung 3: Deutschlandweite Masern-Impfquoten im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen in den Jahren von 2010 bis 2015; Quelle: RKI

Ziel 4: Aktuelle Fallzahlen der Masern Deutschland, 2006-2017, Meldedaten des RKI (Stand: 25.04.2017)



Über die Jahre hat D die Vorgabe einer Maserninzidenz von max. 1 Fall pro 1 Mio. Einwohner noch nie erreicht



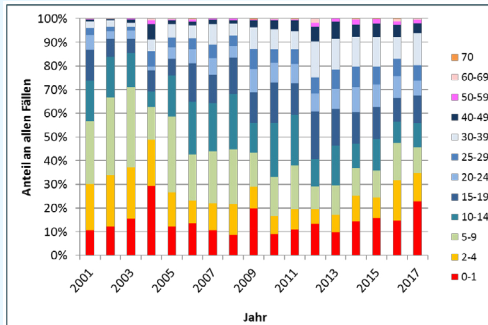
www.lgl.bayern.de

Stand des Nationalen Aktionsplans zur Elimination der Masern und Röteln

Abbildung 4: Aktuelle Fallzahlen der Masern in Deutschland von 2006 bis 2017; Quelle: RKI

Ziel 4: Anteil der Altersgruppen unter den Masernfällen

Deutschland 2001-2017 (Stand: 25.04.2017)



In den letzten Jahren anteiliger Anstieg von Masernerkrankungen unter Jugendlichen und Erwachsenen



www.lgl.bayern.de

Stand des Nationalen Aktionsplans zur Elimination der Masern und Röteln

Abbildung 5: Anteil der Altersgruppen unter den Masernfällen in Deutschland von 2001 bis 2017, Stand 25.4.2017; Quelle: RKI

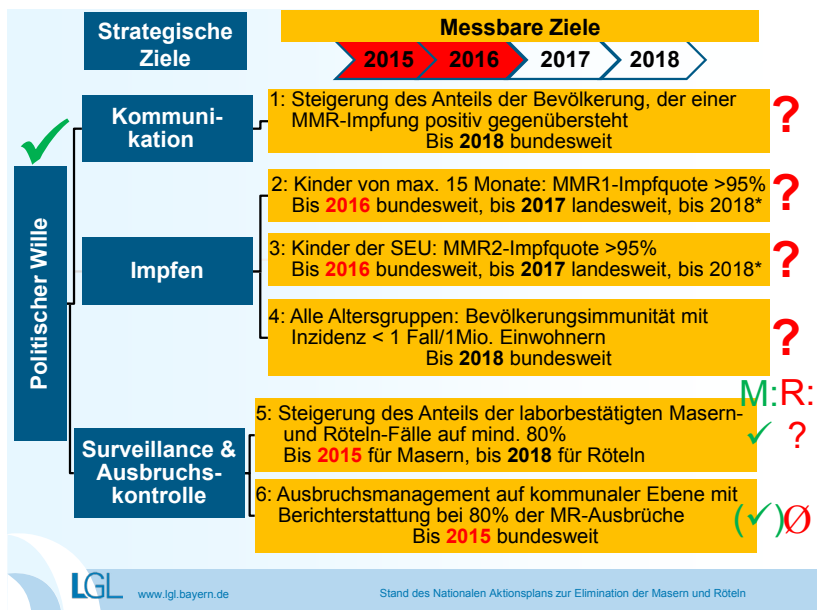


Abbildung 6: Welche strategischen Ziele der NAP wurden bereits bzw. können voraussichtlich planmäßig erreicht werden?

Neueste Erkenntnisse aus der KV-Impfsurveillance – wo bestehen die größten Impflücken?

Prof. Dr. Lothar. H. Wieler
Robert Koch-Institut (RKI), Berlin

Das Impfwesen in Deutschland und die Erhebung von Impfquoten

Das Impfwesen in Deutschland ist dezentral strukturiert. Die Inanspruchnahme von Impfungen erfolgt auf freiwilliger Basis. Circa 85-90 % aller Impfungen werden von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten verabreicht, die dabei aus den jeweils verfügbaren Impfstoffen frei wählen können. Die Kosten von allgemein empfohlenen Impfungen werden i. d. R. von den gesetzlichen Krankenversicherungen als Pflichtleistung übernommen. Die Entscheidung zur Übernahme der Kosten wird durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI) getroffen. Das RKI ist für die Veröffentlichung und Dissemination der STIKO-Empfehlungen verantwortlich und informiert die Fachöffentlichkeit zu Nutzen und Risiken von Impfungen sowie weiteren Aspekten der Impfprävention. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) informiert die Allgemeinbevölkerung über den Nutzen und die Risiken von Impfungen. Weiterhin sind nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) die obersten Landesgesundheitsbehörden und die von ihnen beauftragten Stellen sowie die Gesundheitsämter ebenfalls dafür zuständig, die Bevölkerung über die Bedeutung von Schutzimpfungen zu informieren. Darüber hinaus sind auch Fachgesellschaften, Kranken-

kassen und Hersteller an der Kommunikation und der Informationsbereitstellung beteiligt. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind entsprechend der Schutzimpfungsrichtlinie des G-BAs verpflichtet, die Versicherten über Inhalt und Umfang des Leistungsanspruchs auf Schutzimpfungen zu informieren.

Warum sind aktuelle und belastbare Daten zum Impfstatus der Bevölkerung, über Trends, regionale Unterschiede und soziodemografische Besonderheiten beim Impfschutz unerlässlich? Die Gründe liegen auf der Hand, denn diese Daten werden zwingend benötigt für:

1. die Evaluation der Umsetzung von STIKO-Empfehlungen,
2. die Abschätzung der Wirkung von Impfungen auf Bevölkerungsebene (d.h. Rückgang der Inzidenz der Zielerkrankung in Abhängigkeit von den Impfquoten, andere epidemiologische Effekte),
3. die Einschätzung von Nebenwirkungssignalen (in Abhängigkeit von erreichten Impfquoten oder Anzahl verabreichter Impfdosen in spezifischen Altersgruppen),
4. die Abschätzung der Impfeffektivität (d.h. entspricht die Wirksamkeit unter breiter Anwendung in der Bevölkerung derjenigen, die unter Studienbedingungen der Zulassung dienten?) und

5. mögliche Anpassungen von Impfempfehlungen oder verbesserte Kommunikationsstrategien auf Basis der unter 1.-4. gewonnenen Erkenntnisse.

Die einzige gesetzlich geregelte Datenquelle auf Bundesebene ist aktuell die Erhebung des Impfstatus in den Schuleingangsuntersuchungen, mit der ca. 90 % der eingeschulten Kinder erfasst werden. Diese Schuleingangsuntersuchungen bieten in den meisten Fällen eine Gelegenheit zur Intervention. Sie liefern jedoch keine weiteren Informationen zur Inanspruchnahme von Impfungen vor und/oder nach dem Einschulungsalter. Der sehr hohe Zeitverzug in der bundesweiten Verfügbarkeit der Daten von zirka 2 Jahren und der fehlende Bezug zu Impfindikationsgruppen sind weitere Limitationen der Schuleingangsuntersuchungen.

Daher bieten die Daten der KV-Impfsurveillance in Ergänzung zu den Schuleingangsuntersuchungen die zweite wesentliche Säule des bundesweiten Impfquoten-Monitorings. Die KV-Impfsurveillance ist aktuell ein zeitlich befristetes Forschungsprojekt. Seine Stärken liegen (1.) in der kontinuierlichen Datenerhebung von 85-90 % der gesamten Bevölkerung (d. h. dem GKV-versicherten Anteil der Bevölkerung) unter (2.) Einschluss aller Altersgruppen in Deutschland sowie (3.) der Möglichkeit zur Datenverknüpfung mit anderen ärztlich dokumentierten Leistungen und Diagnosen. Nicht GKV-Versicherte werden in diesem System allerdings nicht erfasst. Auch eine Interventionsmöglichkeit durch Recall oder Reminder ist aufgrund der anonymisierten Datenerhebung nicht gegeben.

Die KV-Impfsurveillance – Sekundärdatenanalysen zu Fragestellungen der Impfprävention

Die KV-Impfsurveillance ist ein seit dem Jahr 2004 bestehendes, vom RKI koordiniertes Gemeinschaftsprojekt mit allen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Die KV-Impfsurveillance wird derzeit bis Ende 2017 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert und nutzt anonymisierte Abrechnungsdaten aus dem ambulanten Sektor des GKV-Bereichs [1]. Die Daten bieten vielfältige Auswertungsmöglichkeiten wie zum Beispiel Analysen zu Impfquoten nach Indikation, Alter und Region, zu Inzidenzen impfvermeidbarer Erkrankungen und zur Inanspruchnahme von Routine-Vorsorgeuntersuchungen. Des Weiteren sind Untersuchungen der Impf-Effektivität, also der Wirksamkeit nach breiter Anwendung in der Bevölkerung, und potentieller Einflussfaktoren auf diese Effektivität im Rahmen eines Kohorten-Ansatzes möglich. So veröffentlichte das Team der KV-Impfsurveillance kürzlich Studienergebnisse zur Effektivität der Varizellen-Impfung (in Abhängigkeit von der erhaltenen Anzahl von Impfstoffdosen, vom zeitlichen Abstand zwischen den Impfungen, vom Impfalter, von der Ko-Administration mit anderen Impfungen und von der Dauer des Impfschutzes) und konnte indirekte Effekte der Impfung auf ungeimpfte Individuen zeigen, die auf Effekte des Gemeinschaftsschutzes zurückgeführt werden können [2].

In Bezug auf das Impfquoten-Monitoring wurden die Daten der KV-Impfsurveillance mit externen Datenquellen validiert [1]. Somit wissen wir sicher: Diese Daten bieten eine zuverlässige Möglichkeit, um Impfquoten altersspezifisch

und bis auf Kreisebene heruntergebrochen darzustellen und Impflücken sichtbar zu machen. Entsprechend wird bei einer vergleichenden Bewertung der Impfquoten auf Bundes- bzw. Bundeslandebene nach Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen mit den Daten der KV-Impfsurveillance sofort eine wesentliche Problematik deutlich: Während die Impfquoten laut Schuleingangsuntersuchung in einem zufriedenstellenden Bereich liegen, zeigt die KV-Impfsurveillance sehr deutlich die aktuellen Impfdizite in unserem System auf. Im Weiteren werden jene Defizite erläutert, die eine erfolgreiche Impfprävention in Deutschland aktuell behindern. Diese werden vor allem in den folgenden vier Bereichen identifiziert:

Impfdefizite in Deutschland

1. Impfungen erfolgen nicht altersgerecht

Im Nationalen Aktionsplan 2015-2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland ist das Erreichen und die Aufrechterhaltung einer Impfquote von über 95 % bei Kleinkindern für die erste Masernimpfung im von der STIKO empfohlenen Alter von 15 Monaten als eines der messbaren Ziele formuliert [3]. Im bundesweiten Durchschnitt soll dieses Ziel bis Ende 2016, auf Bundeslandebene bis Ende 2017 und in mindestens 90 % aller Landkreise oder Kommunen bis Ende 2018 erreicht werden. Nach Daten der KV-Impfsurveillance stieg die bundesweite Impfquote für die erste Masern-Impfung bei Kindern im Alter von 15 Monaten mit den Geburtsjahrgängen von 71,7 % (Geburtsjahrgang 2004) auf 87,3 % (Geburtsjahrgang 2013) an [4]. Bei Kindern im Alter von 24 Monaten stiegen die Impfquoten für die ers-

te Masern-Impfung von 92,3 % (Geburtsjahrgang 2004) auf 95,9 % (Geburtsjahrgang 2013) an. Die im Nationalen Aktionsplan angestrebte bundesweite Impfquote von 95 % für eine Masern-Impfung wird damit erst im Alter von 24 Monaten erreicht (s. Abbildung 1). Für die zweite Masern-Impfung ist ein starker Aufwärtstrend unter Kindern im Alter von 24 Monaten zu beobachten von 59,1 % (Geburtsjahrgang 2004) auf 73,7 % (Geburtsjahrgang 2013). Bis zum Alter von 36 Monaten (also nach dem empfohlenen Impfalter) steigen die Impfquoten im Vergleich zum Alter von 24 Monaten des jeweils selben Geburtsjahrgangs nochmals um rund 2-4 Prozentpunkte (erste Impfung) bzw. 14-16 Prozentpunkte (zweite Impfung) an [4]. Oftmals wird also nicht in jenem Zeitraum geimpft, der von der STIKO empfohlen wird, sondern später. Die Folge ist, dass Kinder unnötig lange einem Erkrankungsrisiko ausgesetzt sind.

2. Regionale Unterschiede der Impfquoten

Ein weiteres Problem der Inanspruchnahme von Impfungen sind die erheblichen regionalen Unterschiede, die sich auf Bundeslandebene, vor allem aber auf Kreisebene zeigen.

So reicht die Spannweite der Masernimpfquote bei 15 Monate alten Kinder von 55,6 % (Landkreis Rhön-Grabfeld, Bayern) bis 95,9 % (Stadt Zweibrücken, Rheinland-Pfalz) [4]. Die Spannweite der Impfquote für die zweite Masern-Impfung bei Kindern im Alter von 24 Monaten (ohne Sachsen, da hier die zweite Impfung erst ab dem Ende des fünften Lebensjahrs empfohlen wurde) liegt zwischen 39,4 % (Landkreis Main-Tauber-Kreis, Baden-Württemberg) und 88,3 % (Stadt Wilhelmshaven, Niedersachsen, s. Ab-

bildung 2). Um diese heterogene Situation besser sichtbar zu machen, wurde eine interaktive Deutschlandkarte „VacMap“ entwickelt. Sie ist unter www.vacmap.de aufrufbar und visualisiert die Impfquoten aus der KV-Impfsurveillance (s. Abbildung 3). Die Darstellung der Impfquoten ist wählbar nach Geburtskohorte (derzeit 2004-2013), Altersgruppe sowie nach Anzahl der Impfdosen und wird auf Bundesland- und Kreisebene umgesetzt. Die Anwendung erlaubt die Visualisierung regionaler Vergleiche zwischen Altersgruppen und Geburtsjahrgängen und bietet alle Daten zum Download an. Derzeit werden auf „VacMap“ die Masern-Impfquoten der KV-Impfsurveillance dargestellt. Die Karte wird zukünftig mit weiteren Impfungen und Altersgruppen ausgebaut werden.

3. Impflücken bei Jugendlichen

Die KV-Impfsurveillance stellt derzeit die einzige Datenquelle in Deutschland dar, die flächendeckend, regional und nach Anzahl der Impfstoffdosen Impfquoten der HPV-Impfung für die gesamte Zielgruppe bereitstellt. Die STIKO-Empfehlung für die Impfungen gegen humane Papillomviren (HPV) besteht seit dem Jahr 2007. Zunächst galt die Empfehlung für Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren und seit 2015 für 9- bis 14-jährige Mädchen. Die KV-Daten belegen, dass weniger als die Hälfte der Mädchen gegen HPV geimpft wurden. Vor allem in den jüngeren Altersgruppen ist die Impfquote sehr niedrig und lag für eine vollständige Impfserie bei 0,8 % der 12-jährigen Mädchen im Jahr 2014. Im selben Jahr waren nur 31 % der Mädchen im Alter von 15 Jahren und 43 % mit 17 Jahren vollständig gegen HPV geimpft. Der Vergleich über die letzten Jahre am Beispiel der

Impfquote bei 15-jährigen Mädchen zeigt, dass die Impfquote nur unwesentlich von 27 % im Jahr 2011 auf die genannten 31 % im Jahr 2014 gesteigert werden konnte [4]. In den östlichen Bundesländern war die HPV-Impfquote 2014 bei den 15-jährigen Mädchen mit 45 % höher als in den westlichen Bundesländern (28 %). Auch die Unterschiede auf Bundeslandebene sind bemerkenswert: In Bayern sind lediglich 21 % der 15-jährigen Mädchen vollständig geimpft, in Sachsen-Anhalt 53 % (s. Abbildung 4). Mit der Herabsenkung des Impfalters besteht die Hoffnung, dass die Jugendvorsorgeuntersuchung J1, die mit 12-14 Jahren durchgeführt wird, noch stärker zur Inanspruchnahme der HPV-Impfung genutzt wird. Die Daten der KV-Impfsurveillance zeigen, dass zwar nur knapp die Hälfte der Jugendlichen die J1 in Anspruch nimmt, dass jedoch auch ein signifikanter Zusammenhang zwischen der J1-Nutzung und der Inanspruchnahme der HPV-Impfung besteht [5]. Eine höhere Verbindlichkeit für die J1 (z.B. als Pflicht-Untersuchung mit Einladung bzw. Erinnerung) hat das Potential, die HPV-Impfquote entsprechend zu steigern.

4. Impflücken bei Erwachsenen

Neben allen Personen mit chronischen Grunderkrankungen, Schwangeren und medizinischem Personal empfiehlt die STIKO allen Personen ab einem Alter von 60 Jahren eine Impfung gegen saisonale Influenza. Die Europäische Union hat in einer Resolution das Ziel definiert, dass in allen Mitgliedstaaten unter älteren Personen eine Influenza-Impfquote von mindestens 75 % bis 2015 erreicht werden soll. Basierend auf den vorliegenden Daten aus der KV-Impfsurveillance kann gezeigt werden, dass in den Saisons

2008/09 und 2009/10 bundesweit zwar noch knapp die Hälfte der mindestens 60-Jährigen gegen Influenza geimpft war, aber nachfolgend die Impfquoten einen rückläufigen Trend aufzeigen [4]. Seit der Saison 2012/13 scheinen die Impfquoten auf einem Niveau zu stagnieren, bei dem gut ein Drittel aller Personen ab einem Alter von 60 Jahren gegen saisonale Influenza geimpft wird. In der Saison 2015/16 lag die Impfquote bundesweit bei 35 % und zeigte dabei eine große Spannweite im Ländervergleich (20 % in Baden-Württemberg bis 56 % in Sachsen-Anhalt) und ist in den östlichen Bundesländern mit 51 % durchweg höher als in den westlichen Bundesländern (30 %). Die Zielvorgaben der Europäischen Union werden damit in Deutschland bisher von keinem einzigen Bundesland annähernd erreicht.

Weiterführende Untersuchungen zu den identifizierten Impfdefiziten

Die Daten der KV-Impfsurveillance belegen eindrucksvoll die Impflücken in Deutschland und bieten damit die Basis für fokussierte Surveys zu Wissen, Akzeptanz und Barrieren bzgl. Impfungen. So liegen bereits einzelne Studienergebnisse zu den Ursachen der unterschiedlichen Impfinsprachnahme vor. Eine Facebook-Umfrage des RKIs unter 18- bis 25-jährigen Frauen in Deutschland ergab, dass die Inanspruchnahme der HPV-Impfungen signifikant mit der aktiven Impfempfehlung durch den Arzt/die Ärztin und der eigenen Überzeugung von der Wirksamkeit des Impfstoffs assoziiert war [6]. Bedenken zur Impfstoff-Sicherheit waren negativ mit der Inanspruchnahme assoziiert. In einer weiteren RKI Studie wurden Erwachsene mittels computergestützten

Telefoninterviews zu Gründen gegen die Influenza-Impfung befragt [7]. Unter Seniorinnen und Senioren und chronisch Kranken waren ein fehlendes Vertrauen in die Impfung und die Ansicht, dass eine Influenza-Erkrankung nicht gefährlich sei, Hauptgründe, die gegen die Impfung sprachen. Beide Studien belegen, dass sich Kommunikationsstrategien vor allem auf das Verstehen und die Wahrnehmung des individuellen Risikos fokussieren sollten, das sich aus der Erkrankung und der Impfung ergibt.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Untersuchungen zum Schuleingang belegen eine generell gute Akzeptanz von Routine-Kinderschutzimpfungen in Deutschland. Die wesentlichen Impflücken bestehen jedoch im Kleinkindalter (kein zeitgerechtes Impfen), regional auf Ebene der Bundesländer oder gar auf Kreisebene, im Jugendalter sowie im Erwachsenenalter. Erst die Analysen der KV-Impfsurveillance ermöglichen die genaue Identifizierung von Impfdefiziten und sind somit eine unerlässliche Säule zur Bewertung, in welchem Maß die Bevölkerung in Deutschland gegen impfpräventable Erkrankungen geschützt und das Impfsystem funktional ist.

Daten der KV-Impfsurveillance können den Handlungsbedarf auf lokaler Ebene aufzeigen (z.B. Landkreise mit besonders niedrigen Impfquoten) und somit gezielte Maßnahmen begründen und deren Planung unterstützen. Sie können gesundheitspolitische Entscheidungen begleiten wie z.B. eine verbindliche Teilnahme an der J1-Vorsorgeuntersuchung, die unter anderem zu einer verbesserten Inanspruchnahme der HPV-Impfung beitragen kann. Darüber hinaus können sie bei

der Erkennung des Bedarfs und der Planung von fokussierten Surveys zu Wissen, Akzeptanz und Barrieren bezüglich Impfungen behilflich sein.

Der Datenumfang der KV-Impfsurveillance wird derzeit erweitert. Dieser Ausbau wird der Berechnung von Impfquoten für Risikogruppen (z.B. Schwangere, chronische Erkrankungen) dienen, die Abschätzung von Impfeffektivitäten und Effekten von Impfungen auf Bevölkerungsebene für weitere Impfungen ermöglichen und die Untersuchung von einzelnen potenziellen Impfnebenwirkungen gestatten. Die interaktive Online-Karte VacMap der KV-Impfsurveillance wird noch in diesem Jahr mit Daten zu Impfquoten weiterer Impfungen ausgebaut werden. Die Verstärkung der KV-Impfsurveillance ist daher nicht nur für das RKI von hoher Priorität, sondern dient unmittelbar der Verbesserung des Infektionsschutzes in der Bevölkerung.

Literaturverzeichnis

1. 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(2):476-484.

2. Rieck T, Feig M, An der Heiden M, Siedler A, Wichmann O. Assessing varicella vaccine effectiveness and its influencing factors using health insurance claims data, Germany, 2006 to 2015. Euro Surveill. 2017;22(17).

3. Nationaler Aktionsplan 2015–2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland: https://www.gmkonline.de/documents/Aktionsplan_Masern_Roeteln_2.pdf

4. Rieck T, Feig M, Wichmann O, Siedler A. Aktuelles aus der KV-Impfsurveillance – Impfquoten der Rotavirus-, Masern-, HPV- und Influenza-Impfung in Deutschland. Epid Bull. 2017(1):1-7.

5. 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):5564-5569.

6. Renschmidt C, Walter D, Schmich P, Wetzstein M, Yvonne D, Wichmann O. Knowledge, attitude, and uptake related to human papillomavirus vaccination among young women in Germany recruited via a social media site. Human Vaccines & Immunotherapeutics 2014, 10(9):2527-35.

7. Bödeker B, Renschmidt C, Schmich P, Wichmann O. Why are older adults and individuals with underlying chronic diseases in Germany not vaccinated against flu? A population-based study. BMC Public Health 2015, 15:618.

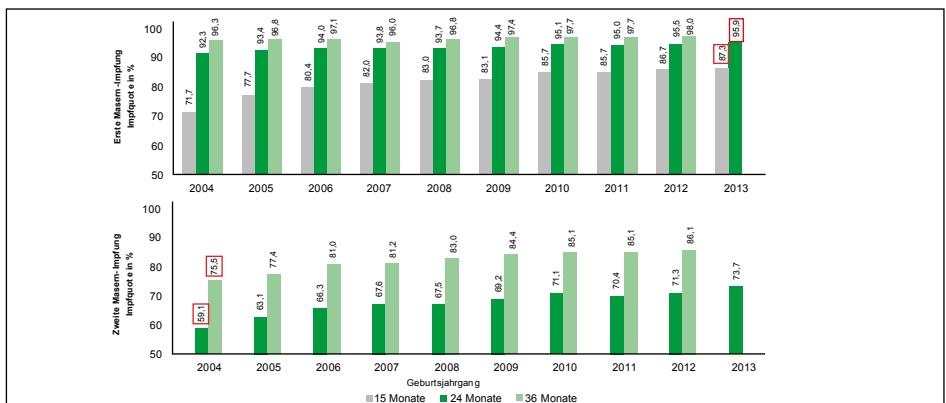


Abbildung 1: Problem 1: Zeitgerechtes Impfen am Beispiel der Masern-Impfung nach Alter (15/24/36 Monate) in den einzelnen Jahrgängen

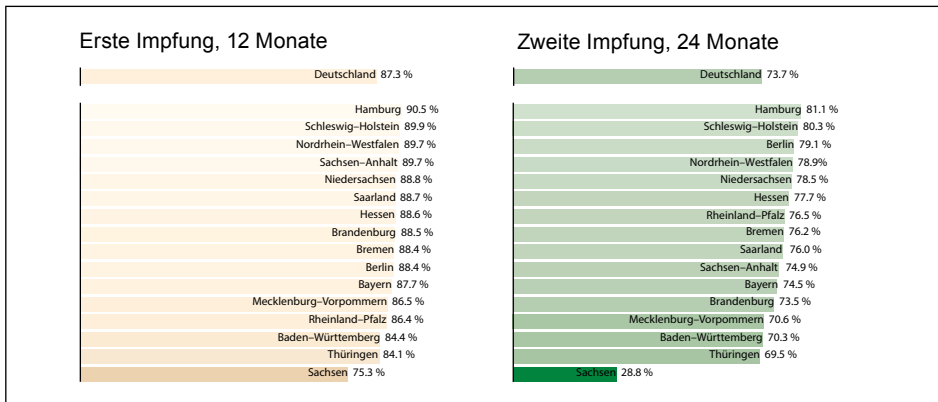


Abbildung 2: Problem 2: Erhebliche geographische Unterschiede am Beispiel der Masern-Impfquoten auf Bundeslandebene, Jahrgang 2013

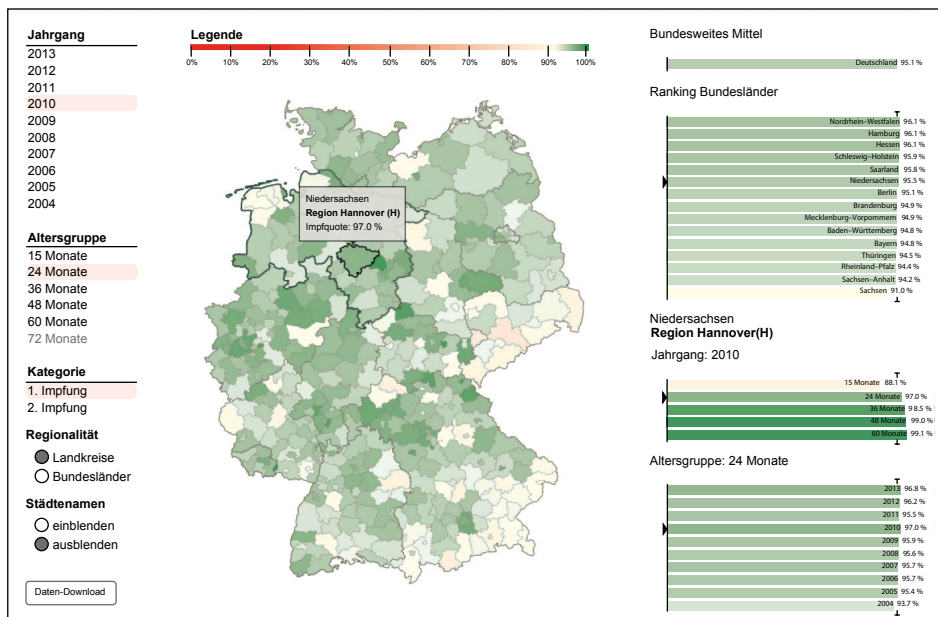


Abbildung 3: VacMap – interaktive Deutschlandkarte der KV-Impfsurveillance: Beispiel Masern-Impfquoten

NEUESTE ERKENNTNISSE AUS DER KV-IMPFSURVEILLANCE – WO BESTEHEN DIE GRÖSSTEN IMPFLÜCKEN?

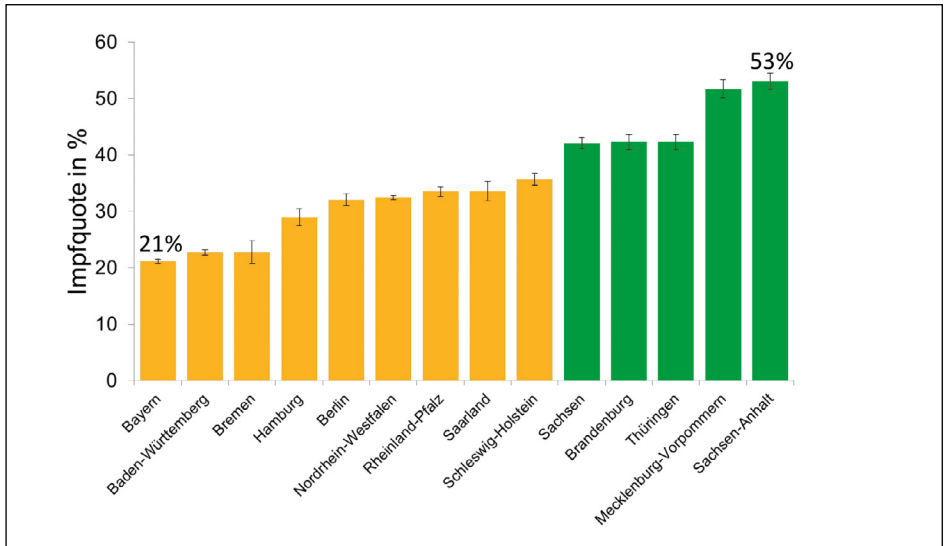


Abbildung 4: Problem 3: Impfquoten bei Jugendlichen am Beispiel der HPV-Impfquote nach Bundesländern (15-jährige Mädchen (n = 182.559), Dezember 2014, vollständige Impfserie)

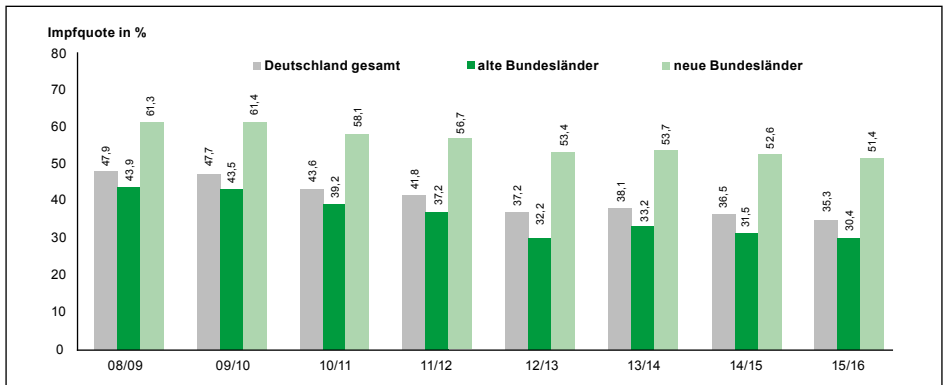


Abbildung 5: Problem 4: Impfquoten bei Erwachsenen am Beispiel der Influenza-Impfquote, Alter 60+, nach Saison

Einstellung, Wissen und Verhalten von Erwachsenen und Eltern gegenüber Impfungen – Ergebnisse aus dem bundesweiten Survey 2016 der BZgA zum Infektionsschutz

Peter Lang, Nina Horstkötter, Dr. Britta Reckendrees, PD Dr. Oliver Ommen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

2016 hat die BZgA erneut eine bundesweite Repräsentativbefragung zu Wissensstand, Einstellungen und Verhalten der Bevölkerung im Alter von 16 bis 85 Jahren gegenüber Impfungen durchgeführt. Ein Befragungsschwerpunkt dabei richtete sich an Eltern mit Fragen zum Impfen ihrer Kinder. Der Vortrag stellt einen Teil der Ergebnisse dieser Studie sowie der vorangegangenen BZgA-Befragungen zu den Themenfeldern und die daraus abzuleitenden Maßnahmen anhand folgender Abschnitte dar:

1. Hintergrund
2. Zielsetzung der Studie
3. Methodische Aspekte
4. Ergebnisse
5. Aktivitäten der BZgA zur Masernimpfung
6. Schlussfolgerungen und Fazit

1. Hintergrund

Um mit wirksamen zielgruppenspezifischen Kommunikationsmaßnahmen Informationsdefizite und Vorbehalte gegenüber dem Impfen aufgreifen zu können, führt die BZgA seit 2010 regelmäßig bundesweit repräsentative Studien durch, die die Einstellung, das Wissen und das Verhalten der Bevölkerung gegenüber Impfungen analysieren und wesentliche Einflussfaktoren auf das Impfverhalten identifizieren. Die

aktuelle Untersuchung aus dem Jahr 2016 ist eine Wiederholung der Studien aus den Jahren 2012 und 2014. Damit können zeitliche Trends zu Wissensstand, Einstellungen und Verhalten der Bevölkerung im Alter von 16 bis 85 Jahren zum Impfen analysiert werden. Zusätzlich wurden in die Studie Fragen an Eltern von Kindern (0 bis 13 Jahre) zum Impfen im Kindesalter aus der Elternbefragung 2010 integriert.

2. Zielsetzung

Das Ziel der vorliegenden Studie war es, Einstellungen, Wissen und Verhalten von Erwachsenen und Eltern gegenüber Impfungen in Deutschland zu erfassen und den erforderlichen Aufklärungsbedarf zu identifizieren. In diesem Zuge wurden folgende Aspekte erfasst:

- die generelle Einstellung zum Impfen
- die Einschätzung der Wichtigkeit von Impfungen (im Allgemeinen und in Bezug auf Masern)
- die Einschätzung der Gefährlichkeit von Infektionskrankheiten
- Impfhindernisse (im Allgemeinen und in Bezug auf Masern)
- Kenntnis der Impfempfehlung gegen Masern
- präferierte Informationsquellen zum Thema Impfungen
- Kenntnis des persönlichen Impfstatus

3. Methodische Aspekte

Um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der einzelnen Befragungswellen (2010, 2012, 2014 und 2016) zu gewährleisten, wurden das Erhebungsverfahren, das Auswahlverfahren, das Erhebungsinstrument sowie die Interviewerschulung und der Interviewereinsatz weitestgehend konstant gehalten.

2010 wurden im Zeitraum von Oktober bis November 3.002 Eltern von Kindern im Alter von 0 bis 13 Jahren mittels computergestützter Telefoninterviews (CATIs) zu Impfungen im Kindes-

alter befragt. 2012 wurden 4.483 16- bis 85-Jährige (darunter 1.822 1970 und später Geborene) in der Zeit von Juni bis August mittels CATIs zu Impfungen und Hygienemaßnahmen befragt. Von Juli bis September 2014 wurden bundesweit 4.491 16- bis 85-Jährige (darunter 1.971 1970 und später geborene Personen) mittels CATIs zu Impfungen und Hygienemaßnahmen befragt. 2016 wurden 5.012 16- bis 85-Jährige (darunter 2.031 1970 und später Geborene sowie 1.092 Mütter bzw. Väter von Kindern im Alter von 0 bis 13 Jahren) in der Zeit von Juli bis September mittels CATIs zu Impfungen im Kindes- und Erwachsenenalter befragt.

3. Methodische Aspekte

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung **BZgA**

Studien der BZgA zum Thema Impfen (seit 2010)

Erhebungsjahr	2010	2012	2014	2016
Themenschwerpunkt	Impfungen im Kindesalter	Impfungen und Hygienemaßnahmen	Impfungen und Hygienemaßnahmen	Impfungen im Kindes- und Erwachsenenalter
Ausschöpfungsrate:				
Festnetz	58,2 %	53,2 %	49,7 %	49,1 %
Mobil	–	38,7 %	38,6 %	38,4 %
Befragte	Eltern von Kindern im Alter von 0–13 Jahren (n = 3.002)	16- bis 85-Jährige (n = 4.483) → 1970 und später Geborene (n = 1.822)	16- bis 85-Jährige (n = 4.491) → 1970 und später Geborene (n = 1.971)	16- bis 85-Jährige (n = 5.012) → 1970 und später Geborene (n = 2.031)
Feldzeit	Oktober–November 2010	Juli–September 2012	Juli–September 2014	Juli–September 2016
Verfahren der Datenerhebung	CATI	CATI	CATI	CATI

Tabelle 1: Methodische Aspekte: Studien der BZgA zum Thema Impfen (seit 2010) (BZgA 2016)

4. Ergebnisse

Einstellungen von Eltern zum Impfen im Kindesalter

Die folgenden Ergebnisse beruhen auf den Angaben der 2016 befragten Eltern (n = 1.092) mit Kindern im Alter von 0 bis 13 Jahren. Die überwiegende Mehrheit der befragten Eltern (85 %) steht dem Impfen im Kindesalter positiv gegenüber. 13 % geben an, dass ihre Einstellung zum Impfen teils ablehnend, teils befürwortend ist. Kaum jemand hat eine (eher) ablehnende Haltung zum Impfen (jeweils 1 %).

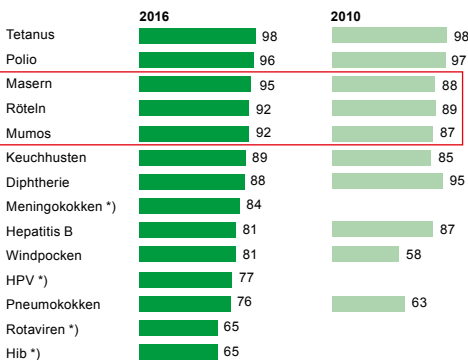
Ein Ziel des Nationalen Aktionsplans zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland (2015–2020) ist es, den Bevölkerungsanteil, der einer MMR-Impfung von Kindern und Jugend-

lichen grundsätzlich positiv gegenübersteht, auf mindestens 95 % zu steigern. Als Indikator zur Messung dieses Ziels wurde in der vorliegenden Studie die Einschätzung der befragten Eltern zur Notwendigkeit der Masernimpfung herangezogen. Basierend auf den aktuellen Ergebnissen kann dieses Ziel des Nationalen Aktionsplans in Bezug auf Masern als erreicht angesehen werden: Eine sehr große Zahl der befragten Eltern (95 %) gibt an, dass ihr Kind auf jeden Fall gegen Masern geimpft werden sollte. Im Vergleich zu 2010 ist damit der Anteil der Eltern, die diese Einschätzung teilen, um 7 % gestiegen. Auch in Bezug auf Röteln lässt sich ein leicht positiver Trend feststellen: Während 2010 nur 89 % der befragten Eltern angaben, dass ihr Kind auf jeden Fall gegen Röteln geimpft werden sollte, waren es 2016 92 %.

4. Ergebnisse: Einschätzung der Notwendigkeit von Impfungen – Zeitvergleich

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung **BZgA**

Gegen welche Krankheiten sollte Ihr Kind Ihrer Meinung nach auf jeden Fall geimpft werden?



Ziel im Nationalen Aktionsplan zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland (2015–2020):

Steigerung des Anteils in der Bevölkerung, der einer MMR-Impfung grundsätzlich positiv gegenübersteht

- MMR-Impfung von Kindern und Jugendlichen: mindestens 95 %

*) 2010 nicht abgefragt

Basis: 2016: 1.092 Befragte (Eltern 0- bis 13-jähriger Kinder), 2010: 3.002 Befragte (Eltern 0- bis 13-jähriger Kinder)

Angaben in Prozent

Abbildung 1: Einschätzung der Notwendigkeit von Impfungen – Zeitvergleich (BZgA 2016)

Mit zunehmender formaler Bildung geht jedoch eine unterdurchschnittliche Einschätzung der Notwendigkeit der Impfung gegen Masern und Röteln einher. So sind nur 92 % der Eltern mit Abitur/Studium der Meinung, dass ihr Kind unbedingt gegen Masern geimpft werden sollte. Auch nur 89 % der Eltern mit Abitur/Studium halten eine Impfung gegen Röteln für notwendig.

Die Risiko-Nutzen-Abwägung spielt für eine bewusste Entscheidung für oder gegen eine Impfung eine wesentliche Rolle. Um Eltern bedarfsgerecht mit Informationen im Rahmen der Impfaufklärung versorgen zu können, wurde das wahrgenommene Risiko impfpräventabler Infektionskrankheiten analysiert. Eltern sind geteilter Meinung, wenn es darum geht, wie sich durchlebte Kinderkrankheiten auf die Ent-

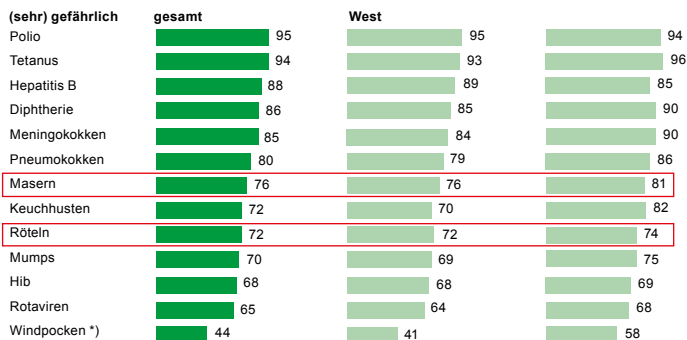
wicklung des Kindes auswirken. 47 % glauben, dass es für die Entwicklung ihres Kindes gut ist, wenn es die eine oder andere Kinderkrankheit durchmacht. 48 % glauben nicht an solche positiven Effekte. Günstige Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes erwarten in der Tendenz eher Eltern mit niedrigem Schulabschluss (70 %) sowie jene, die dem Impfen gegenüber „(eher) ablehnend“ eingestellt sind (69 %).

Eine überwiegende Mehrheit der befragten Eltern hält es für „(sehr) gefährlich“, wenn ihr Kind an Masern (76 %) oder Röteln (72 %) erkranken würde. Eltern aus Ostdeutschland schätzen die Masern und Röteln dabei etwas häufiger als „(sehr) gefährlich“ ein (Masern: 81 %; Röteln: 74 %) als Eltern aus Westdeutschland (Masern: 76 %; Röteln: 72 %).

4. Ergebnisse: Einschätzung der Gefährlichkeit von Infektionskrankheiten – Region

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung
BZgA

Wie gefährlich wäre es für Ihr Kind Ihrer Meinung nach, wenn es an (...) erkranken würde: sehr gefährlich, gefährlich, weniger gefährlich oder überhaupt nicht gefährlich?



*) signifikanter Unterschied (West/Ost)
Basis: 1.092 Befragte (Eltern 0- bis 13-jähriger Kinder)

Angaben in Prozent

Abbildung 2: Einschätzung der Gefährlichkeit von Infektionskrankheiten – Region (BZgA 2016)

Dass nahezu alle Eltern (99 %) es sehr gut oder gut finden, durch ein persönliches Gespräch mit einem Arzt oder einer Ärztin über Impfungen im Kindesalter informiert zu werden, unterstreicht erneut die zentrale Schlüsselrolle der Ärzteschaft bei der Impfaufklärung. Aber auch Gespräche mit einer medizinischen Fachkraft (88 %), Informationsbroschüren und Faltblätter (73 %) oder Informationsangebote im Internet (51 %) werden als relevante Informationsquellen zum Thema Kinderimpfungen von den Eltern genannt.

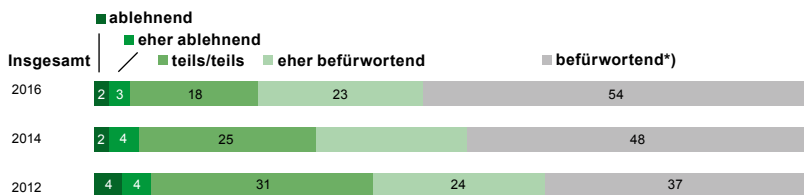
Einstellungen der Allgemeinbevölkerung zum Impfen (Schwerpunkt: Masernimpfung) im Erwachsenenalter

Schutzimpfungen für Erwachsene werden von einem Großteil der Bevölkerung im Alter von 16 bis 85 Jahren (n = 5.012) als wichtig eingestuft. 77 % der Befragten stehen dem Impfen „(eher) befürwortend“ gegenüber. 18 % haben teilweise Vorbehalte und 5 % haben eine „(eher) ablehnende“ Haltung gegenüber dem Impfen. Im Vergleich zur Untersuchung 2014 ist der Anteil derjenigen, die Impfungen generell „befürwortend“ gegenüberstehen, signifikant gestiegen (von 48 % auf 54 %; p = 0,003), ebenso im Vergleich zur Untersuchung 2012 (von 37 % auf 48 %; p = 0,000).

4. Ergebnisse: Einstellung zum Impfen allgemein – Zeitvergleich

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung
BZgA

Wie ist Ihre Einstellung zum Impfen ganz im Allgemeinen? Stehen Sie dem Impfen alles in allem ablehnend, eher ablehnend, teils ablehnend/teils befürwortend, eher befürwortend oder befürwortend gegenüber?



*) insgesamt „befürwortend“ (2014-2016): p = 0,003
insgesamt „befürwortend“ (2012-2016): p = 0,000
insgesamt „befürwortend“ (2012-2014): p = 0,000
Basis: 2016: 5.012 Befragte, 2014: 4.491 Befragte, 2012: 4.483 Befragte

Angaben in Prozent

Abbildung 3: Einstellung zum Impfen allgemein – Zeitvergleich (BZgA 2016)

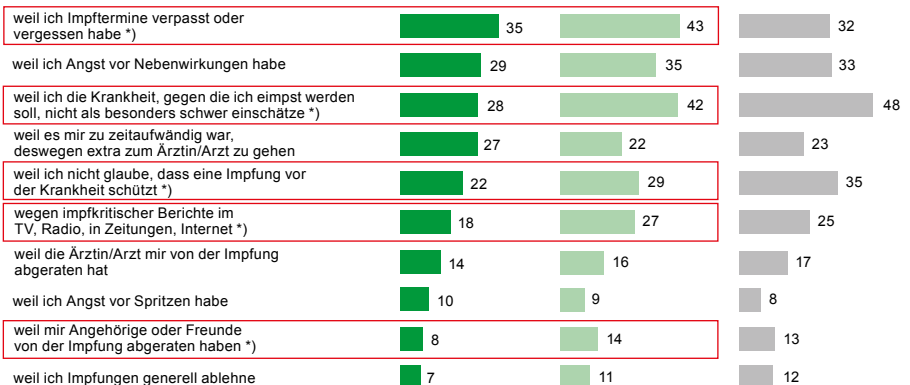
Die Kenntnis der Gründe für Impfhindernisse ist eine wichtige Voraussetzung für eine gezielte Aufklärungsarbeit. Im Vergleich zu der Untersuchung aus dem Jahr 2014 ist die Häufigkeit der Nennung der folgenden Impfhindernisse signifikant zurückgegangen: Das Verpassen oder Vergessen des Impftermins (2014: 43 %, 2016: 35 %; $p = 0,028$), die Einschätzung, dass die Krankheit, gegen die geimpft werden sollte,

nicht besonders schwer ist (2014: 42 %, 2016: 28 %; $p = 0,000$), der Zweifel, dass eine Impfung vor der Krankheit schützt (2014: 29 %, 2016: 22 %; $p = 0,032$), die Wahrnehmung impfkritischer Berichte in den Medien (2014: 27 %, 2016: 18 %; $p = 0,007$) und das Abraten von Angehörigen oder Freunden von Impfungen (2014: 14 %, 2016: 8 %; $p = 0,022$).

4. Ergebnisse: Impfhindernisse – Zeitvergleich „trifft zu“

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung
BZgA

Es gibt ja eine Reihe von Gründen, weshalb man sich nicht impfen lässt. Bitte sagen Sie mit jeweils, ob die folgenden Gründe auf Sie zutreffen oder nicht zutreffen?



*) signifikanter Unterschied

Basis 2016: 1.358 Befragte, 2014: 1.262 Befragte, 2012: 1.180 Befragte (jeweils Befragte, bei denen es in den letzten Jahren einmal vorgekommen ist, dass sie eine Impfung nicht haben durchführen lassen)

Angaben in Prozent

Abbildung 4: Impfhindernisse – Zeitvergleich „trifft zu“ (BZgA 2016)

Die Einschätzung der Wichtigkeit der Masernimpfung ist ein zentraler Indikator für die Impfbereitschaft in der Bevölkerung. Der Anteil derjenigen, die es als „besonders wichtig“ einstufen, gegen Masern geimpft zu sein, ist 2016 gegenüber 2012 (von 18 % auf 31 %; $p = 0,000$) und 2014 gegenüber 2012 (von 18 % auf 27 %; $p = 0,000$) signifikant gestiegen. Insgesamt halten 77 % der Befragten die Masernimpfung für „(besonders) wichtig“. 21 % schätzen die Impfung gegen Masern als „nicht so wichtig“ ein. Der Anteil derjenigen, die die Impfung gegen Masern als „(besonders) wichtig“ einschätzen, hat sich im Vergleich zur Erhebung im Jahr

2014 nicht statistisch signifikant verändert – weder insgesamt betrachtet ($p = 0,446$) noch bezogen auf die Gruppe der 1970 oder später Geborenen ($p = 0,703$). Ein Ziel im Nationalen Aktionsplan zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland (2015-2020) lautet, den Anteil in der Bevölkerung, der einer MMR-Impfung für nach 1970 geborene Erwachsene grundsätzlich positiv gegenübersteht, auf mindestens 80 % zu steigern. Um dieses Ziel zu erreichen, ist – den Ergebnissen der BZgA-Studie nach – noch eine Steigerung um weitere 3 % erforderlich.

4. Ergebnisse: Einschätzung der Wichtigkeit von Impfungen gegen Masern – Zeitvergleich

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung **BZgA**

Die Verbreitung von bestimmten Krankheiten soll auch dadurch verhindert werden, dass man die Menschen dagegen impft. Ich nenne Ihnen jetzt einmal einige Krankheiten. Sagen Sie mir bitte jedes Mal, wie wichtig ein Impfschutz für Erwachsene gegen diese Krankheit ist.

Insgesamt	besonders wichtig/wichtig *)
2016	77
2014	75
2012	69

1970 oder später Geborene

2016	77
2014	77
2012	72

Ziel im Nationalen Aktionsplan zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland (2015-2020):

Steigerung des Anteils in der Bevölkerung, der einer MMR-Impfung grundsätzlich positiv gegenübersteht

- MMR-Impfung Erwachsener (nach 1970 geboren): mindestens 80%

*) insgesamt „besonders wichtig/wichtig“ (2014-2016): $p = 0,446$
1970 oder später Geborene „besonders wichtig/wichtig“ (2014-2016): $p = 0,703$
Basis: 2016: 5.012 Befragte, 2014: 4.491 Befragte, 2012: 4.483 Befragte

Angaben in Prozent

Abbildung 5: Einschätzung der Wichtigkeit von Impfungen gegen Masern – Zeitvergleich (BZgA 2016)

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt seit 2010 auch allen Erwachsenen, die nach 1970 geboren sind und nicht bzw. in der Kindheit nur einmal gegen Masern geimpft wurden bzw. ihren Impfstatus nicht kennen, eine Impfung gegen Masern. Diese Empfehlung der STIKO zur Masernimpfung ist 25 % der 1970 oder später Geborenen bekannt. Innerhalb der Indikationsgruppe der nach 1970 Geborenen hat sich der Anteil mit Kenntnis über die entsprechende Impfempfehlung im Vergleich zu der Erhebung von 2014 bisher nicht signifikant verändert ($p = 0,834$). Befragten mit einer formal niedrigen Bildung (14 %) ist die Empfehlung vergleichsweise selten bekannt. Überdurchschnittlich gut informiert zeigen sich hier die Schwangeren (59 %) sowie Angehörige des medizinischen Personals (40 %).

1970 oder später Geborene, die nicht ausreichend gegen eine Masernerkrankung geschützt sind oder deren Immunstatus unklar ist, wurden gefragt, aus welchen Gründen sie sich bisher nicht gegen Masern haben impfen lassen. Eine große Rolle spielen Wissensdefizite: So gibt die Mehrheit der Befragten an, dass sie niemand auf die Notwendigkeit einer Impfung hingewiesen hat (61 %). Etwa jeder Fünfte geht davon aus, nicht zu einer Gruppe zu gehören, für die eine Impfung gegen Masern empfohlen wird oder begründet die nicht erfolgte Masernimpfung mit der Angst vor Nebenwirkungen (jeweils 18 %). Jeder Achte (12 %) ließ sich deswegen nicht impfen, weil er Masern als keine besonders schwere Krankheit einschätzte. Etwa jede elfte befragte Person (9 %) zweifelte an der Wirksamkeit des Impfschutzes. Weitere Gründe, die die Befragten davon abgehalten haben, sich als Erwachsene gegen Masern

impfen zu lassen, sind die Angst vor Spritzen (7 %) sowie ein verpasster oder vergessener Impftermin (6 %).

Kaum jemandem (1 %) wurde von einem Arzt oder einer Ärztin von der Impfung abgeraten. Auch eine chronische Krankheit war nur sehr selten (1 %) ein Hinderungsgrund, sich als Erwachsener gegen Masern impfen zu lassen. Signifikante Veränderungen in den Hinderungsgründen im Vergleich zur Erhebung von 2014 lassen sich nicht feststellen.

Nahezu alle Befragten (97 %) halten ein persönliches Gespräch mit einem Arzt oder einer Ärztin für geeignet, um sich über Impfungen im Kindes- und Erwachsenenalter zu informieren. Weitere wichtige Informationsquellen und -wege sind Informationen von den Krankenkassen (84 %) oder dem Gesundheitsamt (75 %), das persönliche Gespräch mit einer medizinischen Fachkraft (71 %) sowie Informationen von Landes- und Bundesbehörden (70 %) und Informationsbroschüren oder Faltblätter (68 %). Die vorliegenden Befunde unterstreichen auch hier noch einmal die Schlüsselrolle der Ärzteschaft bei der Aufklärung zu gesundheitsrelevanten Themen wie dem Impfen.

Die Empfehlungen zu Impfungen und Impfterminen können nur dann eingehalten werden, wenn sich die jeweils Betroffenen über ihren aktuellen Impfstatus informieren oder von einer anderen Person auf die Notwendigkeit einer (Auffrischt-)Impfung hingewiesen werden. Der Impfpass gibt Auskunft über den Impfstatus einer Person. Die überwiegende Mehrheit der Befragten (90 %) gibt an, einen Impfpass zu besitzen. 10 % haben kein solches Dokument.

Signifikant häufiger als bei den/der jeweils andere(n) Befragtengruppe(n) fehlt der Impfpass bei den über 60-Jährigen (14 % im Vergleich zu jeweils 9 % bei den 45- bis 59-Jährigen und den 30- bis 44-Jährigen, 5 % bei den 21- bis 29-Jährigen und 1 % bei den 16- bis 20-Jährigen), ebenfalls bei den Befragten mit Hauptschulabschluss (13 % im Vergleich zu jeweils 7 % mit mittlerem Abschluss oder Abitur/Studium) und den Befragten mit Migrationshintergrund (14 % im Vergleich zu 9 % ohne Migrationshintergrund). Von jenen mit einer (eher) ablehnenden Haltung gegenüber dem Impfen haben 42 % keinen Impfpass (im Vergleich zu 6 % mit einer (eher) positiven Haltung zum Impfen).

Etwa jeder Fünfte, der einen Impfpass besitzt, weiß nicht oder nur „so ungefähr“, wo sich dieser zurzeit befindet. 78 % der Befragten ist der Platz ihres Impfpasses jedoch genau bekannt. Befragte ab 21 Jahren geben signifikant häufiger als Jüngere an, dass sie genau wissen, wo sich ihr Impfpass befindet. Männer wissen im Vergleich zu Frauen signifikant häufiger nicht oder nur „so ungefähr“, wo sich ihr Impfpass befindet (29 % vs. 16 %).

5. Aktivitäten der BZgA zur Masernimpfung

Um das gemeinsame Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Region Europa – nämlich die Elimination von Masern – zu erreichen, hat die BZgA im Jahr 2012 eine Kampagne zum Impfschutz gegen Masern (mit dem Titel „Deutschland sucht den Impfpass“) gestartet. Die Aufklärungskampagne richtet sich vor allem an Jugendliche und nach 1970 geborene Erwachsene mit unvollständigem Impfschutz und ergänzt die bereits schon länger beste-

henden Informationsangebote der BZgA für Eltern. Ziel der Kampagne ist es, die Kenntnis der Masern- bzw. MMR-Impfempfehlung für Erwachsene zu erhöhen und sie zur Überprüfung des Impfstatus und zum Schließen von Impfücken zu motivieren. Die Kampagne setzt auf mehreren Ebenen an und umfasst sowohl personalkommunikative Elemente (Printmedien zur Unterstützung der ärztlichen Impfberatung [Broschüre, Praxisplakate, Recall-Karten], das Internetangebot www.impfen-info.de) als auch massenmediale Elemente (Großflächenplakate, Kampagnen-Landingpage mit interaktivem Impfcheck, Kinospots, Hörfunkspots, Videospots, etc.). Die vorhandenen Maßnahmen werden seit 2012 kontinuierlich durch die BZgA weiterentwickelt und ausgebaut.

6. Schlussfolgerungen und Fazit

Der „Nationale Aktionsplan zur Elimination der Masern und Röteln für 2015–2020“ in Deutschland bildet den Handlungsrahmen und formuliert strategische Ziele, zu deren Erreichung relevante Akteure in Bund, Ländern und im Gesundheitswesen beitragen wollen. Die Umsetzung des Nationalen Aktionsplans soll anhand von messbaren Zielen erfolgen und evaluiert werden, die neben dem Zeitpunkt ihrer Erreichung auch Indikatoren oder Zielgrößen vorgeben, um Fortschritte bei der Zielerreichung messen zu können. Zu diesen messbaren Zielen zählt es u.a., den Anteil der Bevölkerung, der einer MMR-Impfung grundsätzlich positiv gegenübersteht, zu steigern.

Hierzu ist festzustellen, dass der Anteil der Bevölkerung, der einer MMR-Impfung von Kindern und Jugendlichen grundsätzlich positiv

gegenübersteht, auf der Basis der vorgestellten BZgA-Daten bereits auf die angestrebten 95 % gesteigert werden konnte. Demgegenüber gilt es, den Anteil derjenigen, die der Masern-Impfung im Erwachsenenalter (nach 1970 geborene Erwachsene) grundsätzlich positiv gegenüberstehen, noch von 77 % auf 80 %, also um weitere 3 % zu erhöhen, so dass auch bei diesem Indikator die im Nationalen Aktionsplan genannte Zielgröße erreicht wird.

Im Vergleich zum Jahr 2014 ist der Anteil derjenigen, die Impfungen generell „befürwortend“ gegenüberstehen, zwar deutlich gestiegen. Zur Elimination der Masern in Deutschland besteht aber dennoch weiterhin erheblicher Aufklärungsbedarf. Insbesondere gilt es, immer noch vorhandene Informationsdefizite zu reduzieren und vorhandene Ängste abzubauen. Die Ärzteschaft nimmt in diesem Prozess der Informationsvermittlung eine zentrale Schlüsselrolle ein.

Die Rolle der Ärzteschaft und der Medizinischen Fachangestellten bei der Umsetzung von Impfprogrammen

Dr. med. Stefanie Castell, MSc¹, Carolina Klett-Tammen, MPH^{1,2},

PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Thomas von Lengerke², Prof. Dr. med. Gérard Krause^{1,2}

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

² Forschungs- und Lehrereinheit Medizinische Psychologie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover

Basierend auf dem nachfolgenden Artikel (in Übereinstimmung mit den Lizenzbestimmungen des Verlages: www.biomedcentral.com/about/policies/license-agreement): Klett-Tammen CJ, Krause G, von Lengerke T, Castell S (2016) Advising vaccinations for the elderly: a cross-sectional survey on differences between general practitioners and physician assistants in Germany. BMC family practice 17: 98

Hintergrund

Im Jahr 2014 wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine für Deutschland repräsentative Studie bei Personen von 16-85 Jahren durchgeführt (n = 4.491) (1). Nach diesen Daten haben 26 % der Allgemeinbevölkerung eine Impfung schon einmal nicht durchführen lassen. Als Grund wurde am häufigsten genannt, dass der Impftermin verpasst oder vergessen worden war (43 %), 2012 lag dieser Anteil bei 32 %. Eine generelle Ablehnung von Impfungen gaben dagegen nur 11 % an, 16 % berichteten, dass ihnen ärztlicherseits davon abgeraten worden sei. Eine Impfberatung wurde zu 98 % von einem Arzt oder einer Ärztin durchgeführt, meistens von dem Hausarzt/der Hausärztin (81 %, ältere Patienten und Patientinnen 91 %), mit 16 % am zweithäufigsten von einer Medizini-

schen Fachangestellten (MFA) [1]. Hausärzte und -ärztinnen und ihre Angestellten scheinen damit ein entscheidender Partner im Rahmen von Impfentscheidungen zu sein.

Ziel der Studie

Vor diesem Hintergrund sollte eine Querschnittsstudie die Frage beantworten, ob und in welchem Ausmaß Hausärzte und -ärztinnen, aber auch MFA, Impfungen, auch wenn keine Kontraindikation vorliegt, älteren Patienten und Patientinnen nicht empfohlen haben. Von besonderem Interesse war dabei der Unterschied zwischen den beiden untersuchten Professionen. Der Schwerpunkt der in der Studie untersuchten Impfungen lag dabei auf denjenigen für Ältere (Generation 60+).

Methoden

Aus einer Datenbank aller hausärztlichen Praxen in Deutschland wurde gewichtet nach Bundesland eine Zufallsstichprobe von 5.000 Praxen gezogen. Diesen wurden jeweils zwei professionsspezifische Studienfragebögen im März 2015 geschickt. Die Antwort war per Post im Freiumschlag oder per Fax möglich. Die Fragen basierten auf der Struktur von Wissen – Einstellungen – Verhaltensweisen (englisch: KAP).

Resultate

Insgesamt antworteten 16 % der angeschriebenen Praxen (813/4.495). Dies entspricht 15 % bei den Ärzten und Ärztinnen (774) und 11 % bei den MFA (563). Vom ärztlichen Personal gaben 97 % an, die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) zu kennen, während dies bei den MFA 86 % waren ($p < 0,001$); 90 % bzw. 79 % fühlten sich ausreichend zum Thema „Impfungen im Erwachsenenalter“ informiert ($p < 0,001$). Von den Ärzten und Ärztinnen wünschten sich 48 % mehr Patienteninformationsmaterial von offiziellen Behörden zum Thema „Impfungen“, bei den MFA 56 % ($p < 0,001$); hinsichtlich der Änderungen der STIKO-Impfempfehlungen wünschten sich 65 % bzw. 67 % besser aufbereitete Informationen ($p = 0,24$).

Im Bereich Einstellungen gaben 91 % bzw. 88 % ($p = 0,005$) an, den STIKO-Empfehlungen zu vertrauen. Obwohl nur 16 % bzw. 13 % der Aussage „Impfberatung und Impfungen werden ausreichend entlohnt“ ($p < 0,001$) zustimmten, gaben 88 % bzw. 87 % an, gerne zu impfen ($p = 0,299$). Die Frage, ob bei den folgenden Impfungen der Nutzen den Aufwand und die Risiken überwiegt, beantworten 86 % bzw. 65 % hinsichtlich aller von der STIKO empfohlenen Impfungen zustimmend ($p < 0,001$), 94 % bzw. 77 % hinsichtlich der aktuell für mindestens 60-Jährige empfohlenen Tetanusimpfung ($p < 0,001$), 83 % bzw. 75 % hinsichtlich der Influenzaimpfung ($p < 0,001$) und 83 % bzw. 73 % hinsichtlich der Pneumokokkenimpfung. Eine generelle Ablehnung von Impfungen wurde von 0,6 % bzw. 1,4 % angegeben ($p = 0,038$); Zeitmangel als Hindernis für Impfberatungen und Impfungen wurde von 23 % bzw. 35 % berichtet ($p < 0,001$).

Zu welchem Anlass werden Impfberatungen durchgeführt? Von den Ärztinnen und Ärzten reagierten 92 % darauf, wenn ein Patient oder eine Patientin dieses Thema anspricht, von den MFA 93 % ($p = 0,508$), wenn der Patient eine Reise plant, 91 % bzw. 93 % ($p = 0,103$); 57 % bzw. 49 % nutzten die Gelegenheit für eine Impfberatung, wenn ein Patient oder eine Patientin zum ersten Mal kommt ($p = 0,002$); 22 % bzw. 25 % ($p = 0,164$), wenn ein Erinnerungssystem dies indiziert, und 16 % bzw. 18 % ($p = 0,354$) routinemäßig in regelmäßigen Abständen. Eine Impfung für Ältere schon einmal nicht empfohlen, obwohl keine Kontraindikation vorlag, haben laut Eigeneinschätzung insgesamt 21,5 % der Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen. Unter Ärztinnen und Ärzten liegt dieser Anteil bei 26 %, unter MFA bei 14 % ($p < 0,001$); für die Tetanusimpfung bei 10 % bzw. 3 % ($p < 0,001$); für die Influenzaimpfung bei 15 % bzw. 6 % ($p < 0,001$) und für die Pneumokokkenimpfung bei 19 % bzw. 8 % ($p < 0,001$). Als häufigster Grund wurde angegeben, dass die Impfung vergessen wurde (je nach Impfung: 53-72 %). Spezifisch für die Influenzaimpfung wurden Zweifel an der Effektivität von 15 % bzw. an der Sicherheit von 14 % genannt.

Im multivariablen Modell zeigten sich u. a. die folgenden statistisch signifikanten Prädiktoren für eine Nicht-Empfehlung: fehlendes Vertrauen in die STIKO-Empfehlungen (irgendeine Impfung betreffend: Odds Ratio (OR) = 4,4, Tetanusimpfung 4,9), negative subjektive Nutzen-Risiko-Relation (Influenzaimpfung OR = 7,8, Pneumokokkenimpfung 3,5), Ort der Praxis in Westdeutschland (irgendeine Impfung OR = 2,9, Influenza 2,4, Pneumokokken 2,8), fehlende routinemäßige Impfberatung (irgendeine Impfung

OR = 2,8, Influenza 2,3, Pneumokokken 3,1).

Wie bereits in den direkten oben genannten Vergleichen für viele der abgefragten Punkte ersichtlich, zeigte sich auch in dem multivariablen Modell ein statistisch signifikanter Einfluss der Profession (Ärztin/Arzt Tetanusimpfung OR = 2,8, Influenza 2,6 und Pneumokokken 1,8; Referenz jeweils MFA).

Schlussfolgerung

Ein Fünftel der teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen sowie MFA haben eine Impfung älteren Patienten und Patientinnen schon einmal nicht empfohlen, obwohl keine Kontraindikation vorlag. In vielen Aspekten von Wissen und Einstellungen zeigte sich bei MFA ein etwas ungünstigeres Umfrageergebnis. Möglicherweise wäre es empfehlenswert, für MFA spezifische Informationsangebote zu entwickeln. Da der häufigste vom befragten medizinischen Personal genannte Grund für eine nicht-empfohlene Impfung wie auch in der Allgemeinbevölkerung in den Daten der BZgA das Vergessen ist, wäre die Förderung von Erinnerungssystemen und routinemäßigen Impfberatungen sinnvoll.

Literaturverzeichnis

1. Einstellungen, Wissen und Verhalten der Allgemeinbevölkerung zum Infektionsschutz (November 2014). Interviewprogrammierung, Stichprobenziehung, Datenerhebung und -analyse, Berichterstattung: forsa. Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH, (Ute Müller) Studienplanung, Datenanalyse und Berichterstattung: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln (PD Dr. Oliver Ommen, Dr. Britta Reckendrees, Dr. Linda Seefeld, Volker Stander).

Förderung

Die Studie wurde gefördert durch: Georg-Christoph-Lichtenberg-Promotionsstipendium im Rahmen des vom Niedersächsischen Ministerium für Wissenschaft und Kultur geförderten Promotionsprogramms „Gesundheitsbezogene Versorgung für ein selbstbestimmtes Leben im Alter: Konzepte, Bedürfnisse der Nutzer und Responsiveness des Gesundheitssystems aus Public-Health-Perspektive – GESA“.

Bremer Lösungsansätze zur Impfung von Flüchtlingen

Das große Plus von Impfaktionen – ein Bericht aus der Praxis

Dr. med. Monika Lelgemann MSc

Gesundheitsamt Bremen, Bremen

Fragestellung

Bremer Lösungsansätze für die praktische Umsetzung der Empfehlungen des Robert Koch-Institutes zur frühzeitigen Impfung von Asylsuchenden bei begrenzten personellen Ressourcen im Öffentlichen Gesundheitsdienst wurden vorgestellt.

Material und Methode

Ende 2015 befanden sich in der Stadt Bremen ca. 6.000 Asylsuchende in Notunterkünften und Übergangswohnheimen. Davon waren ca. 2.000 Personen in großen Zelten und ca. 1.500 Personen in Turnhallen untergebracht. Zum damaligen Zeitpunkt fehlte in Bremen eine ausreichend große Erstaufnahmeeinrichtung, die Unterkünfte waren auf über 30 Standorte verteilt. Für eine zeitnahe dezentrale Erstuntersuchung waren die personellen Ressourcen im Gesundheitsamt nicht ausreichend.

Die in dieser Situation gewählte Lösung zur Durchführung von Impfaktionen in den Sammelunterkünften beinhaltete insbesondere die Gewinnung von ehrenamtlichen Mitwirkenden (Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal und MFA). Dies erfolgte durch einen Aufruf der Bremer Ärztekammer. So konnte das Gesund-

heitsamt 25 Impfteams (jeweils 3-5 Personen) bilden und durch eine Schulung auf die Aufgabe vorbereiten. Ein wichtiger Bestandteil der Bremer Lösungsansätze war die Bereitstellung sogenannter Notfallkrankenscheine zur Überweisung behandlungsbedürftiger Asylsuchender an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Es gelang auf diese Weise, die ärztliche Versorgung der Asylsuchenden sicherzustellen, die Zahl der Rettungswageneinsätze zu reduzieren und die Notaufnahmen in den Krankenhäusern zu entlasten.

Die rechtzeitige Information der Einrichtungsträger und Heimleitungen (3-7 Tage vor dem Impftag) sowie ihre Einbeziehung in die Vorbereitungen vor Ort waren ein wesentlicher Faktor für das Gelingen der Impfaktion. Durch das Gesundheitsamt wurde die Zusammenstellung des erforderlichen Materials (u. a. die vom RKI zur Verfügung gestellten Aufklärungsbögen und Einverständniserklärungen in 15 verschiedenen Sprachen) und Sicherstellung der logistischen Unterstützung gewährleistet.

Neben der Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln wurde eine Gripeschutzimpfung angeboten. Wesentlicher Grund für die Entscheidung war, dass auch über den Winter die Zeltstandorte erhalten blieben.

Für den Einkauf eines preisgünstigen Grippeimpfstoffes nahmen wir in Kauf, dass je nach Alter drei verschiedene Impfstoffe appliziert werden mussten. Die Zahl der erforderlichen Aufklärungs- und Einverständniserklärungen, jeweils in verschiedenen Sprachen, stieg dadurch sprunghaft an und erschwerte die logistischen Bedingungen für die Impfungen vor Ort.

Ergebnisse und weitere Vorgehensweise

Durch eine fokussierte Einbeziehung von ehrenamtlichen Helfern konnten innerhalb von 6 Wochen insgesamt 3.733 Personen gegen Influenza und 2.879 Personen gegen MMR geimpft werden. Alle Geimpften erhielten einen Impfausweis. Die Impfungen waren noch vor Weihnachten 2015 abgeschlossen.

In den ersten Monaten 2016 wurde die Impfkation in modifizierter Form fortgesetzt. Mit einer begrenzten Anzahl von Teams wurde gezielt in den Außenstellen der Erstaufnahmeeinrichtung geimpft. Um einen effizienten Einsatz gewährleisten zu können, erstellten die Heimleitungen gekennzeichnete Bewohnerlisten.

Im Laufe der ersten Jahreshälfte 2016, bei sinkenden Asylbewerberzahlen, wurde die Impfung in die Erstuntersuchung integriert. Diese sind sehr zeitaufwendig und verlaufen deshalb langsam, unter anderem dadurch bedingt, dass ca. 30 % der erstuntersuchten Personen Kinder und Jugendliche sind, davon die Hälfte unter 5 Jahren.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Zunächst ist festzustellen, dass die Impfkation von allen Seiten positiv beurteilt wurde. Es ist hervorzuheben, dass sie von den Zielgruppen gut angenommen wurde und Vorbehalte gegen das Impfen nicht festzustellen waren. Auch deshalb sind Impfangebote an Kinder ein exzellenter Türöffner für den Kontakt mit den Eltern. Zu betonen ist, dass die Impfkation nicht nur zu einem effektiven Schutz der Asylsuchenden beigetragen hat, sondern ebenso die Vernetzung zwischen Gesundheitsamt, Ehrenamtlichen, Niedergelassenen und den Wohlfahrtsverbänden gefördert hat. Durch das Impfen vor Ort hatten wir immer einen guten Überblick über die Situation in den Unterkünften und es gelang, kranke Bewohner zügig einer medizinischen Versorgung zuzuführen. Ebenso konnte das Gesundheitsamt gemeinsam mit den Einrichtungsträgern Verbesserungen der Unterbringungssituation erzielen.

Unter Berücksichtigung der gemachten Erfahrungen werden für künftige Impfkationen die folgenden Anregungen gegeben:

- Im Zusammenhang mit der Aufklärung und Einverständniserklärung ist zu berücksichtigen, dass nicht nur sprachliche Barrieren zu überwinden sind. Viele Personen kennen aus ihren Heimatländern keine vergleichbaren Aufklärungstexte (z.T. 5 Seiten und mehr) und/oder verfügen nicht über ausreichende Lesekenntnisse. Die Entwicklung und Bereitstellung zielgruppenspezifischer Informationsmaterialien ist erforderlich.

- Für verschiedene Szenarien sollten angepasste Impfempfehlungen bereitgestellt werden, in deren Entwicklung Aufwand, Nutzen und Machbarkeit vor Ort einbezogen werden, um die jeweiligen Vorgehensweisen kontinuierlich den aktuellen Erfordernissen und vorhandenen Ressourcen anpassen zu können.
- Die Integration der Impfung in die Erstuntersuchung erhöht die benötigte Zeit für jeden Patienten erheblich. Dies ist bei der Bereitstellung der erforderlichen personellen Ressourcen zu berücksichtigen.
- Zusätzliche Hürden sind Lieferengpässe von Impfstoffen, die eine kontinuierliche Anpassung und Änderung der verwendeten Impfstoffe erforderlich machen. Lieferengpässe von Impfstoffen sind unbedingt zu vermeiden, da sie die Ärzteschaft verunsichern. In Zeiten hohen Bedarfs wäre aus Sicht des Gesundheitsamtes eine zentrale Impfstoffbewirtschaftung zeit- und ressourcensparend. Es wäre zu prüfen, inwieweit das umsetzbar ist.
- Eine zentrale Informationsquelle (Internetplattform) „Rund um das Impfen“ sollte zur Verfügung gestellt werden. Neben den Aufklärungs- und Einverständniserklärungen sollten auch Listen mit den Impfschemata der Heimatländer der Asylsuchenden hinterlegt werden.
- Es wird angeregt zu prüfen, welche Formen der Dokumentation außer dem klassischen Impfausweis möglich und rechtlich vertretbar sind.

Konzept und Ergebnisse der Workshops

Dr. Konrad Beyrer, MPH¹, Dr. Elke Mertens, MSAE¹, Alexander Korzekwa¹, Jana Heckötter² und Dr. Fabian Feil, MPH²

¹Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Hannover

²Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Hannover

1. Konzeption, Ablauf und inhaltliche Ausrichtung der Workshops

Die Nationale Impfkonzferenz 2017, die am 10. und 11.05.2017 in Oldenburg stattfand, stand unter dem Motto „*Impfen in unterschiedlichen Lebenswelten – Gemeinsam Impflücken schließen!*“.

Am Nachmittag des ersten Tages wurden vier parallele **Workshops (WS)** zu den vier definierten Lebenswelten ausgerichtet, an welchen sich insgesamt 120 Teilnehmende der Konferenz aktiv beteiligt haben.

WS 1 Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen

WS 2 Lebenswelt der Erwachsenen

WS 3 Lebenswelt der Seniorinnen und Senioren

WS 4 Lebenswelt der Geflüchteten und der Migrantinnen und Migranten

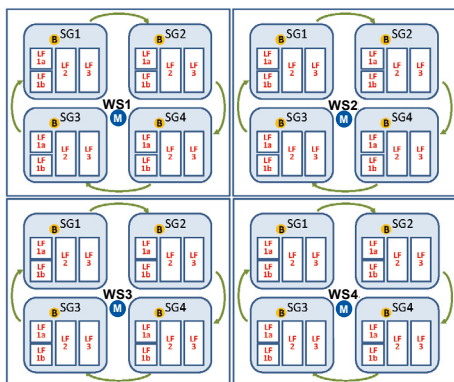
Für jeden Workshop wurde vom Organisationsteam ein **Moderator (M)** angefragt, der für die inhaltliche Organisation des Workshops zuständig war sowie eine weitere Person, die das **Zeitmanagement (Zm)** und den Rotationsablauf überwachte.

Jede WS-Lebenswelt wurde thematisch in 4 **Subgruppen (SG)** aufgeteilt (dies entspricht den 4 Raumecken = Tischen = Flipcharts = Stationen). Pro Station wurde im Vorfeld eine **Botschafterin/ein Botschafter (B)** benannt, die/der an einer bestimmten Station verblieb und die Diskussion unter den rotierenden Kleingruppen moderierte.

Jede Subgruppe arbeitete vorgegebene **Leitfragen (LF)** ab und wanderte dann zur nächsten SG innerhalb des Workshopraums, um diese zu ergänzen bzw. zu kommentieren (s. Abb.).

Die LF richteten sich an dem Unter-Motto der NIK 2017 aus:

- **Impflücken:** Problemanalyse – wo liegen Impflücken, Hindernisse vor? [LF 1a & 1b]
- **Gemeinsam:** Wer kann was machen? Zugangswege, Lösungswege und Verantwortlichkeiten. [LF 2]
- **Schließen:** Welche konkreten Möglichkeiten gibt es, Impflücken zu schließen? [LF 3]



WS = Workshop; SG = Subgruppe; LF = Leitfrage;

M = Moderator/in; B = Botschafter/in

Zeitlicher Ablauf der Workshops:

Aktion	Dauer	Dauer kumuliert
Einführung durch Moderatorin bzw. Moderator; Gruppeneinteilung etc.	25 min	25 min
Bearbeitung des jeweils 1. Subgruppenthemas	25 min	50 min
Bearbeitung der nachfolgenden 3 Subgruppenthemen nach Rotation	Je 15 min = 45 min	95 min
Vorstellung der wichtigsten Diskussionspunkte der jeweiligen Subgruppen durch die Botschafter/innen für alle Teilnehmenden an diesem Workshop; ggf. Ergänzungen durch Teilnehmende	Je 10 min = 40 min	135 min

Ablauf (allgemein)

- Die Teilnehmenden eines jeden Workshops werden in 4 etwa gleich große Gruppen aufgeteilt.
- Die Subgruppen wechseln entsprechend dem Zeitplan (s. o.) im Uhrzeigersinn die Stationen und diskutieren/bearbeiten die Aufgaben nacheinander. Jede Subgruppe fängt an einer anderen Station an.
- Jede Subgruppe erhält einen Stift in einer Farbe. Der Stift wird zu den verschiedenen weiteren Flipcharts mitgenommen, so dass die Beiträge der verschiedenen Gruppen am Ende durch die Farbe unterschieden werden können (Gruppenfarbe).
- Jede Subgruppe bestimmt eine/n Schriftführer/in mit der Aufgabe, die Beiträge der Gruppe (in der Gruppenfarbe) auf dem Flipchart festzuhalten.
- An jeder Station befindet sich ein/e Botschafter/in mit der Aufgabe, an der Station zu verbleiben und den nachfolgenden Gruppen eine kurze Zusammenfassung zu geben und ggf. klärend einzugreifen.
- Mit jeder Station wird das Plakat, auf das die Gruppe trifft, voller und bunter.
- Es kann und soll auf der Arbeit der vorhergehenden Gruppen aufgebaut werden!
- Folgende Symbole können zur Kommentierung genutzt werden:
 - != Zustimmung ⚡ = Widerspruch
 - ? = Diskussions-/Klärungsbedarf
- Am Ende stellen die Botschafter/innen die Ergebnisse der jeweiligen Stationen der gesamten Workshop-Gruppe vor; dabei fassen sie kurz die wichtigsten Punkte, Übereinstimmungen und Gegensätze „ihrer“ Station zusammen. Die einzelnen Gruppenmitglieder ergänzen, erklären, korrigieren bei Bedarf.
- Der/die Moderator/in erarbeitet zusammen mit den Botschafter/innen eine Zusammenfassung der Workshop-Ergebnisse (entweder direkt im Anschluss an den Workshop oder am Morgen des nächsten Tages) und stellt diese am Folgetag dem Plenum vor.

Nachfolgend die entsprechenden Subgruppen-Themen und Leitfragen für die Workshops zu den vier Lebenswelten. Die Leitfragen sind für jede Subgruppe nahezu identisch.

WS 1: Lebenswelt der Kinder/Jugendlichen

Hinweis: Bei SG 4 sollen beispielhaft anhand der öffentlich sehr unterschiedlich wahrgenommenen HPV-Impfung die Leitfragen für diese Lebenswelt diskutiert werden. Somit ist hier der Blickwinkel nicht auf eine Bevölkerungsgruppe, sondern auf eine konkrete Impfung gerichtet. Überschneidungen zu den SG 2-3 sind möglich.

Subgruppe 1: Säuglinge und Kita-Kinder

- Leitfrage 1a: Welche Impfdefizite sind vorhanden?
- Leitfrage 1b: Welche Hindernisse sind in Bezug auf diese Defizite zu überwinden?
- Leitfrage 2: Welche Lösungsansätze (z.B. Zugangswege, Akteure) sind denkbar?
- Leitfrage 3: Welche konkreten Handlungsschwerpunkte sehen Sie für Ihren eigenen Wirkungsbereich?

Subgruppe 2: Auffrischimpfungen für Schulkinder und Jugendliche

- Leitfrage 1a: Welche Impfdefizite sind vorhanden?
- Leitfrage 1b: Welche Hindernisse sind in Bezug auf diese Defizite zu überwinden?
- Leitfrage 2: Welche Lösungsansätze (z.B. Zugangswege, Akteure) sind denkbar?
- Leitfrage 3: Welche konkreten Handlungsschwerpunkte sehen Sie für Ihren eigenen Wirkungsbereich?

Subgruppe 3: Kinder und Jugendliche mit Behinderung

- Leitfrage 1a: Welche Impfdefizite sind vorhanden?
- Leitfrage 1b: Welche Hindernisse sind in Bezug auf diese Defizite zu überwinden?
- Leitfrage 2: Welche Lösungsansätze (z.B. Zugangswege, Akteure) sind denkbar?
- Leitfrage 3: Welche konkreten Handlungsschwerpunkte sehen Sie für Ihren eigenen Wirkungsbereich?

Subgruppe 4: Die HPV-Impfung

- Leitfrage 1a: Welche Impfdefizite sind vorhanden?
- Leitfrage 1b: Welche Hindernisse sind in Bezug auf diese Defizite zu überwinden?
- Leitfrage 2: Welche Lösungsansätze (z.B. Zugangswege, Akteure) sind denkbar?
- Leitfrage 3: Welche konkreten Handlungsschwerpunkte sehen Sie für Ihren eigenen Wirkungsbereich?

WS 2: Lebenswelt der Erwachsenen

Hinweis: Bei SG 2 und 3 gibt es Überschneidungen bei der Zielgruppe. In SG 2 liegt der Fokus auf der Zielgruppe der nach 1970 Geborenen, die für die STIKO-Empfehlung zur MMR-Impfung von Bedeutung ist. Gleichzeitig sind aber in SG 2 auch solche Erwachsenen gemeint, die als Eltern über die gesundheitliche Versorgung ihrer Kinder immer mal wieder mit dem Thema Impfen in Berührung kommen. SG 3 zielt hingegen auf die gesunde Gruppe der arbeitenden Bevölkerung ab, die in der Regel keinen regelmäßigen Arztkontakt hat. Hier können Arztkontakte aufgrund arbeitsmedizinischer Belange oder durch Vorsorgeuntersuchungen eine Rolle spielen.

Bei SG 4 sind beispielhaft einige besondere Lebenslagen genannt, die aber durch die Teilnehmenden ergänzt werden können. LF 1a für die SG 4 ist deshalb auch abweichend vom sonstigen Schema formuliert. Zu beachten ist, dass hier nicht die Gruppe der Geflüchteten oder Migrantinnen und Migranten behandelt werden soll, da dieser Gruppe der komplette Workshop 4 gewidmet ist.

Subgruppe 1: Berufsgruppen im Gesundheitswesen

- Leitfrage 1a: Welche Impfdefizite sind vorhanden?
- Leitfrage 1b: Welche Hindernisse sind in Bezug auf diese Defizite zu überwinden?
- Leitfrage 2: Welche Lösungsansätze (z.B. Zugangswege, Akteure) sind denkbar?
- Leitfrage 3: Welche konkreten Handlungsschwerpunkte sehen Sie für Ihren eigenen Wirkungsbereich?

Subgruppe 2: Nach 1970 Geborene/Eltern

- Leitfrage 1a: Welche Impfdefizite sind vorhanden?
- Leitfrage 1b: Welche Hindernisse sind in Bezug auf diese Defizite zu überwinden?

zug auf diese Defizite zu überwinden?

- Leitfrage 2: Welche Lösungsansätze (z.B. Zugangswege, Akteure) sind denkbar?
- Leitfrage 3: Welche konkreten Handlungsschwerpunkte sehen Sie für Ihren eigenen Wirkungsbereich?

Subgruppe 3: Gesunde Erwachsene ohne (regelmäßige direkte oder indirekte [z.B. über Kinder]) Arztkontakte

- Leitfrage 1a: Welche Impfdefizite sind vorhanden?
- Leitfrage 1b: Welche Hindernisse sind in Bezug auf diese Defizite zu überwinden?
- Leitfrage 2: Welche Lösungsansätze (z.B. Zugangswege, Akteure) sind denkbar?
- Leitfrage 3: Welche konkreten Handlungsschwerpunkte sehen Sie für Ihren eigenen Wirkungsbereich?

Subgruppe 4: Personen in besonderen Lebenslagen (z.B. Obdachlose, nicht Versicherte, Papierlose, Analphabeten, Menschen mit Risikoverhalten, MSM)

- Leitfrage 1a: Welche Personengruppen sind besonders relevant? Welche speziellen Impfdefizite sind vorhanden?
- Leitfrage 1b: Welche Hindernisse sind in Bezug auf diese Defizite zu überwinden?
- Leitfrage 2: Welche Lösungsansätze (z.B. Zugangswege, Akteure) sind denkbar?
- Leitfrage 3: Welche konkreten Handlungsschwerpunkte sehen Sie für Ihren eigenen Wirkungsbereich?

WS 3: Lebenswelt der Seniorinnen und Senioren

Hinweis: Bei SG 4 sollen beispielhaft anhand der Influenza-Impfung die Leitfragen für diese Lebenswelt diskutiert werden. Somit ist hier der Blickwinkel nicht auf eine Bevölkerungsgruppe, sondern auf eine konkrete Impfung gerichtet. Überschneidungen zu den SG 1-3 sind möglich.

Subgruppe 1: In häuslicher Umgebung – ohne medizinische/pflegerische Betreuung

- Leitfrage 1a: Welche Impfdefizite sind vorhanden?
- Leitfrage 1b: Welche Hindernisse sind in Bezug auf diese Defizite zu überwinden?
- Leitfrage 2: Welche Lösungsansätze (z.B. Zugangswege, Akteure) sind denkbar?
- Leitfrage 3: Welche konkreten Handlungsschwerpunkte sehen Sie für Ihren eigenen Wirkungsbereich?

Subgruppe 2: In häuslicher Umgebung – mit medizinischer/pflegerischer Betreuung

- Leitfrage 1a: Welche Impfdefizite sind vorhanden?
- Leitfrage 1b: Welche Hindernisse sind in Bezug auf diese Defizite zu überwinden?
- Leitfrage 2: Welche Lösungsansätze (z.B. Zugangswege, Akteure) sind denkbar?
- Leitfrage 3: Welche konkreten Handlungsschwerpunkte sehen Sie für Ihren eigenen Wirkungsbereich?

Subgruppe 3: In institutioneller Betreuung

- Leitfrage 1a: Welche Impfdefizite sind vorhanden?
- Leitfrage 1b: Welche Hindernisse sind in Bezug auf diese Defizite zu überwinden?
- Leitfrage 2: Welche Lösungsansätze (z.B. Zugangswege, Akteure) sind denkbar?
- Leitfrage 3: Welche konkreten Handlungsschwerpunkte sehen Sie für Ihren eigenen Wirkungsbereich?

Subgruppe 4: Die Influenzaimpfung

- Leitfrage 1a: Welche Impfdefizite sind vorhanden?
- Leitfrage 1b: Welche Hindernisse sind in Bezug auf diese Defizite zu überwinden?
- Leitfrage 2: Welche Lösungsansätze (z.B. Zugangswege, Akteure) sind denkbar?
- Leitfrage 3: Welche konkreten Handlungsschwerpunkte sehen Sie für Ihren eigenen Wirkungsbereich?

WS 4: Lebenswelt der Geflüchteten und der Migrantinnen und Migranten

Hinweis: Die SG 4 umfasst ein weites Feld. Hier sollen die Teilnehmenden zunächst definieren, welche Personengruppen von Relevanz sein könnten (z.B. Erntehelferinnen und Erntehelfer, Arbeitsuchende). LF 1a für SG 4 ist deshalb auch abweichend vom sonstigen Schema formuliert.

Subgruppe 1: Ankunftscentren der Länder/ Gemeinschaftseinrichtungen für Geflüchtete

- Leitfrage 1a: Welche Impdefizite sind vorhanden?
- Leitfrage 1b: Welche Hindernisse sind in Bezug auf diese Defizite zu überwinden?
- Leitfrage 2: Welche Lösungsansätze (z.B. Zugangswege, Akteure) sind denkbar?
- Leitfrage 3: Welche konkreten Handlungsschwerpunkte sehen Sie für Ihren eigenen Wirkungsbereich?

Subgruppe 2: Geflüchtete/unbegleitete Minderjährige – Schuleingangs- bzw. Seiteneinsteigeruntersuchung

- Leitfrage 1a: Welche Impdefizite sind vorhanden?
- Leitfrage 1b: Welche Hindernisse sind in Bezug auf diese Defizite zu überwinden?
- Leitfrage 2: Welche Lösungsansätze (z.B. Zugangswege, Akteure) sind denkbar?
- Leitfrage 3: Welche konkreten Handlungsschwerpunkte sehen Sie für Ihren eigenen Wirkungsbereich?

Subgruppe 3: Kommunale medizinische Versorgung von Geflüchteten bzw. Migrantinnen und Migranten, die schon länger in Deutschland leben

- Leitfrage 1a: Welche Impdefizite sind vorhanden?
- Leitfrage 1b: Welche Hindernisse sind in Bezug auf diese Defizite zu überwinden?
- Leitfrage 2: Welche Lösungsansätze (z.B. Zugangswege, Akteure) sind denkbar?
- Leitfrage 3: Welche konkreten Handlungsschwerpunkte sehen Sie für Ihren eigenen Wirkungsbereich?

Subgruppe 4: Arbeitsmigration

- Leitfrage 1a: Welche Personengruppen sind besonders relevant? Welche speziellen Impdefizite sind vorhanden?
- Leitfrage 1b: Welche Hindernisse sind in Bezug auf diese Defizite zu überwinden?
- Leitfrage 2: Welche Lösungsansätze (z.B. Zugangswege, Akteure) sind denkbar?
- Leitfrage 3: Welche konkreten Handlungsschwerpunkte sehen Sie für Ihren eigenen Wirkungsbereich?

2. Methodisches Vorgehen bei der Auswertung der Workshops

Während der Workshop-Phase wurden von den Teilnehmenden zu 4 verschiedenen Workshop-Themen, 16 thematischen Untergruppen und somit 64 Einzelfragen insgesamt 621 Stichpunkte als Antworten auf Flipcharts notiert. Um die Beiträge der Teilnehmenden auf der NIK angemessen berücksichtigen und für die Nachbearbeitung nutzbar machen zu können, musste diese Fülle an Informationen jedoch reduziert und in eine sinnvolle Ordnung gebracht werden. Hierzu wurde ein Ansatz gewählt, der sich grob an der Methode einer qualitativen Inhaltsanalyse orientiert, in diesem Fall mit einer inhaltlich-strukturierenden Ausrichtung (vgl. SCHREIER 2014).

Die Auswertung umfasst die Defizite und Hindernisse (Leitfragen 1a und 1b in jedem Workshop), konzentriert sich aber auf die diskutierten Lösungsansätze und Maßnahmen (Leitfragen 2 und 3) und versucht hiermit folgende Fragen zu beantworten:

Frage 1: Welche Ansätze zur Erhöhung der Impfquote sind denkbar?

Frage 2: Welche dieser Ansätze weisen bei den Expertinnen und Experten bei der NIK einen hohen Konsens auf?

2.1. Zusammenfassung der Teilnehmerbeiträge

Alle Teilnehmerantworten wurden anhand eines Fotoprotokolls in eine digitale Form transkribiert. Um die zahlreichen Beiträge sinnvoll strukturieren zu können, mussten zunächst Kategorien gebildet werden, was induktiv ge-

schah: Aus den vorgefundenen Informationen für die Vorschläge zu Maßnahmen, die zu einer Verbesserung der Impfsituation führen können, wurden sukzessive passende Oberkategorien gebildet. Nach einer Überarbeitung dieses Ordnungssystems wurden alle Antworten bearbeitet und mittels einer Software zur qualitativen Datenanalyse (f4-Analyse) passenden Kategorien zugeordnet. Auf diese Weise ließen sich die gesamten Informationen am Ende in sieben Ober- und einige Unterkategorien einordnen, welche verschiedene Handlungsfelder ansprechen und eine gute Übersicht über die gegebenen Antworten ermöglichen. Es wird davon ausgegangen, dass sie als Grundlage für eine praktische Umsetzung in den verschiedenen Handlungsfeldern dienen können. Die von uns verwendeten Oberkategorien lauten:

1. Kommunikation und Wissensvermittlung zum Thema Impfen
2. Informationen zum Impfstatus gewinnen – Maßnahmen zur verbesserten Erfassung und Dokumentation des individuellen sowie des kollektiven Impfstatus
3. Zugang zur Impfdurchführung – Schwellen senken und Zugang erleichtern: durch neue Formate für Impfungen und Impfberatung
4. Belohnungen und Sanktionen – Anreize zur Verhaltensänderung schaffen
5. Technische Unterstützung – Automatisierung, Digitalisierung und Maßnahmen gegen schlichtes „Vergessen“
6. strukturelle Rahmenbedingungen und Voraussetzungen
7. Vernetzung: Kooperationen mit bestehen-

den Maßnahmen, Projekten oder einzelnen Akteuren

Anhand dieser Kategorien werden die Maßnahmen in diesem Beitrag zusammengefasst. Die Bedeutung der einzelnen Stichpunkte wurde dabei von den Autoren so wiedergegeben, wie wir sie aus dem vorhandenen Material rekonstruieren konnten.

2.2. Wertung und Kommentierung der Workshop-Ergebnisse durch die verschiedenen Gruppen

Da für diesen Bericht auch ein Stimmungsbild der Workshops und deren Empfehlungen für erfolgversprechende Maßnahmen entstehen soll, soll aus der nachfolgenden Darstellung auch hervorgehen, wie die jeweiligen Vorschläge innerhalb der jeweiligen Workshops aufgenommen und kommentiert wurden. Hierzu konnten von den Teilnehmenden vergebene Symbole herangezogen werden.

In jedem Workshop wurden alle Subthemen im Rotationsprinzip von allen vier Kleingruppen bearbeitet (s. auch Kapitel 1). Dazu haben die vier Gruppen jeweils mit der Bearbeitung eines unterschiedlichen Themas begonnen und sind nach Ablauf von 15 Minuten zur nächsten Stellwand (Station) gegangen. Hier wurden die Antworten der Vorgängergruppe (1.) ergänzt und (2.) durch Symbole kommentiert:

! = Zustimmung ⚡ = Widerspruch
? = Diskussions-/Klärungsbedarf

Die Symbole können dabei helfen, eine Gewichtung/Priorisierung der aufgeschriebenen

Antworten vorzunehmen. Dazu wird davon ausgegangen, dass Vorschläge, die einen hohen Konsens aufweisen, eine besonders gute Chance auf erfolgreiche Umsetzung haben. Wir vermuten, dass Beiträge mit einem hohen Maß an Zustimmung auch in der Praxis von vielen Beteiligten mitgetragen werden würden.

Um die Vielzahl der vorgefundenen Symbolkombinationen auf ein sinnvolles Maß zu reduzieren, werden auch hier wieder Kategorien gebildet, die die Kommentar-Symbole zu aussagekräftigen Kombinationen zusammenfassen. Das Ergebnis sind Bewertungs-Kategorien von „A“ bis „E“ (vgl. Tab. 1).

Einschränkend muss gesagt werden, dass die Aussagekraft der Symbole durch die praktische Umsetzung der Workshops begrenzt ist. Antworten, die erst bei der letzten Rotationrunde ergänzt wurden, konnten nicht mehr durch die anderen Gruppen kommentiert werden. Insofern hatten die Antworten, die bereits früh auf die Moderationswand geschrieben wurden, die besten Chancen, durch die drei nachfolgenden Gruppen kommentiert zu werden.

Die Zusammenstellung erhebt nicht den Anspruch, repräsentativ zu sein, aber ergibt doch ein Stimmungsbild aus den Arbeitsgruppen und den von ihnen erarbeiteten 621 Stichpunkten. Wir gehen davon aus, dass sich trotz der beschriebenen Einschränkungen vorsichtige Trends und Empfehlungen hieraus ableiten lassen.

Gewichtung	Erläuterung	Symbol-Kombinationen	Erwartungen für die Praxis
Wertung A Breite Zustimmung	(Viel Zustimmung), keine Gegenstimmen, kein Klärungsbedarf	1-3 !	Ohne Widerstand, Umsetzung möglich
Wertung B Beliebt, aber Vorbereitung notwendig	Viel Zustimmung, aber auch Klärungsbedarf	1-3 ! aber auch: 1-3 ?	Ideen, die grundsätz- lich gut aufgenommen werden, für die aber noch Vorüberle- gungen/Klärungen notwendig sind
Wertung C Kontroverse Diskussion	Zustimmung, aber auch Widerspruch	1-3 ! aber auch: 1-3 ⚡	Kontroverse Diskussi- onen, mit (mäßi- gem) Widerstand ist zu rechnen
Wertung D Keine weitere Diskussion	Einmalige Nennung, aber keine weiteren Reaktionen hierauf	Keine Kommentare	Indifferenz, weder be- sondere Zustimmung noch Ablehnung
Wertung E Unklares Meinungsbild	Einmalige Nennung, aber Klärungsbedarf	1-3 ?	Vorarbeit notwendig, danach unklar
Wertung F Widerspruch	Einmalige Nennung und (viel) Wider- spruch	Nennung, aber auch: 1-3 ⚡	Vor allem Ablehnung, mit kräftigem Wider- spruch ist zu rechnen

Tab.: Gewichtung der Stichpunkte nach Teilnehmer-Bewertungen

Kategoriensystem für die Auswertung der Leitfragen 2 und 3 (siehe Kapitel 4)

1. Kommunikation und Wissensvermittlung
 - 1.1. Öffentlichkeitsarbeit
 - 1.2. Aufklärung (der Bevölkerung)
 - 1.3. Bildungsangebote für Professionals
2. Maßnahmen zur verbesserten Erfassung und Dokumentation des individuellen sowie des kollektiven Impfstatus
 - 2.1. Form/Aufbewahrung der Impfdokumentation
 - 2.2. Erfassung/Überprüfung des individuellen Impfstatus (durch Leistungserbringer)
 - 2.3. Surveillance zum Impfverhalten und der aktuellen Durchimpfungsquote der Bevölkerung durch den ÖGD
3. Schwellen senken und Zugang erleichtern: durch neue Formate für Impfungen und Impfberatung
 - 3.1. für die Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen
 - 3.2. für die Lebenswelt der Erwachsenen
 - 3.3. für die Lebenswelt der Seniorinnen und Senioren
 - 3.4. für die Lebenswelt von Flüchtlingen sowie Migrantinnen und Migranten
4. Anreize zur Verhaltensänderung schaffen
 - 4.1. Belohnungssysteme
 - 4.2. Sanktionssysteme
5. Automatisierung, Digitalisierung und Maßnahmen gegen schlichtes „Vergessen“
 - 5.1. Impfmanagement in niedergelassenen Arztpraxen
 - 5.2. Recall-Systeme für Patientinnen und Patienten
- 5.3. Erinnerung von medizinischem Personal durch den betriebsärztlichen Dienst
6. Strukturelle Rahmenbedingungen und Voraussetzungen
 - 6.1. Rechtlich
 - 6.2. Standesrechtlich
 - 6.3. Fachlich
 - 6.4. Finanziell
 - 6.5. Personell
 - 6.6. Rolle der Pharmaunternehmen
 - 6.7. Rolle der Leistungsträger (Krankenkassen)
7. Vernetzung: Kooperationen mit bestehenden Maßnahmen, Projekten oder einzelnen Akteurinnen und Akteuren

3. Ergebnisse der Workshops Teil 1: Defizite und Hindernisse (Leitfragen 1a & 1b)

Nachfolgend werden die verschriftlichten Äußerungen der Workshop-Teilnehmenden für die jeweiligen Lebenswelten zusammengefasst.

Als Problem für alle Lebenswelten wurde das „VERGESSEN“ der Impfungen für die Grundimmunisierung und v.a. für die Auffrischimpfungen benannt. Hauptgrund hierfür ist die fehlende Erinnerung der Impflinge oder deren Sorgeberechtigten durch Dritte oder geeignete Assistenzsysteme.

Auch im Bereich der Durchführung von Indikationsimpfungen wurde in allen Lebenswelten ein Defizit gesehen, da diese nicht in vollem Umfang ausgeschöpft werden.

In allen Lebenswelten wurde auch der intermittierende Lieferengpass für einige Kombinationsimpfstoffe sowie Monoimpfstoffe beklagt, so dass das empfohlene Impfangebot zeitweise nicht oder nicht in vollem Umfang durchgeführt werden kann.

Weiterhin wurden in allen Lebenswelten Probleme durch Vorbehalte gegenüber Impfungen angesprochen, die, geschürt von Medien, Internetforen oder Impfkritikern, für Skepsis und Verunsicherung bei den Menschen sorgen.

Genannt wurde auch die unzureichende Vergütung der Impfung, aber v.a. der Aufklärung, die je nach Klientel mitunter sehr zeitaufwändig sein kann. Auch wurde bemängelt, dass es keine verpflichtende Verankerung des Impfstoffthemas in der Ausbildungsordnung der Pflege- und Heilberufe gebe.

WS 1: Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen

Defizite

Als Defizite wurden allgemein die nicht zeitgerecht durchgeführten Impfungen angesehen und bei den einzelnen Impfungen insbesondere die 2. Impfung bei MMR und VZV sowie die mindestens 2-malige Röteln-Impfung für Frauen im gebärfähigen Alter.

Bei der Meningokokken-Impfung wurde es als Defizit erachtet, dass die Standard-Impfempfehlung auf Meningokokken C beschränkt bleibt, auch wenn andere Impfstoffe mit einer anderen Abdeckung zur Verfügung stehen.

Für die Kinder und Jugendlichen mit Behinderung wurde bemängelt, dass es kaum spezielle Daten zu deren Durchimpfung gibt, dass aber auch hier am ehesten Indikations- und Auffrischimpfungen fehlen. Zum Teil wurde aber auch die Ansicht vertreten, dass es keine spezifischen Defizite gebe, dass es aber abhängig von der Art und Schwere der Behinderung durchaus Defizite geben kann, insbesondere weil die Eltern, z. T. aber auch Ärztinnen und Ärzte, bei dieser Personengruppe größere Sorgen haben, eine Impfung zu geben.

Bei der HPV-Impfung wurde mehrheitlich eine nach wie vor zu geringe Inanspruchnahme wahrgenommen und die fehlende Impfempfehlung für Jungen beklagt.

Hindernisse

Als Hindernis wurde allgemein die Verunsicherung durch z.B. Hebammen, ambivalente Ärztinnen und Ärzte, Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker, Medien, Internetforen und z.T. auch Krankenkassen genannt, durch die nicht der Nutzen der Impfungen unterstrichen würde, sondern eher Angst vor den Impfstoffen, den Nebenwirkungen oder den Impfschäden ausgelöst werde.

Ein Impfhindernis anderer Art sind die Sorge vor langen Wartezeiten in der Praxis und ggf. einem Ansteckungsrisiko im Wartezimmer. Auch seien die Termine für Vorsorgeuntersuchungen oft schwer zu bekommen.

Beklagt wurde auch der Wissensmangel der Eltern (mitunter aber auch der Ärzteschaft) über die Gefahr der Erkrankung, falsche Kontraindikationen und Wirkungsweise von Impfungen.

Bei Impfungen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung, die mitunter häufiger durch Infekte und Krankenhausaufenthalte belastet sind, ist in der Regel eine höhere Emotionalität gegeben, die nicht selten zu einer Überforderung der Eltern führt, so dass das Thema Impfungen zunächst einen deutlich geringeren Stellenwert besitzt und eine enge Arzt-Patient-Bindung erfordert.

Bei der HPV-Impfung wurde es als problematisch erachtet, dass Impfung stets mit dem Thema Sexualität verknüpft wird, was zu Akzeptanzproblemen bei den Eltern führt. Wissenslücken bei Ärztinnen und Ärzten, medizinischem Personal, den Eltern und Jugendlichen (z.B. auch in Hinblick auf die Wahl des geeigneten Impfstoffs) verhindern eine breitere Akzeptanz der Impfung.

WS 2: Lebenswelt der Erwachsenen

Defizite

Neben den allgemeinen Defiziten (s.o.) wurden für die Lebenswelt der Erwachsenen insbesondere die Auffrischimpfungen und Reiseimpfungen erwähnt, die nicht oder nicht in den empfohlenen Abständen durchgeführt werden.

Als besonders zu betrachtende Personengruppen, bei denen Impfdefizite vermutet werden, wurden erwähnt: Schwangere wegen der Influenza-Impfung, ungeimpfte Großeltern wegen Influenza und Pertussis, Babysitter, Obdachlose, Prostituierte, Seeleute, Inhaftierte, *men having sex with men* (MSM), Drogenabhängige und Menschen ohne Papiere.

Als Manko wurde ebenfalls genannt, dass die Regelungen in § 23a Infektionsschutzgesetz (IfSG) zur Erhebung des Impfstatus nicht und zur Entscheidung über Beschäftigungsverhältnisse nicht stärker genutzt wird.

Hindernisse

Als stärkstes Impfhindernis wurde die relativ schlechte Erreichbarkeit von gesunden Erwachsenen und Personen in besonderen Lebenslagen genannt.

Personen in besonderen Lebenslagen verfügen darüber hinaus z.T. über keinen bzw. keinen adäquaten Krankenversicherungsschutz, so dass die Kostenübernahme oft nicht klar ist. Das Personal des ÖGD würde darüber hinaus auch nicht ausreichen, um hier in adäquater Form subsidiär zu unterstützen. Darüber hinaus besteht ein Mangel an geeigneten Informations- und Aufklärungsmaterialien.

Für Einrichtungen im Gesundheitswesen (insbesondere kleinere Einrichtungen) stellt die Kostenübernahme der Impfungen, aber auch die Durchführung der Impfungen mitunter ein Problem dar.

In der ärztlichen Praxis ergeben sich mitunter zeitliche und organisatorische Hindernisse im Praxisalltag und z. T. auch Unsicherheiten bei der Durchführung von Impfungen.

Beim Thema Impfen in der Schwangerschaft gibt es sowohl bei den Schwangeren als auch bei den Ärztinnen und Ärzten Wissensdefizite.

Auch bei den gesunden Erwachsenen wurden Wissensdefizite, mangelndes Problembewusstsein oder nicht wahrgenommene Vorsorgeuntersuchungen als Probleme benannt.

WS 3: Lebenswelt der Seniorinnen und Senioren

Defizite

Als generelles Problem wurden eine zu niedrige Durchimpfung bei den Seniorinnen und Senioren mit den empfohlenen Impfungen angesehen.

Aber auch das Pflegepersonal verfügt nicht über einen ausreichenden Impfschutz (z. B. Influenza) und kann dadurch ggf. ein Ansteckungsrisiko sein.

Als wenig beeinflussbares Problem wurde die geringere Impfstoffwirksamkeit bei Personen über 60 Jahren (z. B. Influenza) diskutiert, worin mitunter auch eine mangelnde Impfabzeptanz sowohl ärztlicherseits als auch von Seiten der Patientinnen und Patienten begründet sein kann.

Hindernisse

Für einen Teil der Seniorinnen und Senioren ergibt sich wie bei den anderen gesunden Erwachsenen das Problem, dass aufgrund weniger Arztkontakte oft die Erinnerung an ausstehende Impfungen unterbleibt. Kommt es dann z. B. aufgrund eines Akutereignisses zu einem Arztbesuch, wird wegen der bestehenden medizinischen Probleme nicht über Impfungen gesprochen.

Auch Seniorinnen und Senioren denken in der Regel nicht an die Auffrischimpfungen bzw. werden von den Ärztinnen und Ärzten nicht konsequent genug daran erinnert. Nicht selten wurde auch der Impfpass „verlegt“.

Für Seniorinnen und Senioren, die in Einrichtungen betreut werden, ergibt sich das Problem, dass sie dort in der Regel von der jeweiligen Hausärztin oder vom jeweiligen Hausarzt betreut werden. Deshalb ist es mitunter schwierig, eine einheitlich hohe Durchimpfung zu erreichen. Hinzu kommt, dass der Beratungsaufwand bei dieser Klientel u. U. sehr hoch werden kann, da nicht selten eine Multimorbidität berücksichtigt und ggf. auch noch die jeweiligen betreuenden Personen involviert werden müssen.

Die öffentliche Wahrnehmung des Influenzarisikos und deren Gefährlichkeit werden mitunter durch den Ausdruck „grippaler Infekt“ bei einem einfachen Schnupfen verharmlost. Auch erfordert die jährlich zu verabreichende Influenza-Impfung einen erheblichen Aufwand, um eine kontinuierlich hohe Durchimpfung zu erreichen.

Aus ärztlicher Sicht wurden die Rabattverträge kritisiert, da es ggf. im Einzelfall schwierig wird, auf

andere, besser verträgliche oder besser wirksame Impfstoffe auszuweichen.

WS 4: Lebenswelt der Geflüchteten und der Migrantinnen und Migranten

Defizite

Bei vielen ankommenden Geflüchteten liegen keine Impfausweise vor, so dass keine Aussagen über den Impfstatus gemacht werden können. Die Erfahrungen zeigen aber, dass es große Unterschiede beim Immunstatus in Abhängigkeit von Erkrankungen und dem Herkunftsland gibt.

Bei den Geflüchteten ergibt sich zudem das Problem, dass mitunter alle Dokumente, die Hinweise auf die eigene Identität geben könnten (z.B. auch der Impfausweis), aus den unterschiedlichsten Gründen vernichtet werden.

Beim Familiennachzug von Geflüchteten erfolgt in der Regel keine Erstuntersuchung, so dass der Zugang zu Impfungen und die Aufklärung nur sehr eingeschränkt erfolgen können.

Im Bereich der Arbeitsmigration ergeben sich insbesondere für folgende Personengruppen besondere Problemlagen: Lohnarbeiter und Lohnarbeiterinnen (wechselnd), Pflegepersonal (als private Betreuung für Pflegebedürftige in der häuslichen Umgebung), Sexarbeiter und Sexarbeiterinnen und illegale Arbeitskräfte.

Hindernisse

Für alle Personen in der Lebenswelt der Geflüchteten und der Migrantinnen und Migranten spielen Sprache, kultureller Hintergrund und Religion eine

wesentliche Rolle bei der Erreichbarkeit dieser Personen, über deren Aufenthalt oft keine bzw. nur unvollständige Informationen vorliegen.

Es fehlen adäquate Informationen zum Umgang mit den bürokratischen Systemen, dem Anspruch auf gesundheitliche Versorgung, dem Zugang zum Arbeitsmarkt etc.

Bei den Impfungen entstehen deshalb Unsicherheiten bei den Impfenden, wie die sachgerechte Aufklärung erfolgen kann oder wie die Rechtslage bei einem Schadensfall wäre. Hier stellt sich dann auch die Frage nach der Kostenübernahme von Dolmetschern, die bei niedergelassenen Ärztinnen oder Ärzten tätig werden, sowie nach der rechtlichen Verbindlichkeit der Aufklärung.

Ein weiteres Hindernis ist der Informationsfluss über durchgeführte Impfungen von der Erstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge (EAE) bis zum Eintreffen in der Zielkommune.

Aufgrund der relativ kurzen Zeit, die Geflüchtete in den EAEs verbringen, werden z.T. keine Impfungen durchgeführt.

Der ÖGD hat zu wenig Kapazitäten (personell und finanziell), um dauerhaft in großem Umfang hier subsidiär unterstützen zu können. Auch die niedergelassene Ärzteschaft meldet bisweilen Kapazitätsengpässe bei der Versorgung von Geflüchteten (z.B. UMA).

Im Bereich der Arbeitsmigration ergibt sich noch die zusätzliche Problematik, dass EU-Migranten zu einem großen Teil nicht adäquat krankenversichert sind, aber auch nicht unter das Asylbewerberleistungsgesetz fallen.

4. Ergebnisse der Workshops Teil 2: Lösungsansätze und Handlungsschwerpunkte (Leitfragen 2 & 3)

Insgesamt wurden über 300 Stichpunkte zu diesen Themen auf den Flipcharts notiert. Die Nennungen werden anhand des erarbeiteten Kategoriensystems besprochen und sind in der Regel nach absteigendem Grad an Zustimmung sortiert.

1. Kommunikation und Wissensvermittlung zum Thema Impfen

1.1. Öffentlichkeitsarbeit

In diesem Abschnitt werden Themen besprochen, die auch Lebenswelt-übergreifend die Aufmerksamkeit für das Thema Impfen erzeugen sollen.

Für alle Lebenswelten, aber insbesondere für den Bereich der Kinder und Jugendlichen, wurde es als wichtig erachtet, auf Routinedaten (z. B. KV-Daten, Daten der Schuleingangsuntersuchung) zurückzugreifen und durch deren Auswertung sowohl Aussagen zur Durchimpfung als auch zur Epidemiologie impfpräventabler Erkrankungen machen zu können. Diese sollten dann den Fachkreisen und der Öffentlichkeit zur Nutzung bereitgestellt werden (WS1-SG2; WS2-SG1).

Als vielversprechender Ort der Wissensvermittlung für die Kinder und Jugendlichen wurde übereinstimmend die Schule genannt, wo das Thema Impfen in vielschichtiger Weise integriert werden kann (Stundenplan, Lehrerfortbildung, Verteilung Flyer zu J1, regelmäßige Besuche durch den ÖGD), gegebenenfalls auch mit Unterstützung durch externe Experten,

Ärzteschaft und ÖGD (WS1-SG2).

Konsens bestand auch darin, dass zielgruppenspezifisch (für die jeweiligen Lebenswelten) adäquate, leicht verständliche Informationsmaterialien entwickelt werden ((Fremd-)Sprache, Schriftgröße, Bilder) sowie Kampagnen und bereits vorhandene Materialien (STIKO-App, Kinospots, MiMi, Dolmetscherdienste, Erklärvideos) besser bekannt und zugänglich gemacht werden sollten (WS2-SG2, WS3-SG2, WS4-SG1/SG2).

Auch außerhalb des Gesundheitssektors müssen mögliche Multiplikatorinnen und Multiplikatoren identifiziert und motiviert werden, auf das Thema Impfen als wichtige Stütze der Gesundheitsvorsorge (= Gesundheitsschutzmaßnahme) hinzuweisen (Idole, Sportvereine, Informationsdienst Wissenschaft (idw), Seniorenorganisationen, Lebensmittelbelehrung durch den ÖGD, Spots/Flyer in Kino, TV, im Öffentlichen Nahverkehr, Fastfood-Restaurants) (WS2-SG3, WS3-SG4). Die Finanzierung dieser Kampagnen/Öffentlichkeitsarbeit muss gewährleistet sein (WS3-SG4).

Insbesondere auf die Gruppe der Erwachsenen sowie der Seniorinnen und Senioren sollte auch über die unterschiedlichen Akteure wie Krankenkassen, Apotheken, Industrie, Medien, BZgA und deren Printmedien zugegangen werden, damit kontinuierlich eine Verbesserung der Informationslage erreicht werden kann (WS3-SG4, WS2-SG2).

Die Nutzung des Internets (bzw. von zielgruppenspezifischen Seiten, z.B. Feierabend.de) und der sozialen Medien sollte zukünftig verbessert werden, um Zielgruppen besser und schneller erreichen zu können. Dies schließt alle Altersgruppen ein (WS3-SG1).

1.2. Aufklärung (der Bevölkerung)

Ergänzt wird die zunächst nur Aufmerksamkeit erzeugende Öffentlichkeitsarbeit durch Maßnahmen, die differenziert über den Nutzen informieren, auch Missverständnisse und Falschannahmen ansprechen und darauf zielen, Impfskeptische zu überzeugen.

Übereinstimmend wurde gefordert, dass patientenorientierte Aufklärungs- und Informationsangebote durch integrale neutrale Institutionen (STI-KO, RKI, BZgA, Ärztevereine, Fachverbände, Qualitätszirkel, Praxisnetze) über a) Impfstoffe und Nebenwirkungen, b) Erkrankung, c) Impfkalender, d) validen Nutznachweis von Impfungen über Printmedien, das Internet und/oder Hotlines (persönliches Gespräch) verfügbar sein sollten (WS1-SG3, WS2-SG2, WS3-SG3, WS4-SG1).

Neue Erkenntnisse aus Wissenschaft und Forschung sollen laiengerecht aufgearbeitet und in verständlicher Sprache veröffentlicht werden (WS1-SG1). Auf diese Weise können auch Mythen bekämpft und mit wissenschaftlichen Fakten widerlegt werden (WS1-SG3).

Weiterhin können Informationsveranstaltungen für Angehörige, insbesondere von Seniorinnen und Senioren, Personen mit engem Kontakt zu Säuglingen (z.B. auch MFA, Großeltern),

Schwangere, Eltern über die Schule genutzt werden (WS2-SG2, WS1-SG1).

Insbesondere für die Erwachsenen kann auch über alle medizinischen (auch sozialpsychiatrische Zentren) und paramedizinischen (Physio, Ergo, Pflegepersonal, Hebammen) Berufsgruppen sowie über bestimmte Settings (Betriebsmedizin, Schule, ÖGD) oder durch Nutzung von Webinaren eine Impfaufklärung erfolgen (WS1-SG2, WS1-SG4, WS2-SG3, WS1-SG2).

1.3. Bildungsangebote für Professionals

Hier sollen Maßnahmen angesprochen werden, die im Detail den fachgerechten Umgang mit Impfungen vermitteln.

Als wesentliche Forderung mit hohem Konsens wurden Fortbildungsangebote für medizinisches Personal (inkl. Ärzteschaft) genannt und eine verbindliche Teilnahme eingefordert, die ggf. auch in den jeweiligen Approbationsordnungen/Berufsordnungen festgeschrieben werden sollten (WS2-SG1).

Weiterhin sollte eine einheitliche Qualifizierung von Impfteams (MFA) in Arztpraxen in fachlicher und organisatorischer Hinsicht erreicht werden (WS2-SG2).

Vorgeschlagen wurde auch, bedarfsorientiert entsprechende Informationsmaterialien für die Ärzteschaft zu entwickeln (WS1-SG3).

Als wichtige Berufsgruppe wurde die Hebammen genannt, die selbst entsprechend geschult und ausgebildet werden sollen und eine STI-KO-konforme Impfberatung durchführen sollen;

entsprechende Überlegungen gab es auch für die Gruppe der Heilpraktiker/Heilpraktikerinnen (WS1-SG1, WS2-SG2).

Fortbildungsangebote sollten auch für Rettungsdienste, Pflegepersonal, Betreuer/Betreuerinnen, amtliche Vormundschaften (Heime, Flüchtlingsunterkünfte, Jugendamt, sozialpsychiatrische Zentren) entwickelt werden (WS4-SG2).

Auch wurde vorgeschlagen, Betriebsärztinnen und -ärzte und ggf. auch andere Fachärztinnen und -ärzte einschließlich Zahnärztinnen und Zahnärzte noch besser für das Thema Impfungen zu sensibilisieren (WS2-SG1, WS2-SG4, WS1-SG2).

Kontrovers wurde die Option diskutiert, dass Apotheker/Apothekerinnen entweder zur Durchführung von Impfungen oder zumindest zur Impfberatung ausgebildet werden können, wie das in anderen europäischen Ländern praktiziert wird.

2. Informationen zum Impfstatus gewinnen – Maßnahmen zur verbesserten Erfassung und Dokumentation des individuellen sowie des kollektiven Impfstatus

Um einerseits den individuellen Impfstatus und andererseits die Durchimpfungsquote in der Bevölkerung besser nachvollziehen zu können, wurden verschiedene Maßnahmen zur Dokumentation von Impfungen diskutiert.

2.1. Form und Aufbewahrung der Impfdokumentation

Viel Zustimmung erhielten dabei Maßnahmen,

die darauf zielen, die Information zum Impfstatus zu digitalisieren und diese Information digital zu speichern. Im Workshop für die Lebenswelt der Seniorinnen und Senioren und im Workshop für die Lebenswelt der Geflüchteten entstand die Idee, die Personen ihre Impfdokumentation auch auf dem eigenen Handy oder als Fotodatei speichern zu lassen (WS3-SG1, WS4-SG3). Für die Gruppe der Schwangeren könnte der Impfstatus auch im Mutterpass vermerkt werden (WS2-SG2). Besonders beliebt war in verschiedenen Workshops der Vorschlag, den Impfausweis und auch einen Impfplan auf der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern. Hierzu gab es in mehreren Gruppen einen hohen Konsens, in einer wurde der Vorschlag jedoch auch in Frage gestellt.

Da die Dokumentation ein wichtiges Thema insbesondere für die Lebenswelt der Geflüchteten ist, wurden hier auch Ansätze diskutiert, die Daten nicht nur bei den Geimpften zu belassen, sondern auch in irgendeiner Form zentral zu speichern. Für diese Patientengruppe erhielt der Vorschlag zur Speicherung in einer nationalen Datenbank (eines Impfreisters) viel Zustimmung, wenn es sich mit den Datenschutzbestimmungen vereinbaren lässt.

Genannt, aber nicht weiter kommentiert, wurde der Vorschlag, auch für Kinder und Jugendliche den Impfpass zu digitalisieren und/oder diese Information in Kopie (oder in der Patientenakte) auch in der Arztpraxis abzulegen (WS1-SG2).

Für die Lebenswelt der Geflüchteten gab es Vorschläge, die den Informationsaustausch zwischen verschiedenen Stellen fördern sollen. Neben einer zeitnahen Übermittlung von

Untersuchungsergebnissen sowie des Impfstatus (auch per Post) und der Notwendigkeit einer einheitlichen, transparenten Dokumentation als Basis wurde auch die Notwendigkeit zur Verschlüsselung solcher Daten (z.B. mit biometrischer Zugangssicherung) angeführt (WS4-SG1).

2.2. Erfassung und Überprüfung des individuellen Impfstatus (durch Leistungserbringer)

Die Leistungserbringer können und sollen durch ihr Handeln dazu beitragen, den individuellen Impfstatus gut zu dokumentieren. Besonders viel Zustimmung gab es hier für Maßnahmen, die auf die Lebenswelt der Seniorinnen und Senioren zielen. So sollte bei Eingangsuntersuchungen in Pflegeeinrichtungen der Impfstatus erhoben werden (WS3-SG3). Auf Seiten des Personals in solchen Einrichtungen sollte der Impfstatus zum Einstellungskriterium gemacht werden (entsprechend PräVG) (WS3-SG3).

Bei gesunden Erwachsenen ohne regelmäßige Arztkontakte sollte insbesondere die Vorsorgeuntersuchung zur Impfbuchkontrolle genutzt werden (WS2-SG3). Auch der Vorschlag, bei Beschäftigten im Gesundheitswesen regelmäßig den Impfstatus zu überprüfen, wies einen hohen Konsens auf. Dabei könnten elektronische Lösungen (Recall-Systeme) unterstützend wirken.

Beliebt, aber auch für Nachfragen markiert, war der Vorschlag, für Arbeitsmigranten ein Erfassungssystem zu etablieren (WS4-SG4).

Kontrovers diskutiert wurde ein Impfregister,

also ein System, in dem der individuelle Impfstatus aller Personen zentral gespeichert wird. Ein Alternativvorschlag hierzu war, die KV-Impfsurveillance auszubauen und darin auch die Daten aus den privaten Krankenversicherungen aufzunehmen (WS2-SG2, WS4-SG3).

Genannt, aber nicht weiter kommentiert, wurden Vorschläge, für Auffrischungsimpfungen bei Schulkindern den Impfstatus durch den ÖGD kontrollieren zu lassen (WS1-SG2). Das Gleiche sollte für Berufsgruppen im Gesundheitswesen im Rahmen der infektionshygienischen Überwachung geschehen (WS2-SG1).

2.3. Surveillance zum Impfverhalten und der aktuellen Durchimpfungsquote der Bevölkerung durch den ÖGD

Neben einer Dokumentation des individuellen Impfstatus wurde immer wieder auch eine Überwachung der aktuellen Durchimpfungsquoten in der Bevölkerung als wesentlicher Beitrag diskutiert. Es wurde als hilfreich angesehen, bessere Surveillance-Systeme zu entwickeln, die es ermöglichen, Daten zum Impfverhalten zu erheben und in einer nationalen Datenbasis für Impfungen einfließen zu lassen (WS3 und 4). Mitunter wurde eine verbesserte Surveillance auch direkt als Gegenvorschlag zu einem zentralen Impfregister angeführt (WS2-SG2). Während in einem zentralen Impfregister personenbezogene Daten gespeichert werden würden, arbeitet eine solche Impfsurveillance mit anonymisierten Daten und trifft somit allgemeine, nicht auf die Individuen zurückführbare Aussagen über die Durchimpfungsquoten in der Gesamtbevölkerung oder in bestimmten Regionen. Dennoch ließen sich auf Grundlage

der hier gewonnen Daten fundiert Aktivitäten planen.

Als Voraussetzung für eine gute Surveillance wurde ein funktionierendes Erfassungssystem gesehen. Viel Zustimmung gab es auch dafür, bestehende Surveillance-Systeme weiterzuentwickeln (WS3). Dabei sei auch zu beachten, dass die hier gewonnen Daten gut kommuniziert und einem breiten Personenkreis zugänglich gemacht werden sollten (WS1 und 3).

Eine etwas anders gelagerte Form der Impfsurveillance fand ebenfalls viel Zustimmung: Um mehr über die Impfstoffwirksamkeit und -sicherheit zu erfahren, sollten die real vorgefundenen Daten aus der Krankheits-Surveillance herangezogen werden, um die Studiendaten hierbei zu ergänzen und zu verbessern (WS3-SG4).

Für die Lebenswelt der Seniorinnen und Senioren in institutioneller Betreuung wurde ein Vorschlag zur Erhebung von Impfdaten und Versorgungsstrukturen in Heimen – beispielsweise im Rahmen einer wissenschaftlichen Abschlussarbeit – sehr positiv bewertet (WS3-SG3).

Ergänzende Stichpunkte erhielten keine Kommentierung durch andere Gruppen, sollen im Folgenden jedoch auch genannt werden.

Bei der Frage, wer eine solche Surveillance leisten soll, entstand der Vorschlag, die KV-Impfsurveillance des RKI auszubauen. Auch verschiedenen Subgruppen von Seniorinnen und Senioren in ihren jeweiligen Lebenswelten sollten hierfür berücksichtigt werden. Dies wurde durch die unterschiedlichen Arbeitsgruppen aber nicht kommentiert.

Für die Lebenswelt der Säuglinge und Kita-Kinder wurde ergänzend eine Impfstatuskontrolle durch den ÖGD vorgeschlagen. Für die Lebenswelt der Geflüchteten sollten als eine Besonderheit auch aufbereitete Daten des BAMF genutzt werden, um Bedarfe festzustellen.

3. Zugang zur Impfdurchführung – Schwellen senken und Zugang erleichtern: durch neue Formate für Impfungen und Impfberatung

3.1. Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen

Mit breiter Zustimmung wurde vorgeschlagen, dass der ÖGD in Einrichtungen für Kinder vor Ort aktiv Impfberatungen anbieten und – wenn möglich – auch gleich vor Ort die Impfungen durchführen sollte, insbesondere auch in Behinderteneinrichtungen (WS1-SG3).

Ein weiterer Vorschlag zielte auf die Einrichtung einer Sprechstunde an Schulen durch den ÖGD bzw. die niedergelassene Ärzteschaft ab (WS1-SG2), in der auch eine Impfberatung und ggf. auch die Impfung selbst erfolgen könnten. Auch die Einstellung einer Schulkrankenschwester, die als Multiplikatorin und Ansprechpartnerin für das Thema Impfen fungieren könnte, wurde diskutiert (WS1-SG2). Wie genau diese Vorschläge umgesetzt werden sollten, konnte nicht geklärt werden.

Um insbesondere auch geflüchtete Kinder und Kinder mit Migrationshintergrund leichter zu erreichen, wurde angeregt, dass Impftermine in Schulen angeboten werden sollten (WS1-SG4). Inwieweit speziell hierfür oder auch generell für die Verbesserung der Erreichbarkeit von Kin-

dern und Jugendlichen der Einsatz eines sog. Impfmobils hilfreich wäre, wurde ebenfalls diskutiert (WS1-SG2).

Der Vorschlag, den Zugang zu Impfungen zu erleichtern, indem alternative Impflokalitäten (d.h. außerhalb von Arztpraxen) z.B. in Apotheken oder Kitas gewählt werden, wurde jedoch mehrheitlich abgelehnt.

3.2. Lebenswelt der Erwachsenen

Bei den Überlegungen, wie der Zugang zu den Erwachsenen verbessert werden kann, wurde verstärkt die Gruppe derjenigen Erwachsenen diskutiert, die einerseits weitgehend gesund ist und andererseits keine indirekten regelmäßigen Kontakte zur ärztlichen Versorgung haben, z.B. über Kinder.

Als besonders geeignete Zugangswege wurden für diese Gruppe die betriebsmedizinische Versorgung (WS2-SG3), die reisemedizinische Beratung (WS2-SG3) sowie besondere Aktionstage genannt, z.B. an Hochschulen (etwa Impfstellen bei der Immatrikulation (WS2-SG3)) oder Berufsschulen (WS2-SG3). Ebenfalls gab es den Vorschlag, bei unterschiedlichsten Veranstaltungen mit einem Impfmobil auf das Thema Impfen aufmerksam zu machen (WS2-SG3).

Auf Seiten der ärztlichen Versorgung sollten die Impfteams speziell in fachlichen und organisatorischen Belangen geschult werden, damit Erwachsene sachgerecht beraten und angesprochen werden können (WS2-SG2). Zusätzlich sollte im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen, die im Erwachsenenalter angeboten werden, auch der Impfstatus überprüft und

ggf. vervollständigt werden (WS2-SG3). Das Impfthema könnte auch als Element des Patientenschutzes in das Hygienemanagement in Kliniken (WS2-SG1) integriert werden.

Speziell der betriebsmedizinische Dienst hat vielfältige Möglichkeiten, auf das Thema Impfen aufmerksam zu machen. Genannt wurden das aufsuchende Impfen durch Betriebsärztin oder Betriebsarzt (z.B. auch vor der Kantine) (WS2-SG1) oder das Impfangebot im Rahmen der Einstellungsuntersuchungen (WS2-SG1).

Um insbesondere die Menschen in besonderen Lebenslagen besser erreichen zu können, sollten niedrigschwellige aufsuchende Angebote (z.B. ÖGD, ggf. auch in Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern) z.B. auch in Obdachlosenunterkünften (WS2-SG4) entwickelt werden. Hierbei wären je nach Zielgruppe ggf. anonyme Angebote (WS2-SG4) hilfreich. Auch die hafenärztlichen Dienste (z.B. im Rahmen von Impfungen auf Schiffen) und sozialpsychologischen Diensten sollten für die besonderen Bedürfnisse ihrer Klientel sensibilisiert werden (WS2-SG4).

Vorschläge, niederschwellige Angebote fürs Impfen in Apotheken oder Fitnesscentern anzubieten, (WS2-SG3) wurden kontrovers diskutiert. Ein Vorschlag, eine Impfsprechstunde als KV-Angebot zu etablieren, wurde eher abgelehnt (WS2-SG4).

Für Justizvollzugsanstalten wurde eher kein Handlungsbedarf gesehen, da es für diesen Bereich klare Regelungen gibt (WS2-SG4).

3.3. Lebenswelt der Seniorinnen und Senioren

Bei den Seniorinnen und Senioren hängen die Zugangsmöglichkeiten stark von der gelebten Selbstständigkeit ab. Personen, die selbstständig zuhause leben und nicht auf regelmäßige medizinisch-pflegerische Versorgung angewiesen sind, könnten von Aktionen im öffentlichen Leben (Impfmobil an zentralen Plätzen oder Veranstaltungen über die Kirche, Seniorenvereine etc.) erreicht werden (WS3-SG1). Der Vorschlag, gerade auch für diese Gruppe eine Impfung oder zumindest eine Impfberatung über die Apotheken zu erreichen, wurde eher kontrovers diskutiert (WS3-SG1).

Für diejenigen Seniorinnen und Senioren, die regelmäßig in medizinisch-pflegerischer Versorgung sind oder in Heimen leben, sollte über die Betreuenden die Information über empfohlene Impfungen und die Erinnerung daran erfolgen (WS3-SG2). In Heimen könnte die Heimleitung regelhaft oder im Rahmen von Impftagen ein kompensatorisches Impfangebot für bisher nicht Geimpfte organisieren (z. B. in Zusammenarbeit mit dem ÖGD) (WS3-SG3) bzw. könnte auch entsprechend geschultes Personal der Pflegeeinrichtungen individuell zu Impfungen beraten. In diesem Zusammenhang wurde auch auf das Beispiel der englischen „Impf-Schwester“ hingewiesen (WS3-SG3) bzw. die Wiedereinführung der „Gemeindefschwester“ vorgeschlagen (WS3-SG2).

3.4. Lebenswelt von Geflüchteten sowie Migrantinnen und Migranten

Da der Zugang zu Geflüchteten sowie Migrantinnen und Migranten in den Ankunftszentren bzw. Gemeinschaftseinrichtungen prinzipiell gegeben ist, wurden für die Gruppe keine diesbezüglichen Vorschläge gemacht.

Besonders für die unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden (UMA) erscheint es einer breiten Mehrheit der Teilnehmenden wichtig, dass an der Stelle, an der UMA erstmals medizinisch untersucht werden, auch das Thema Impfung angesprochen und idealerweise auch durchgeführt werden sollte (WS4-SG2). Auch der aufsuchende Charakter der Angebote war den Teilnehmenden einheitlich wichtig (WS4-SG2). Auch sollte in der Kommune die medizinische Weiterbetreuung der UMA und auch des Familiennachzuges gewährleistet werden (WS4-SG2). Hierbei könnte der ÖGD Impfungen anbieten (Kostenübernahme muss geklärt sein) sowie auch über die Schulen eine aufsuchende Tätigkeit etablieren (WS4-SG2).

Dem ÖGD wurde auch für die Gruppe der schon länger in Deutschland lebenden Migrantinnen und Migranten sowie für Arbeitsmigrantinnen und -migranten eine wesentliche Rolle zugeschrieben. Hier wurden der Aufbau von humanitären Sprechstunden durch den ÖGD (WS4-SG3), aufsuchende Impfkationen bzw. Impfsprechstunden durch den ÖGD (WS4-SG3), aber auch eine wesentliche Rolle bei der Organisation der allgemeinen medizinischen Versorgung (jedoch nicht als durchführende Stelle) genannt (WS4-SG3).

Insbesondere für den Bereich Arbeitsmigration wurde auch gefordert, dass über aufsuchende Hilfe (Dolmetscherinnen und Dolmetscher), Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter (WS4-SG4) oder MiMi Impfaufklärungs-Kampagnen (WS4-SG4) gesteuert werden.

Als praxisnahes Beispiel könnten im Bereich Arbeitsmigration die Belehrungen zu Lebensmittelhygiene (IfSG) auch zur Impfaufklärung genutzt und z. B. weitere Informationen (Flyer) zur Impfsprechstunde des ÖGD gegeben werden (WS4-SG4).

Der Zugang zu der Gruppe der Geflüchteten sowie Migrantinnen und Migranten könnte beispielsweise durch soziale Angebote (insbesondere für Kinder) erleichtert werden, die als Türöffner für die Familie dienen könnten (WS4-SG3). Darüber hinaus könnten auch Notfallambulanzen in Impfprogramme einbezogen werden (WS4-SG4).

4. Belohnungen und Sanktionen – Anreize zur Verhaltensänderung schaffen

In den einzelnen Workshops wurde immer wieder diskutiert, inwieweit es möglich ist, durch Setzen von Anreizen das Verhalten der Menschen in Bezug auf die Durchführung von Impfungen zu beeinflussen. Hierbei wurden sowohl Belohnungs- als auch Sanktionssysteme erwähnt.

4.1. Belohnungssysteme

Bei den Belohnungssystemen fand am meisten Konsens, wenn über die Krankenkassen ein Anreizsystem z. B. in Form von Bonussyste-

men etabliert würde, das für alle Altersgruppen ausgelobt würde (WS1-SG1/WS3-SG1). Auch beim medizinisch-pflegerischen Personal (insbesondere in Altenpflegeheimen) könnten Boni für gut geimpftes Personal zu einer Steigerung der Durchimpfung beitragen (WS3-SG3).

Erwähnt wurde auch die Möglichkeit, dass Boni an solche Ärztinnen und Ärzte vergeben werden, deren Patientinnen und Patienten eine gute Durchimpfung aufweisen (WS3-SG2).

Über die konkrete Ausgestaltung der Belohnungssysteme wurde wenig notiert. Für die Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen wurde vorgeschlagen, dass z. B. Wettbewerbe zur Impfausweiskontrolle und Umsetzung der empfohlenen Impfungen durchgeführt werden könnten und entsprechend gut und zeitnah geimpfte Kinder einen Bonus (Art des Bonus wurde nicht weiter kommentiert) erhalten könnten (WS1-SG2).

Inwieweit als Bonus z. B. auch die bevorzugte Vergabe von Kita-Plätzen möglich wäre, wurde hingegen kontrovers diskutiert, da dies mit dem gesetzlichen Anspruch auf einen Betreuungsplatz nicht vereinbar wäre (WS1-SG1).

4.2. Sanktionssysteme

Bei den Sanktionssystemen wurde übereinstimmend dafür plädiert, dass die durch das Präventionsgesetz gegebenen Möglichkeiten, bei der Einstellung von Personal im medizinischen Bereich den Impf- und Serostatus zur Begründung des Beschäftigungsverhältnisses heranzuziehen, konsequent umgesetzt werden sollten (WS3-SG3).

Ablehnend wurden Vorschläge diskutiert, bei denen Nicht-Geimpfte (explizit wurde dies für die Gruppe der gesunden Senioren und Seniorinnen genannt) mit einem Malus (ohne konkrete Angaben, wie dies gestaltet werden könnte) belegt werden könnten (WS3-SG1). Auch ein Abschlag bei Nichtnutzung eines Recall-Systems in der Praxisverwaltungssoftware (WS3-SG2) oder die Vorgabe für das Pflegepersonal „no vaccination – no work“ bzw. die Forderung nach einer vollständigen Durchimpfung (WS3-SG3) fand bei den Teilnehmenden des Workshops keine Zustimmung.

5. Automatisierung, Digitalisierung und Maßnahmen gegen „Vergessen“

Immer wieder kam als ein wesentlicher Punkt zur Sprache, dass viele nicht gegebene Impfungen schlicht vergessen wurden. In diesen Fällen sind Patientinnen und Patienten angemessen informiert, es bestehen ausreichend Zugangsmöglichkeiten, auch der Wille zur Impfung ist potentiell vorhanden. Dennoch bleibt die Impfung aus, da weder sie noch die Ärztin oder der Arzt an die empfohlenen Impfungen gedacht haben. Dies betrifft insbesondere, aber nicht ausschließlich, Auffrischungsimpfungen. Um sowohl Patientinnen und Patienten als auch Ärztinnen und Ärzte bei der Erinnerung an empfohlene Impfungen zu unterstützen, wurden in den Workshops verschiedene Ansätze zur (automatischen) Erinnerung der beteiligten Akteurinnen und Akteure gesammelt.

5.1. Impfmanagement in niedergelassenen Arztpraxen

Sehr viele Beiträge gab es zum Thema, wie das

Impfmanagement in Arztpraxen gestaltet sein könnte.

Einigkeit herrschte darüber, dass bei Säuglingen und Kita-Kindern der Impfausweis routinemäßig kontrolliert werden sollte, dies könnte eventuell bei jeglichem Arztkontakt auch facharztübergreifend geschehen (WS 1). Darüber hinaus sollte bei dieser Gruppe die Vorsorge intensiviert werden und auch eine schriftliche Erinnerung und Einladung der Kinderärztin oder des Kinderarztes zur J1-Untersuchung erfolgen (WS 1).

Bei Erwachsenen ohne regelmäßige Arztkontakte könne die routinemäßige Kontrolle gut bei Vorsorgeuntersuchungen vorgenommen werden. Auch reisemedizinische Beratungen seien gut zur Beratung und Durchführung aller empfohlenen Impfungen geeignet (WS 2).

Generell könne das Impfmanagement im Rahmen des Qualitätsmanagements einer Praxis klar definiert sein. Auch Pflegeheime, die ein eigenes Impfmanagement anstreben, könnten offizielle Empfehlungen wie das WHO-Ziel für 75 % Durchimpfungsquote für die Gruppe der über Sechzigjährigen zu einem Qualitätsmaßstab und einem selbst gesteckten Ziel im Rahmen des QM machen.

Insgesamt fanden solche Systeme großen Zuspruch, die dabei helfen, den Überblick über teils unübersichtliche Impfschemata zu behalten. Damit nicht versäumt wird, Patientinnen und Patienten auf empfohlene Impfungen hinzuweisen, wurden sogenannte „Recall“-Systeme vorgeschlagen, meist in Form einer Software, die den Arzt, die Ärztin oder die

medizinischen Fachangestellten auf anstehende Impfungen hinweist. Dies kann eine eigene Impf-Software sein, wurde aber insbesondere als in die Praxisverwaltungssoftware integrierte Lösung befürwortet (WS2 und 3). Auch die Industrie könne Praxen bei der Einführung solcher Systeme unterstützen (WS 2).

Wie oben im Kapitel zu Fortbildungen deutlich geworden ist, sollte hierbei die Einbeziehung der MFA als Ansprechpersonen für Patientinnen und Patienten als ein wichtiger Bestandteil des Praxismanagements berücksichtigt werden.

Maßnahmen für einige Sonderfälle konnten ebenfalls viel Zustimmung gewinnen:

So sei bei Kindern mit Behinderung eine angepasste Vorgehensweise je nach Lebenssituation und Art der Behinderung gefragt (WS 1).

Die Kommunikation zum Thema Impfen sollte grundsätzlich an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientiert sein. Dazu ließe sich auch zählen, dass bei sprachlichen Verständigungsproblemen auf die Hilfe von Dolmetscherdiensten oder Videodolmetschern zurückgegriffen wird (WS 4).

Im Sonderfall der Geflüchteten bedeute ein gutes „Praxismanagement“, dass Informationen zu vorhandenen Untersuchungsergebnissen zeitnah an weiterbehandelnde Stellen übermittelt würden. Insbesondere die Folgeimpfungen gelte es sicherzustellen, eventuell durch Aktivitäten des ÖGD oder die Einschuluntersuchungen für geflüchtete Schulkinder (WS 4).

Genannt wurde noch der Vorschlag, bei Seniorinnen und Senioren die Vorsorgeuntersuchungen auch für Check-ups für Impfungen zu nutzen und auch das Präventionsgesetz umzusetzen.

5.2. Recall-Systeme für Patientinnen und Patienten

Das Thema Erinnerungs- und Terminmanagement (kurz: Recall) wurde in allen Workshops wiederholt angesprochen. Auffällig ist, dass es bei den Beiträgen zu diesem Thema kaum konträre Meinungen gab, sondern sich insgesamt ein hohes Maß an Zustimmung für Ansätze zur Erinnerung der verschiedenen Akteurinnen und Akteure findet. Der einzige Vorschlag, der hierbei auch Widerspruch erfahren hat, war der Ansatz, Patientinnen und Patienten durch die Krankenkassen erinnern zu lassen. Breite Zustimmung erhielten jedoch alle Ansätze, bei denen die Erinnerung durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt erfolgt (WS 1-4).

Bei der Erinnerung durch die Arztpraxis lassen sich grundsätzlich zwei Varianten identifizieren. Bei der ersten Variante erfolgt eine Erinnerung des Praxispersonals durch das System, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor Ort ist. Voraussetzung dafür ist, dass das System anhand der allgemeinen Daten (Alter o. ä.) aus der Patientenakte oder sogar anhand des elektronisch hinterlegten individuellen Impfstatus (eGK!?, s. auch Abschnitt 2.2.1) einen Hinweis auf derzeit mögliche Impfungen ausgibt. Es obliegt dann der MFA oder dem Arzt/der Ärztin, die Impfberatung als Zusatzangebot neben dem eigentlichen Anliegen für den Arztbesuch anzubieten (WS 1-3).

Eine zweite Variante besteht darin, dass die Arztpraxis aktiv diejenigen Patientinnen und Patienten einlädt (per Brief, Fax, E-Mail, SMS), für die eine Impfung empfohlen wird (beispielsweise zur Influenza-Impfung für die Personen, die älter als 60 Jahre sind). Hierzu wird vorab das Einverständnis benötigt.

Auch die stärkere Nutzung von Smartphone-Apps stieß auf breite Zustimmung. So sollte beispielsweise die STIKO-App bekannter gemacht werden. Aber auch andere, eigenverantwortlich zu nutzende Apps, die an die empfohlenen Impfungen erinnern, wurden diskutiert. Interessant scheint in dem Zusammenhang auch eine Integration der Impfeempfehlungen in bereits existierende und weit verbreitete Gesundheits-Apps (WS1 und 2).

5.3. Erinnerung von medizinischem Personal durch den betriebsärztlichen Dienst

Eine besondere Situation besteht bei der Erinnerung von medizinischem Personal an empfohlene Impfungen. Hier wurde in den Workshops argumentiert, dass eine Erinnerung nicht bloß durch die Hausärztin oder den Hausarzt, sondern auch durch die Arbeitsstelle (in Form des betriebsärztlichen Dienstes) erfolgen sollte. Demnach sollten auch hier Recall-Systeme eingeführt werden, die ergänzend zur Maßnahme einer regelmäßigen Kontrolle des Impfstatus aller Beschäftigten eine hohe Impfquote in den Gesundheitsberufen sicherstellen sollen. Varianten zur Umsetzung wären eine Erinnerung durch die Betriebsärztin oder den Betriebsarzt oder elektronische Lösungen zur Selbstkontrolle. Bereits zum Beginn des Arbeitsverhältnisses sollten hierfür eine Erhebung des Impfstatus

und ein Impfangebot im Rahmen der Einstellungsuntersuchung erfolgen (WS2).

6. Strukturelle Rahmenbedingungen und Voraussetzungen

6.1. Rechtlich

Aus mehreren Blickwinkeln wurde thematisiert, inwieweit eine stärkere Verpflichtung in einzelnen Bereichen möglich sein könnte. Neben einer möglichen verpflichtenden Teilnahme an den U10-, U11- und J2-Untersuchungen wurden Verpflichtungen insbesondere für das medizinische Personal diskutiert. Hier bestehen unterschiedliche Herangehensweisen. Zum einen sind Untersuchungen zum Arbeitsschutz gute Gelegenheiten, den Impfstatus zu aktualisieren, allerdings entspricht die Gefährdungsbeurteilung nicht immer der STIKO-Empfehlung und es lässt sich darüber keine Verpflichtung konstruieren. Dies ist jedoch über die neue gesetzliche Regelung nach § 23a IfSG möglich, bei der die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber Tätigkeiten an das Vorhandensein des Impfschutzes knüpfen können. Dies sollte stärker in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus sind auch aus krankenhaushygienischer Sicht nosokomiale Infektionen vermeidbar. Das sollte in den entsprechenden Verordnungen der Länder berücksichtigt werden, wie dies in Schleswig-Holstein eingeführt wurde. Dies könnte dann bei der Überwachung überprüft werden. In Alters- und Pflegeheimen könnte das WHO-Ziel von 75 % Influenza-Geimpfter in das Qualitätsmanagement als Indikator aufgenommen werden.

Bei schwer erreichbaren Gruppen wie bei nicht versicherten Kindern, aber auch Menschen in der JVA wurde die Frage aufgeworfen, wer sich hier stärker engagieren könnte. Dabei wurde insbesondere der ÖGD angesprochen. Im Kindesalter sollte für Kinder in Obhut des Jugendamtes eine Generalvollmacht für Impfungen nach STIKO-Empfehlung bestehen.

Unter mehreren Aspekten wurde angesprochen, dass unterschiedliche Länderregelungen zu harmonisieren wären und eine Plattform des gegenseitigen Austausches hierbei sinnvoll eingesetzt werden könnte.

6.2. Standesrechtlich

In erster Linie wurde bezüglich standesrechtlicher Fragen das fachübergreifende Impfen befürwortet. Dies betrifft mehrere Facharztgruppen – Pädiatrie, Gynäkologie, Betriebsmedizin. Wenig diskutiert wurde die Frage, inwieweit Apothekerinnen und Apotheker einzubeziehen wären. Auch die führende Rolle des ÖGD wurde nicht von allen Gruppen geteilt.

Im Rahmen der Fort- und Weiterbildung bestand Einigkeit, Impfungen in die Approbations- und Berufsordnung stärker zu integrieren und auch für weiteres medizinisches Personal verpflichtend vorzusehen.

6.3. Fachlich

Spezifisch fachliche Aspekte wurden in folgenden Workshops angesprochen:

Impfung für Kinder mit Behinderung (WS1-SG3): Es sollten angepasste Vorgehensweisen je nach

Lebenssituation und Art der Behinderung erarbeitet werden. Dabei wurde auch auf Stellungnahmen der Impfkommission der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. verwiesen.

Impfstoffe gegen Influenza (WS3-SG4) sollten weiterentwickelt werden und hier insbesondere für Seniorinnen und Senioren. Dabei wurde auch die Frage aufgeworfen, jedoch nicht näher kommentiert, inwieweit der Staat sich mehr in die Impfstoffforschung einbringen könnte. Darüber hinaus wurden weitere Studien zur Wirksamkeit vorgeschlagen. Diese sollte über Surveillance-Daten kontinuierlich ermittelt werden.

Für Impfungen von Migrantinnen und Migranten (WS4) wurde betont, dass für sie einheitliche Empfehlungen ausgesprochen, aber auch vollzogen werden sollten. Darüber hinaus sollten Seroprävalenzstudien in Aufnahmeeinrichtungen durchgeführt und am RKI gebündelt werden. Für die Hepatitis-B-Impfung sollten klare STIKO-Empfehlungen formuliert werden.

Speziell bei Seniorinnen und Senioren wurde angeraten, Impfen auch in nationalen und regionalen Gesundheitszielen „Gesund altern“ aufzunehmen.

6.4. Finanziell

Die finanziellen Rahmenbedingungen wurden für unterschiedliche Sachverhalte diskutiert. So wurden Handlungsbedarfe bei der Vergütung der ärztlichen Leistung gesehen. Sie sollten (neu) verhandelt werden und höher ausfallen, insbesondere was den Beratungsbedarf betrifft. Allerdings wurde diese Meinung nicht in

allen Gruppen einhellig geteilt. Darüber hinaus sollten auch für Forschungsvorhaben und die Surveillance ausreichende Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden. Im Hinblick auf den ÖGD war strittig, ob die Kostenübernahme klar genug geregelt sei (öffentliche Hand vs. GKV). In jedem Fall müsse der ÖGD gestärkt werden, um sich des Themas Impfen anzunehmen. Hierzu zählt auch die Frage, inwiefern sich der ÖGD auch nicht versicherter Kinder annehmen könnte. Nicht weiter diskutiert bzw. kommentiert wurde die Aussage, dass die Kosten für Impfstoffe gesenkt werden sollten.

Sponsoring von Medienkampagnen durch Pharmafirmen wurde kritisch gesehen bzw. sogar abgelehnt, selbst wenn sich unterschiedliche Firmen zusammenschließen würden und damit der Werbecharakter für ein spezifisches Produkt entfalle.

6.5. Personell

Wie bereits unter 6.4. aufgeführt, stand bezüglich personeller Ressourcen der ÖGD im Zentrum der Diskussion. Die Forderung nach einem Ausbau wurde hier herausgestellt. Inwiefern weitere, auch ehrenamtlich eingesetzte Personen (Streetworker und Streetworkerinnen) eingesetzt werden sollten, wurde nicht eindeutig von allen Gruppen befürwortet.

6.6. Rolle der Pharmaunternehmen

Die Impfstoffe, hier auch insbesondere für Seniorinnen und Senioren, sollten weiterentwickelt werden. Gleichzeitig sollte jedoch auch die Kostenübernahme sichergestellt sein, wenn neue Impfstoffe auf den Markt kommen. Phar-

mafirmen sollten sich an Fortbildungsangeboten beteiligen. Darüber hinaus könnte auch das Impfmanagement in Praxen unterstützt werden. Keinen eindeutigen Zuspruch gab es für die Forderung der Kostensenkung von Impfstoffen.

6.7. Rolle der Leistungsträger (Krankenkassen)

Es sollten Anreizsysteme gegenüber den Versicherten durch die GKV etabliert werden. Darüber hinaus wurde gefordert, dass die HPV-Impfung in allen KV-Regionen in den Sprechstundenbedarf aufgenommen werden sollte. Auch Verträge mit dem ÖGD und den Betriebsmedizinern sollten nachgebessert werden, damit sie stärker in Anspruch genommen werden.

Keine weitere Zustimmung fand ein Vorschlag, dass ein Abschlag gegenüber der Ärzteschaft eingeführt werden sollte, wenn kein Recall-System über die Praxissoftware installiert ist.

7. Vernetzung: Kooperationen mit bestehenden Maßnahmen, Projekten oder einzelnen Akteurinnen und Akteuren

Auch wenn in den vorangegangenen Kapiteln schon in anderen Zusammenhängen zum Teil Kooperationen erwähnt wurden, sollen an dieser Stelle Vernetzungsmöglichkeiten genannt werden, die für die jeweilige Lebenswelt gewinnbringend eingegangen werden könnten, um gemeinsam Impflücken besser und effektiver zu schließen. Hierbei geht es nicht in erster Linie um die eigentliche Durchführung der Impfungen, sondern eher um die Möglichkeiten, über Impfungen ins Gespräch zu kommen.

Für besonders lohnend in dieser Hinsicht wurden für die Gruppe der Erwachsenen sowie Seniorinnen und Senioren Seniorenverbände (WS3-SG1), kirchliche Aktivitäten, sonstige Freizeitaktivitäten wie Sportvereine, Chor etc. (WS2-SG3) erachtet. Ebenso könnten Apotheken ihre Kundinnen und Kunden direkt auf das Thema Impfen ansprechen (WS3-SG2).

Aus der Arbeitsgruppe zum Thema Kinder und Jugendliche mit Behinderung wurden insbesondere die Selbsthilfegruppen und die Fachgesellschaften erwähnt, auch mit dem Verweis darauf, dass eine Vernetzung fachübergreifend erfolgen und auch die sozialpädiatrischen Zentren eingebunden werden sollten (WS1-SG3).

Für die berufstätigen Erwachsenen bietet sich eine Vernetzung mit den Arbeitgebern und den betriebsärztlichen Diensten an, nicht nur in medizinisch-pflegerischen Einrichtungen, sondern auch in allen anderen Bereichen (WS2-SG4, WS3-SG3, WS4-SG4).

Für die Gruppe der Geflüchteten gab es Konsens, dass die Einbindung in das MiMi-Projekt vorteilhaft wäre (WS4-SG2, WS4-SG3), aber auch mit ehrenamtlichen Migrationshelferinnen

und Migrationshelfern (WS4-SG4) bzw. die Jugendämter als bestellte Betreuer für UMA (WS4-SG2) hilfreich sein können. Ebenso ist eine Kooperation über Kulturzentren denkbar (WS4-SG4).

Darüber hinaus sind je nach Zielgruppe auch weitere Akteurinnen und Akteure denkbar, über die einzelne Gruppen gut anzusprechen wären (z. B.: Heilsarmee) (WS2-SG4).

Die Überlegung, das Thema Impfen an das Disease-Management-Programm anzudocken, wurde mehrheitlich abgelehnt (WS3-SG1).

Literaturverzeichnis

1. Schreier, M. (2014). Ways of Doing Qualitative Content Analysis: Disentangling Terms and Terminologies. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 15(1). doi: <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-15.1.2043>

Hinweis:

Interessierte können auf Anfrage die transkribierten und kategorisierten Nennungen aus den Workshops als PDF-Datei zugeschickt bekommen. Anfrage bitte stellen an:
infektionsschutz@ms.niedersachsen.de

Verleihung des Posterpreises

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

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

² Universitätsmedizin Mainz, Projektkoordinator Stiftung „Kinder.Gesundheit.Mainz“, Mainz

Der Posterpreis wird von der Stiftung „Kinder. Gesundheit.Mainz“, vormals Stiftung Präventive Pädiatrie, bereitgestellt, die 1999 gegründet wurde. Sie 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. Dazu gehört auch die Anerkennung der wissenschaftlichen Leistungen mit präventiver Orientierung durch die jährliche Vergabe eines Förderpreises. Die Namensänderung soll diese Zielsetzung in einer allgemein verständlichen Form deutlich machen.

Schon bei der ersten Nationalen Impfkonzferenz, die 2009 in Mainz stattfand, wurde die Idee geboren, alle zwei Jahre die Auslobung am Ende dieser für die Kinderärzte und Kinderärztinnen wichtigen Veranstaltung vorzunehmen. Seither stellt die Stiftung ihren Förderpreis für jede Nationale Impfkonzferenz als Posterpreis zur Verfügung. Er beträgt 1.000 € und soll eine Signalwirkung haben, damit innovative oder zielführende Ansätze zur Steigerung der Impfraten in Deutschland eine breite Unterstützung erfahren. Das erfolgte auch bei der 5. Nationalen Impfkonzferenz in Oldenburg.

Der Fokus für die Auswahl der Preisträger lag in diesem Jahr in Übereinstimmung mit dem Konferenzmotto auf Postern, die sich mit der

Schließung der Impflücken in unterschiedlichen Lebenswelten befassen. Entsprechend dieser Schwerpunktsetzung wurden eine Reihe von Postern in die engere Wahl gezogen, wobei die Juroren (Dr. Brigitte Keller-Stanislawski, Dr. Anne Marcic, Prof. Dr. Bijan Kouros und Prof. Dr. Fred Zepp) die insgesamt sehr hohe Qualität der Poster der diesjährigen Konferenz hervorhoben. Deshalb wurden in diesem Jahr neben dem Posterpreis auch zwei Ehrenpreise vergeben.

Der Posterpreis wurde nach übereinstimmendem Urteil aller Juroren dem Poster „VacMap: Interaktive Online-Karte zum Impfquoten-Monitoring in Deutschland“ (PS29) von A. Wittig und T. Rieck zugesprochen. Damit wird die herausragende wissenschaftliche Leistung der Autoren von der Humboldt-Universität zu Berlin und dem Robert Koch-Institut auf dem Gebiet der klinischen Epidemiologie gewürdigt. Durch VacMap werden aktuelle, regionalisierte, jahrgangs- und altersgruppenspezifische Impfquoten aus Analysen der KV-Impfsurveillance öffentlich zugänglich. Damit ist es möglich, auf Nachhaltigkeit angelegte wissenschaftliche Projekte durchzuführen, die sich speziell mit Strukturen zum Thema Infektionsepidemiologie als valide Basis konkreter gesundheitspolitischer Entscheidungen befassen. VacMap ist nicht nur ein wichtiges Instrument zur Standortbestimmung auf nationaler und Landesebene.

Auch für alle Akteure vor Ort ist die interaktive Online-Karte sehr hilfreich und erlaubt mit hoher Genauigkeit, Impfquoten bis in die Kreisebene zu ermitteln. Für die niedergelassene Ärzteschaft ist es gewissermaßen ein Kontrollinstrument, weil man die Impfquote im eigenen Wirkungskreis erfahren und Vergleiche ziehen kann. Und der ÖGD kann mit Hilfe von VacMap konkrete Defizite erkennen und gemeinsam mit anderen gezielte Maßnahmen zu ihrer Beseitigung auf den Weg bringen.

Die Juroren haben sich dafür entschieden, neben dem Posterpreis zwei weitere Poster mit einem Ehrenpreis zu würdigen, die in besonderer Weise das Motto der diesjährigen Impfkongferenz aufgreifen. Dabei handelt es sich um folgende Poster:

- „Schule sucht Impfpass“ – Impfschutz-Initiative einer Berufsbildungsklasse (PS11) von M. Weber (Gesundheitsamt Landkreis Saarlouis) und C. Rupp (Technisch-Gewerbliches und Sozialpflegerisches Berufsbildungszentrum Saarlouis) und
- Impfprojekt „#Kleiner Pix, Mega Schutz ;)“ im Setting Berufsschule (PS19) von U. Traub, U. Rangwisch-Fellendorf, T. Schönauer (Gesundheitsdezernat, Landratsamt Ludwigsburg, Ludwigsburg)

In beiden Postern wird gezeigt, wie man lokal eine Zielgruppe, die wenig Arztkontakte hat, nicht nur erreichen, sondern auch motivieren kann, eine eigene Herangehensweise zu entwickeln und gewissermaßen als Katalysator in ihrer Altersgruppe zu wirken. Die Poster beschreiben Blaupausen für Projekte, die zukünftig auch an anderer Stelle aufgegriffen werden können. Dazu wollen die Juroren mit dieser Auszeichnung beitragen.

Hinweis:

Die drei von den Juroren ausgezeichneten Poster werden in voller Länge im Berichtsband wiedergegeben. Außerdem werden Kurzfassungen einer Reihe anderer Poster abgedruckt, um ihre besondere Qualität hervorzuheben (Teil 1) sowie die Titel, Autoren und Adressen der übrigen Poster (Teil 2). Nähere Einzelheiten zu den letztgenannten Postergruppen entnehmen Sie bitte dem Abstractband der Konferenz.

Posterbeiträge der Preisträger

VacMap: Interaktive Online-Karte zum Impfquoten-Monitoring in Deutschland

A. Wittig¹, T. Rieck²

¹ Brockmann Lab, Humboldt Universität zu Berlin und Robert Koch-Institut, Berlin

² Robert Koch-Institut, Fachgebiet Impfprävention, Berlin

Hintergrund

In der vom Robert Koch-Institut koordinierten KV-Impfsurveillance werden in einem Gemeinschaftsprojekt mit allen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) anonymisierte, ambulante Abrechnungsdaten der gesetzlich Krankenversicherten zeitnah ausgewertet. In Quer- und Längsschnittuntersuchungen wird unter anderem der Impfstatus auf Individualebene ermittelt und in regionalisierten, alters- und jahrgangsstratifizierten Impfquoten aggregiert dargestellt. Ergebnisse der Analysen sollen den Akteuren der Impfprävention einfach, komfortabel und anschaulich verfügbar gemacht werden. Die Web-Browser basierte, interaktive Datenvisualisierung hat sich zu einer effektiven Methode entwickelt, um komplexe Datenzusammenhänge intuitiv, anwenderfreundlich und plattformunabhängig zu vermitteln. Ziel der Arbeit war daher die Entwicklung eines Werkzeugs, das Impfquoten jahrgangs- und altersgruppenübergreifend auf einer interaktiven Online-Karte darstellt und zugänglich macht.

Methode

Eine interaktive Online-Karte sollte auf Basis von Daten aus der KV-Impfsurveillance am Bei-

spiel der Masern-Impfung erstellt werden. Mit etablierten Methoden der KV-Impfsurveillance wurden in einem retrospektiven Kohortenansatz für die Geburtsjahrgänge 2004 bis 2013 und Altersgruppen von 15 Monaten bis 6 Jahren Impfstoffdosen-spezifische Masern-Impfquoten auf Kreis-, KV- und Bundesland-Ebene sowie bundesweit berechnet (Rieck et al., 2014). Unter Nutzung einer Kombination der modernen Technologien HTML5, CSS, SVG, JavaScript und dem besonders erfolgreichen open-source Paket D3.js (data-driven documents) wurde die interaktive Visualisierung der Masern-Impfquoten im Web-Browser implementiert.

Ergebnisse

Im Rahmen des Projekts wurde erfolgreich die interaktive Online-Karte VacMap entwickelt und im April 2017 veröffentlicht (s. Abbildung). VacMap ermöglicht dem Anwender, verschiedene qualitative und quantitative Aspekte der Daten zu visualisieren, zu vergleichen und zu explorieren. Dazu wurden Funktionen wie regionales Zoomen, die Selektion von Geburtsjahrgängen und Altersgruppen implementiert. VacMap ermöglicht selektive Report-Exports, die dem Anwender in Form automatisierter, tabellarischer Zusammenfassungen als Download zur

Verfügung stehen. Ein wesentlicher Aspekt der Online-Karte ist die direkte Verbindung mit dem Datenbank-Server der KV-Impfsurveillance. Aktualisierungen bzw. Erweiterungen von Analysen werden damit automatisch in der Karte abbildbar.

Diskussion

Aktuelle, regionalisierte, jahrgangs- und altersgruppenspezifische Impfquoten aus Analysen der KV-Impfsurveillance werden neben regelmäßigen Veröffentlichungen wie unter anderem im Epidemiologischen Bulletin des Robert Koch-Instituts (Rieck et al., 2017) durch VacMap öffentlich zugänglich. Die visualisierten und abrufbaren Informationen können unter anderem auf lokaler Ebene Jahrgänge mit niedrigen Impfquoten identifizieren und somit die

Durchführung kleinräumiger und zielgerichteter Interventionen zur Schließung von Impflücken unterstützen. VacMap ist modular konzipiert und wird um die Darstellung weiterer Surveillance-Kontexte erweitert.

VacMap ist zu erreichen unter: www.vacmap.de

Literaturverzeichnis

1. Rieck T, Feig M, Eckmanns T, Benzler J, Siedler A, Wichmann A: Vaccination coverage among children in Germany estimated by analysis of health insurance claims data. Hum Vaccin Immunother 2014; 10(2): 476–484.
2. Rieck T, Feig M, Wichmann O, Siedler A: Aktuelles aus der KV-Impfsurveillance – Impfquoten der Rotavirus-, Masern-, HPV- und Influenza-Impfung in Deutschland. Epid Bull 2017; 1:1–12.

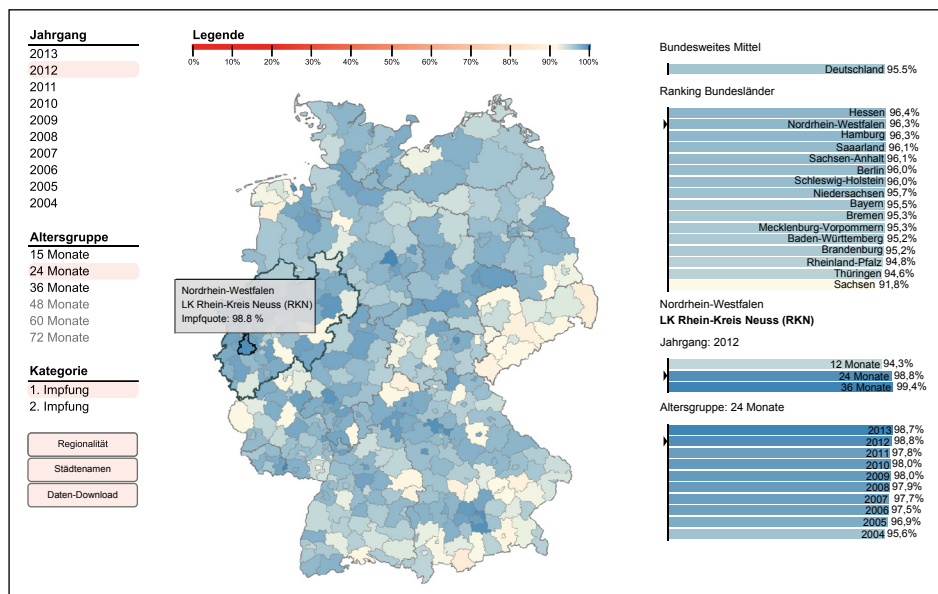


Abbildung: Das Menü (links) ermöglicht u. a. die Auswahl der Datensätze nach Jahrgang, Altersgruppe und Dosis, den Wechsel der Darstellung von Kreis- auf Bundeslandebene sowie den Download der Daten. Die Balkendiagramme (rechts) stellen bundesweite Gesamtwerte und regionale Ranglisten dar und bieten die Möglichkeit zum Jahrgangs- und Altersgruppenvergleich.

Impfprojekt „#Kleiner Pix, Mega Schutz ;)“ im Setting Berufsschule

U. Traub, U. Rangwich-Fellendorf, T. Schönauer
Gesundheitsdezernat, Landratsamt Ludwigsburg, Ludwigsburg

Fragestellung

Im Jugendalter reicht der Impfschutz aus der Kindheit oft nicht mehr ohne Auffrischung aus. Studien aus Sachsen-Anhalt (Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. 2010) und Nordrhein-Westfalen (Roggendorf 2012) zeigen größere Defizite beim Impfstatus von Berufsschülern.

Jugendliche und junge Erwachsene sind selten bei einem Arzt/einer Ärztin, gehen häufig auf Rucksack- und Last-Minute-Reisen, sind berufsbedingten Gefahren ausgesetzt und spielen besonders in Gesundheitsberufen eine Rolle als Multiplikatoren. Es gibt eine hohe Anzahl von Schülern mit Migrationshintergrund, die häufig ihre Herkunftsländer besuchen.

Wie sieht der Impfschutz bei Schülern am beruflichen Schulzentrum (Oscar-Walcker-Schule, Mathilde-Planck-Schule und Robert-Franck-Schule) im Landkreis aus? Kann das Wissen und die Einstellung zum Thema Impfung durch kreative Einbindung von Schülern verbessert werden?

Diese Studie wurde zusammen mit den Kooperationspartnern Robert-Franck-Schule, Mathilde-Planck-Schule, Oscar-Walcker-Schule, Kreisärzteschaft Ludwigsburg, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte bzw. -ärztinnen

im Landkreis Ludwigsburg, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Krebsverband Baden-Württemberg e.V. und Ade Druck durchgeführt.

Material und Methode

1. Fachliche Einführung mit Experten zu den Themen
 - Impfungen allgemein
 - Reiseimpfungen
 - Krebs und Impfung
 - Impfung gegen FSME
 - Impfungen gegen „Kinderkrankheiten“ bei Erwachsenen
2. Plakatwettbewerb zu den gleichen Themen mit einer Jury bestehend aus einer jungen Medienstudentin, einem Graphik- und Druckexperten, einer Künstlerin und einer Ärztin; Prämierung eines Siegerplakates zu jedem Themenbereich; Bearbeitung durch eine Graphikerin und Druck der Plakate (jeweils 300 Stück)
3. Erste Fragebogen-Aktion und Überprüfung der Impfausweise: Erstellung der Fragebögen durch die Schüler der Robert-Franck-Schule mit Unterstützung des Gesundheitsdezernates und des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg; Durchführung der ersten Fragebogenaktion und Überprüfung von Impfausweisen

durch Mitarbeiter des Gesundheitsamtes

Ergebnisse

4. Plakataktion – Aushang von 300 Plakaten eines Motivs flächendeckend im Schulzentrum (Zimmertüren, Schwarze Bretter, Toiletten etc.) über fünf Wochen mit Wechsel des Motivs jede Woche
 5. Zweite Befragung und Impfausweis-Überprüfung
 6. Auswertung und Abschlussveranstaltung
- 217 Berufsfachschüler (BS = 86) und Gymnasiasten (GYM = 131) nahmen an der ersten Befragung teil, 396 an der zweiten (BS = 102; GYM = 294). Laut Abbildung 1 kannte nur jeder 10. die HPV-Impfung, jeder 4. die Diphtherie- und Pneumokokken- und jeder 2. die FSME-Impfung. Nach der Plakataktion stieg die HPV-Kennntnis von 11 % auf 30 %, Diphtherie von 26 % auf 32 % und FSME von 44 % auf 51 %.

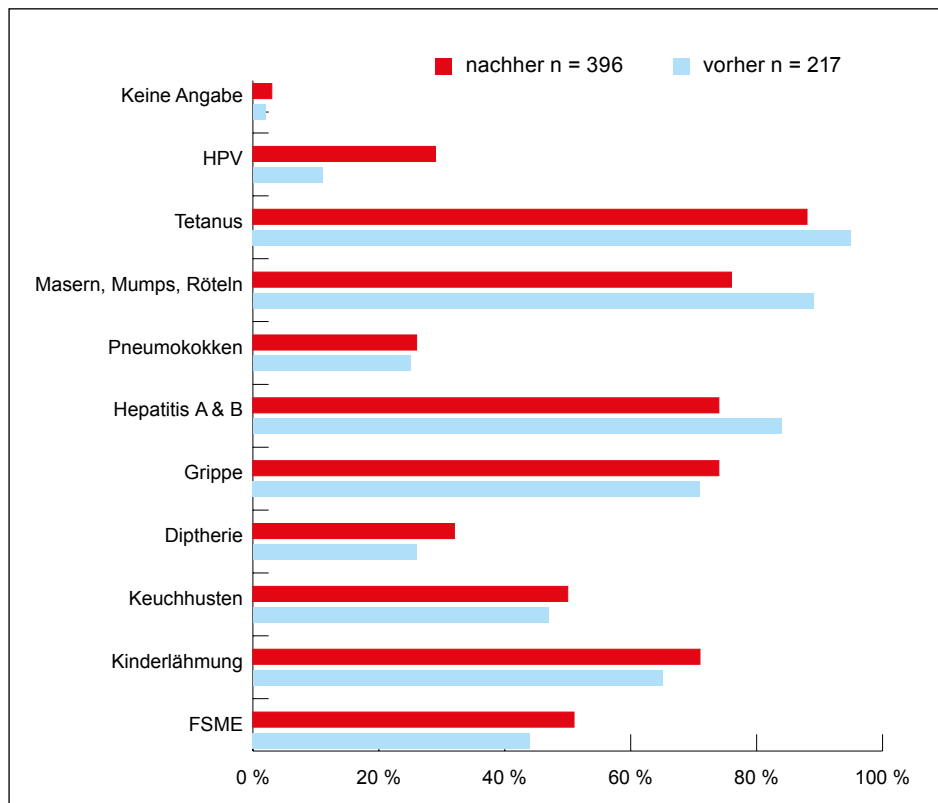


Abb. 1: Kenntnis über Impfungen BS + GYM, n = 613

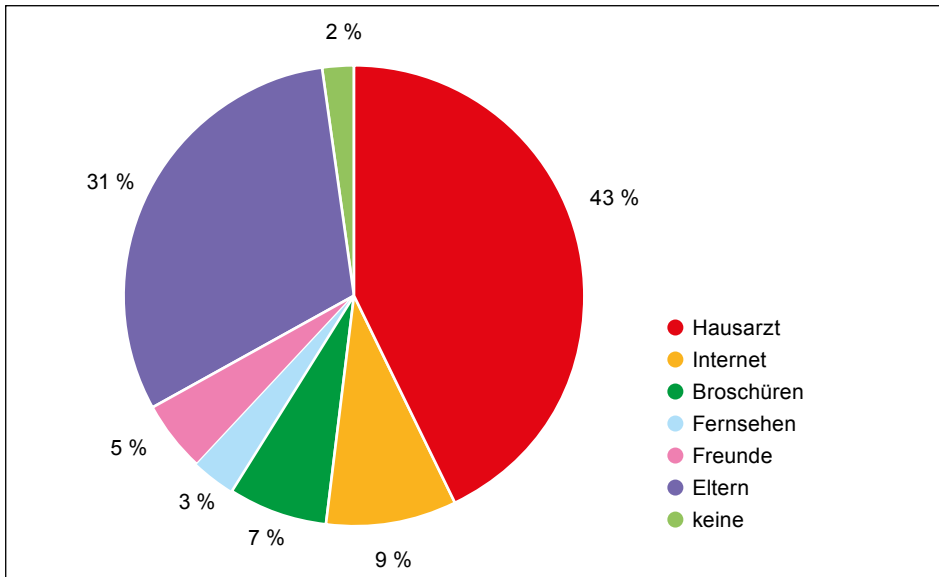


Abb. 2: Zweite Befragung: Informationsquellen zu Impfungen n = 396

Als Informationsquelle spielten Ärztinnen und Ärzte die größte Rolle mit 43 %, Eltern die zweitgrößte mit 31 %. Internet (9 %) und Freunde (5 %) haben eine untergeordnete Rolle. Vor der Aktion fühlten sich nur 28 % der BS gut oder sehr gut über Vor- und Nachteile des Impfens informiert, danach 47 %.

Ca. 70 % der Befragten finden das Thema Impfen wichtig oder sehr wichtig. 25 % der BS und 30 % der GYM waren bei der ersten Befragung für eine gesetzliche Impfpflicht, bei der 2. Befragung waren es 52 % und 37 %.

Es wurden große Defizite bei Wissensfragen rund ums Thema Impfen festgestellt, z. B. wussten nur 10 % der BS und 21 % der GYM, dass die Grundimmunisierung bei Hepatitis B aus 3 Impfungen besteht. Nach der Aktion stieg die Kenntnis darüber bei BS auf 21 %.

Die große Mehrheit hat die Plakate während der Aktion wahrgenommen. Fast die Hälfte der BS und ein Drittel der GYM fanden die Plakate inhaltlich „sehr ansprechend“ oder „ansprechend“. Gestalterisch ansprechend fanden es fast 60 % der BS und 44 % der GYM. Über 70 % der Schüler fanden es gut, dass junge Menschen Plakate für ihre Mitschüler erstellen. Drei Viertel der Befragten wollten, dass diese Aktion auch an anderen Schulen angeboten wird.

Impfausweise wurden bei 234 Personen überprüft. Generell waren GYM besser geimpft als BS, außer bei Hepatitis-A-, FSME- und Windpocken-Impfung. Größere Defizite wurden sogar bei Tetanus- und Masern-Impfung festgestellt. Niedrige Durchimpfungsraten wurden bei Windpocken (24 % BS, 8 % GYM), HPV (31 %, 37 %) und Keuchhusten (66 %, 64 %) festgestellt (Abb. 3).

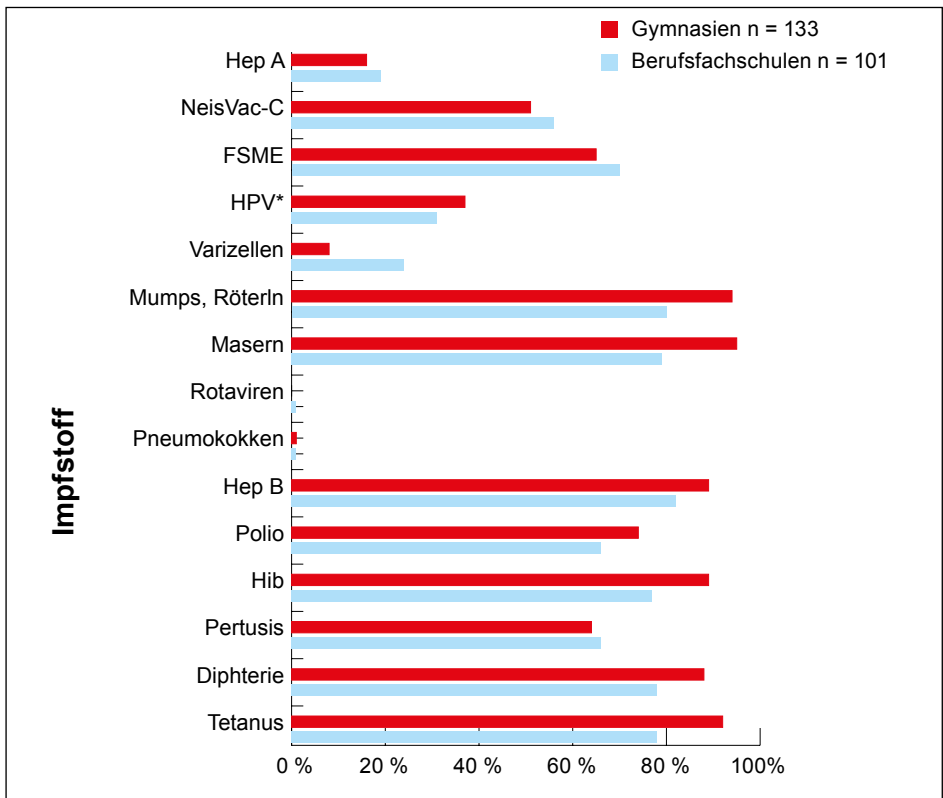


Abb. 3: Vergleich des Impfstatus in verschiedenen Schularten, n = 234

Diskussion

Es gibt eine Diskrepanz zwischen Eigenwahrnehmung und tatsächlichem Wissen bei Impfstoffen. Der Impfstatus in dieser Altersgruppe ist defizitär. Obwohl die meisten Schüler das Thema Impfen als wichtig erachten, war es sehr schwierig, diese Zielgruppe zur Impfung zu motivieren. Eventuell können neue Medien in der Kommunikation mit Jugendlichen sowie Impfangebote an der Schule zu einer Verbesserung des Impfstatus beitragen.

Schlussfolgerung

Es besteht Handlungsbedarf, den Impfstatus von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu verbessern. Ärztinnen und Ärzte sollten ihre Rolle als die wichtigste Informationsquelle nutzen und zu einer Verbesserung des Impfstatus beitragen. Wissen und Einstellung kann durch kreative Partizipation von Schülern verbessert werden.

„Schule sucht Impfpass“ – Impfschutz-Initiative einer Berufsbildungsklasse

M. Weber¹, C. Rupp²

¹ Gesundheitsamt Landkreis Saarlouis, Saarlouis

² Technisch-Gewerbliches und Sozialpflegerisches Berufsbildungszentrum (TGSBBZ), Saarlouis

Fragestellung

Eine Oberstufenklasse der Fachrichtung Gesundheit und Soziales eines technisch-gewerblichen und sozialpflegerischen Berufsbildungszentrums setzte sich 2015 zum Ziel, das im Unterricht erworbene Wissen zum Thema Impfschutz in Eigeninitiative im Umfeld der Schule weiter zu vermitteln. Das kommunale Gesundheitsamt sagte auf Anfrage fachliche Begleitung zu. Durch die Initiative sollte die gesamte Schule für das Interesse am persönlichen Impfschutz sensibilisiert werden.

Material und Methode

Die Klasse (11 SchülerInnen, mittleres Alter 18,5 Jahre) erarbeitete zunächst eigenes (im Stoffplan der Oberstufe enthaltenes) Fachwissen zu den Themen Immunsystem, Infektionskrankheiten, Impfschutz. Zusätzlich bat sie das Gesundheitsamt um Fortbildung. Anschließend erstellte die Klasse einen anonymen Fragebogen zum Thema Impfschutz unter dem Motto „Schule sucht Impfpass – Impfen schützt dich und mich“ (s. Abb. 1). Das Gesundheitsamt motivierte die Schülerinnen und Schüler durch ein Informationsblatt zur Teilnahme am Projekt (s. Abb. 2). Die Klasse wertete selbst die rückläufigen Fragebögen aus, präsentierte die Ergebnisse und erstellte Poster auf der

Abschlussveranstaltung. Das Gesundheitsamt führte bei Impfbuchvorlage Impfberatungen durch.

Ergebnisse

704 (43 % von gesamt 1.630) Schülerinnen und Schüler erhielten den anonymen Fragebogen. Die Rücklaufquote betrug 44 % (313 Fragebögen). Die Auswertung ergab u.a. Folgendes: Die Frage „Impfpass vorhanden“ beantworteten 98,4 % mit ja und nur 1,6 % mit nein. „Einstellung zum Impfen“ ist den Antworten zufolge bei 76,5 % positiv und bei 7,1 % negativ, 16,4 % war es „egal“. Weitere Angaben betrafen z.B.: Impfung 2 x gegen Masern (89,5 %), 3 x gegen Hepatitis B (71,3 %), 3 x HPV bei jungen Frauen (63,5 %) sowie 3 x mindestens gegen Tetanus (95,9 %), Diphtherie (89,2 %), Polio (90,9 %) und Pertussis (86,3 %).

Diskussion

Durch die Fragebogenaktion konnte eine einzelne Klasse (s. Abb. 3) im Setting eines Berufsbildungszentrums in der gesamten Schule großes Interesse an persönlichem Impfschutz wecken. Angestrebtes Ziel der Klasse „Sensibilisierung der Schülerschaft – Befasse Dich mit deinem Impfbuch – Übernimm durch eigenen Impfschutz Verantwortung für Dein Umfeld“

wurde erreicht. Die große Mehrheit der Beteiligten (76,5 %) hielt sicheren Impfschutz für wichtig. Aber auch die übrigen Jugendlichen müssen erreicht werden. Bei der Auswertung der Fragebögen wurden Impflücken ersichtlich. Neben weiteren Informationskampagnen ist auch die Gestaltung der Impfbücher zu überdenken. Denn viele Jugendliche brachten zum Ausdruck, dass die Impfbucheinträge schwer zu verstehen sind.

Schlussfolgerung

Die Initiative kann vorbildhaft für andere Berufsbildungszentren und auch für Universitäten sein. Die besonderen Kompetenzen von jungen Studierenden in Ausbildungsgängen für Gesundheitsberufe, die die Themen Infektionskrankheiten und Impfschutz im Lehrplan bearbeiten, können zur Verbesserung des Impfschutzes innerhalb der Altersgruppe der jungen Erwachsenen genutzt werden. Unterstützung durch Lehrende, den Öffentlichen Gesundheitsdienst, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist dabei unbedingt von Vorteil.

Schulbefragung unter dem Motto „Schule sucht den Impfpass“ Seite 2 1. Wie ist deine Einstellung zum Impfen? A ☐ positiv B ☐ negativ C ☐ egal 2. Ist dein Impfpass vorhanden? A ☐ ja B ☐ nein 3. Impfung gegen Tetanus (Wundstarrkrampf) A ☐ ja, mindestens 3 Mal B ☐ letzte Impfung vor 2008 C ☐ letzte Impfung nach 2008 D ☐ nein oder weniger als 3 Mal 4. Impfung gegen Diphtherie A ☐ ja, mindestens 3 Mal B ☐ letzte Impfung vor 2008 C ☐ letzte Impfung nach 2008 D ☐ nein oder weniger als 3 Mal 5. Impfung gegen Pertussis (Keuchhusten) A ☐ ja, mindestens 3 Mal B ☐ letzte Impfung vor 2008 C ☐ letzte Impfung nach 2008 D ☐ nein oder weniger als 3 Mal 6. Impfung gegen Polio (Kinderlähmung) A ☐ ja, mindestens 3 Mal B ☐ letzte Impfung vor 2008 C ☐ letzte Impfung nach 2008 D ☐ nein oder weniger als 3 Mal 7. Impfung gegen Hepatitis B A ☐ ja, mindestens 3 Mal B ☐ nein oder weniger als 3 Mal	Schulbefragung unter dem Motto „Schule sucht den Impfpass“ Seite 3 8. Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln A ☐ ja, mindestens 2 Mal B ☐ nein oder weniger als 2 Mal 9. Impfung gegen Varizellen (Windpocken) A ☐ ja B ☐ nein 10. Impfung gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) A ☐ ja, mindestens 3 Mal B ☐ nein oder weniger als 3 Mal 11. Impfung gegen echte Grippe (Influenza) 2013/2014 A ☐ ja B ☐ nein 12. Alter A ☐ jünger als 18 B ☐ älter als 18 13. Geschlecht A ☐ weiblich B ☐ männlich 14. Staatsangehörigkeit A ☐ deutsche Staatsangehörigkeit B ☐ andere Staatsangehörigkeit
---	--

Abb. 1: Der von der Klasse entwickelte Fragebogen



Info vom Gesundheitsamt Saarouis

An alle Klassen im TGFBBZ,
die sich an der anonymen Impfschutz-Befragung
der Klasse 12 beteiligen!



„Schule sucht den Impfpass“ – Impfen schützt dich und mich –

Bitte macht alle mit bei der Fragenaktion!
Das Gesundheitsamt findet die Idee Eurer
Klasse 12 im Grundkurs Gesundheit ganz prima.
Durch eine gute Teilnahme gebt Ihr ein Vorbild
für andere Schulen. Daher wird es für die Klasse
mit den meisten Rückmeldungen von uns
einen kleinen Überraschungspreis geben!
Also, sucht Eure Impfbücher und gebt der
Klasse 12 viele Rückmeldungen!



Freundliche Grüße vom Gesundheitsamt!

P.S. I: Bei Fragen beraten wir gerne! gesundheitsamt@kreis-saarouis.de
P.S.III: Die Lehrerinnen und Lehrer sollen auch auf die Suche gehen ...!

Abb. 2: Motivierende Information vom Gesundheitsamt



Abb. 3: Projektklasse mit den Autoren C. Rupp und Dr. M. Weber

Vorgestellte Posterbeiträge – Teil 1: von Juroren ausgewählte Posterbeiträge

Das Verhalten von Jugendlichen bei der Informationssuche im Internet zum Thema Impfen und Implikationen daraus am Beispiel des Impfpräventionsprojekts „Mach den Impfcheck“

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

Die Initiative „Mach den Impfcheck“ möchte Jugendliche über die Wichtigkeit von Impfungen aufklären und für das Thema sensibilisieren. Neben der Kampagnen-Website werden Social Media-Kanäle bespielt. Zur Evaluation der Onlinekommunikation der Initiative wurde das Verhalten der Zielgruppe bei der Informationssuche im Internet zum Thema Impfen erfasst. Bei einer täglichen Nutzung von 245 Minuten macht die Informationssuche einen Anteil von 14 % aus. 87 % der 14- bis 29-Jährigen geben an, mindestens einmal

wöchentlich nach Informationen zu suchen. In Bezug auf die Nutzung von Social Media-Kanälen ist Facebook weiterhin beliebt (49 % täglich, 70 % mindestens wöchentlich). Jedoch verzeichnen Instagram (37 % mindestens wöchentlich) und Snapchat (23 % mindestens wöchentlich) bei der Nutzungshäufigkeit in den jungen Altersklassen einen großen Zuwachs. Stark zugenommen hat zudem die Nutzung von Bewegtbildangeboten: Über die Hälfte (51 %) schauen täglich Videos auf Videoportalen, 79 % mindestens wöchentlich.

10 Jahre Impfbrief.de

H. Thiesemann-Reith¹, F. Zepp², H.-J. Schrörs³

¹ Impfbrief.de

² Kinderklinik und Kinderpoliklinik der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz

³ GZIM-Gesellschaft zur Förderung der Impfméizin mbH, Berlin

Mit dem Siegeszug der neuen Medien sind die klassischen Verlage stärker unter finanziellen Druck geraten. Mit zunehmender wirtschaftlicher Abhängigkeit von Anzeigen aus der Industrie sinkt auch die Wahrscheinlichkeit, dass ein Medium kritisch über einen wichtigen Anzeigenkunden berichtet. Um ein unabhängiges Magazin zum Thema Impfen zu etablieren, wurde im April 2007 das online-Magazin Impfbrief.de für medizinische

Fachkreise gegründet. Die finanzielle Unabhängigkeit wird u. a. durch Zuwendungen der Stiftung Kinder.Gesundheit.Mainz gewährleistet. Die Themenwahl ist frei von jeglichem industriellen, staatlichen oder Verbandsinteressen (z. B. Vergleiche zwischen Impfstoffen, strukturelle Impfhindernisse, Impfstoffsicherheit). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat den Impfbrief als Mitglied in das www.vaccinesafetynet.org aufgenommen,

VORGESTELLTE POSTERBEITRÄGE – TEIL 1: VON JUROREN AUSGEWÄHLTE POSTERBEITRÄGE
IMPAKTIVITÄTEN FÜR BESONDERE ZIELGRUPPEN, WIRKSAMKEITSSTUDIEN, UNERWÜNSCHTE
ARZNEIMITTELWIRKUNGEN (UAW), INNOVATIONEN

zu dem nur nichtkommerzielle Websites Zugang haben. Dieses Netzwerk soll u. a. ein Gegenge-

wicht zu Websites von Impfgegnern schaffen und internationale Zusammenarbeit fördern.

STIKO@rki: Alle Infos zum Impfen in einer App

B. Bödeker, J. Koch, S. Buck, A. S. Lang, O. Wichmann

Robert Koch-Institut (RKI), Berlin

Um sowohl dem Informationsverhalten als auch dem Informationsbedarf der Ärzteschaft gerecht zu werden und die direkte Kommunikation zwischen der Ständigen Impfkommission (STIKO) und den impfenden Ärztinnen und Ärzten zu verstärken, wurde die Impf-App „STIKO@rki“ für Ärztinnen und Ärzte entwickelt. Sie beinhaltet neben den aktuellen STIKO-Impfempfehlungen eine Vielzahl weiterer Informationen und Features zum Thema Impfen. Eine Besonderheit stellt der interaktive Impfcheck für Standard- und Nachholimpfungen dar. Darüber hinaus sind unter anderem abrufbar: Empfeh-

lungen zu Indikationsimpfungen für Risikogruppen und zur postexpositionellen Prophylaxe, Fachinformationen zu allen Impfstoffen, Antworten auf häufig gestellte Fragen zu Impfungen sowie die RKI-Ratgeber für Ärztinnen und Ärzte zu impfpräventablen Erkrankungen, Nachrichten über aktuelle Informationen und Stellungnahmen der STIKO und weitere wichtige impfspezifische Meldungen. Die App ist kostenlos für Android und iOS und demnächst auch für das Betriebssystem Windows verfügbar. Sie ist hinsichtlich Datenschutz und Datensicherheit TÜV-zertifiziert und frei von Werbung.

Aktuelle Arbeitsschwerpunkte der Nationalen Lenkungsgruppe Impfen (NaLI)

C. Brennkemeyer¹, M.-S. Ludwig¹, S. Speiser¹, U. Nennstiel-Ratzel²,

G. Hölscher², F. Feil³, C. Schröder³, B. Liebl², A. Zapf²

¹ Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Erlangen

² Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Oberschleißheim

³ Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Hannover

Um den Impfschutz der Bevölkerung weiter zu verbessern, wurde 2011 der Nationale Impfplan (NIP) verfasst und 2016 die Nationale Lenkungsgruppe Impfen gegründet (NaLI), in der neben den Gesundheitsministerien von Bund und Ländern der G-BA, die STIKO, Krankenkassen, Ärzteschaft und thematisch relevante Bundesbehörden als Mitglieder oder ständige Gäste vertreten

sind. Die Arbeit der NaLI wird unterstützt und koordiniert durch die Geschäftsstelle NIP am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Bei der zweiten NaLI-Sitzung wurde die Einrichtung einer Arbeitsgruppe zur Elimination der Masern und Röteln beschlossen. Eine zweite Arbeitsgruppe beschäftigt sich mit Herausforderungen und Möglichkeiten, die sich

aus dem 2015 verabschiedeten Präventionsgesetz ergeben. Beide haben im Frühjahr 2017 ihre Arbeit aufgenommen. Es ist geplant, die erarbei-

teten Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen jeweils innerhalb der NaLI abzustimmen und Empfehlungen an die betroffenen Akteure weiterzugeben.

Der Impfbus der Charité schließt wirksam Impfücken bei geflüchteten Bewohnern von Not- und Gemeinschaftsunterkünften

C. Hartmann, A. Solarek, T. Haschke, Z. Kartal, J. Seybold

Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin

2015 sind in Berlin ca. 80.000 Flüchtlinge angekommen. Jedoch erst im März 2016 wurde eine zentrale Stelle für die Erstuntersuchungen im Land Berlin eröffnet und diese mit einem Impfangebot für Flüchtlinge verbunden. Durch den späten Beginn dieser Maßnahmen konnten viele Flüchtlinge nicht erreicht werden. Um nachträglich einen Großteil der Geflüchteten mit einer Impfberatung anzusprechen, musste ein niedrigschwelliges Angebot ohne Sprachbarrieren geschaffen werden. Dieses Ziel wurde mit einer zweistufigen mobilen Lösung erreicht. Im ersten Schritt wurden die Flüchtlinge mittels Impfschuttle zur Erstuntersuchungsstelle gefahren, in einem zweiten fuhr der mobile Impfbus

in die Unterkünfte (mit Videodolmetschen direkt im Bus). Über den Impfschuttle konnten in 7 Monaten 10.512 Flüchtlinge aus 120 Notunterkünften dem Impfangebot zugeführt werden. Von November 2016 bis zum Abschluss der Aktion Ende März 2017 konnten mit dem Impfbus 6.300 Geflüchtete in 50 Unterkünften vor Ort erreicht werden. Insgesamt haben mit den mobilen Impfangeboten in Verbindung mit der Erstuntersuchungsstelle seit 1. März 2016 2.700 Personen ein Impfangebot erhalten. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass beide mobile Konzepte (Impfschuttle und Impfbus) wirksame Maßnahmen darstellten, um den Impfschutz unter den Geflüchteten zu verbessern.

Wirksamkeit des tetravalenten Lebendimpfstoffes und inaktivierter Influenzaimpfstoffe gegen eine laborbestätigte Influenza A bei Kindern und Jugendlichen, 2015/16 und 2016/17

C. Helmeke¹, A. Möhl², L. Gräfe¹, D. Ziehm², A. Baillot², H.-M. Irmscher¹, J. Dreesman²

¹ Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (LAV), Magdeburg

² Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Hannover

Seit 2007 führen das Niedersächsische Landesgesundheitsamt und das Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt eine ver-

gleichbare Virologische Surveillance in ihren Bundesländern durch. Dabei erfolgte in den Influenzasaisons 2015/16 und 2016/17 die Be-

stimmung der Impfeffektivität (VE) des tetra-valenten Lebendimpfstoffs (LAIV4) und der inaktivierten Influenzaimpfstoffe (IIV) gegen eine laborbestätigte Influenza bei Kindern und Jugendlichen. Diese Studie weist auf eine vergleichbar gute Wirkung des LAIV4 und der IIV gegen A(H3N2) bei 2- bis 17-jährigen Kindern in der Saison 2016/17 hin. In der Saison 2015/16 indizierte die Schätzung der VE eine hohe präventive Wirkung der IIV gegen A(H1N1)pdm09 bei 2- bis 6-jährigen Kindern. Dagegen schien

LAIV4 diese Altersgruppe kaum gegen A(H1N1)pdm09 geschützt zu haben. Ähnliche Schlussfolgerungen wurden in den USA vom CDC gezogen. Diese Ergebnisse wurden der Fachöffentlichkeit zur Verfügung gestellt und konnten dazu beitragen, entsprechende Impfempfehlungen anzupassen. Um die scheinbar geringe Wirksamkeit von LAIV4 gegen A(H1N1)pdm09 zu klären, ist eine Fortsetzung der Überwachung der Impfeffektivität bei Kindern notwendig.

Länderinitiative ÖGD: 6 Jahre Surveillance des Impfstatus in 6., 8. und 10. Klassen – Daten für Taten

G. Ellsäßer¹, S. Gottschalk¹, G. Trost-Brinkhues²

¹ Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit des Landes Brandenburg, Zossen

² KJGD der Städteregion Aachen i. R., FA KJGD im BVÖGD, Aachen

In Deutschland ist die Surveillance der Durchimmunisierung der Bevölkerung nur für die Schulanfänger und nicht für andere Altersgruppen (z.B. Jugendliche) auf Länderebene gesetzlich verpflichtend. Viele Bundesländer überprüfen jedoch im Rahmen ihrer schulärztlichen Untersuchungs- und Impfprogramme den Impfstatus der Schülerinnen und Schüler in Schulen und weisen auf Impflücken hin. Auf Initiative des Fachausschusses Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im BVÖGD und unter Federführung des Brandenburger Landesgesundheitsamtes wurden seit dem Schuljahr

2008/2009 die in 8 Bundesländern verfügbaren Impfdaten von Schülerinnen und Schülern in 6., 8. und 10. Klassen zusammengefasst, bewertet und veröffentlicht.

Die Entwicklung des Impfstatus der Schülerinnen und Schüler ab der 6. Klasse im Zeitraum 2008/9-2014/15 zeigt, dass das ambulante medizinische Versorgungssystem die Jugendlichen nicht ausreichend erreicht. Notwendig sind systematische Programme mit Überprüfung der Impfausweise der Jugendlichen in Schulen in allen Bundesländern.

Impfstatus bei Kindern in Waldorf-Kindertageseinrichtungen

G. Pfaff, A. Leher, A. Fechner, N. Ouédraogo
Landesgesundheitsamt BW, Stuttgart

In Baden-Württemberg können Waldorf-Kindertageseinrichtungen eigene schulärztliche Untersuchungen durchführen, wenn die Gleichwertigkeit der Untersuchungen gewährleistet ist. Dies gestattet einen Vergleich der Impfquoten zu 91.653 Kindern, die 2014/15 durch den ÖGD (90.653) oder im Auftrag der Waldorf-Einrichtungen (1.247) untersucht wurden. Ungeimpft gegen Poliomyelitis waren 2,5 % bzw. 20,2 %. Gegen Masern waren ungeimpft 4,9 %/34,0 %, wenigstens einmal geimpft 95,1 %/66,0 % und wenigstens zweimal geimpft 89,2 %/55,1 %. Daraus folgt, dass es derzeit in Waldorf-Kindertageseinrichtungen eine große Zahl von Masernempfänglichen geben kann,

um bei Einschleppung von Masernviren Ausbrüche zu verursachen. 2015 hat die Gesellschaft Anthroposophischer Ärztinnen und Ärzte in Deutschland ihre Positionen zur Masernimpfung an die epidemische Lage angepasst; die Impfentscheidung sei zu überdenken, falls es bis zum Erreichen des Schulalters, spätestens aber ab dem Einsetzen der Pubertät nicht zu einer Masernerkrankung gekommen sein sollte. Die beobachteten Impfquoten reflektieren dies bisher noch nicht. Nicht alle Familien, deren Kinder eine Waldorf-Kindertageseinrichtung besuchen, folgen den Konzepten der anthroposophischen Medizin.

Erhebung des Immunstatus bei Beschäftigten in medizinischen Einrichtungen – ist die IfSG-Neuerung im § 23a in Krankenhäusern in NRW bekannt und wird sie umgesetzt?

S. Thole, C. Ganser, A. Jurke, I. Daniels-Haardt
Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Münster

Durch das Präventionsgesetz wurden Änderungen im Infektionsschutzgesetz (IfSG) wirksam, die auf die Vermeidung impfpräventabler, nosokomialer Infektionen abzielen. Durch § 23a IfSG haben Arbeitgeber medizinischer Einrichtungen das Recht – sofern es zur Verhinderung nosokomialer Infektionen erforderlich ist – personenbezogene Daten zum Immunitätsstatus der Beschäftigten zu erheben und zu nutzen. Eine Onlinebefragung von Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhäuser zeigte, dass der

§ 23 a IfSG in NRW fast allen Befragten bekannt war, jedoch nur wenige Häuser von dem Fragerecht bereits Gebrauch machen. Oftmals existieren keine Verfahrensanweisungen zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Immunitätsdaten und Beschäftigungsverhältnisse werden häufig nicht vom Nachweis der Immunität abhängig gemacht. Eine Überprüfung der Immunität betrifft in erster Linie Risikobereiche wie z.B. pädiatrische Stationen. Als Hinderungsgründe für die Umsetzung wurden z.B.

arbeitsrechtliche Unsicherheiten, organisatorische Gründe oder Unklarheiten über die Kon-

sequenzen fehlender Immunität angegeben.

Wurde die endemische Verbreitung der Röteln in Deutschland unterbrochen? Wir wissen es nicht. Warum nicht?

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

Robert Koch-Institut (RKI), Berlin

Die endemische Transmission der Röteln gilt in Deutschland als unterbrochen, wenn Infektionsketten weniger als 12 Monate anhalten. Die Röteln gelten in der europäischen WHO-Region als eliminiert, wenn eine endemische Transmission über einen Zeitraum von 36 Monaten ausgeschlossen werden kann. Die Indikatorinzidenz liegt bei < 1 Fall/1 Mio. Einwohner. Diese wurde in den Jahren 2015 und 2016 fast erreicht (1,1 Fälle/1 Mio. E.). Trotzdem wurde Deutschland von der WHO in beiden Jahren eine endemische Transmission bescheinigt. Der Grund liegt an der noch nicht ausreichenden Qualität der Surveillance, insbesondere einer noch nicht ausreichenden Labordiagnostik der Röteln-Verdachtsfälle, die bei über 80 % der Fälle erfolgen sollte, jedoch nur bei rund 25 % erfolgt. Sie ist bei Verdacht auf akute Röteln angesichts der unspezifischen Symptoma-

ten und des sporadischen Auftretens unbedingt erforderlich. Daten des Nationalen Referenzzentrums MMR am RKI deuten darauf hin, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit häufig keine akuten Röteln vorlagen, ihr potenzielles Vorkommen aber auch nicht sicher ausgeschlossen werden kann. Aufgrund einer fehlenden Genotypisierung können ferner Transmissionsketten nicht ausreichend dargestellt werden. Die molekulare Charakterisierung von Rötelnviren über die Genotypisierung ist von extremer Bedeutung, um Infektionsketten zu beurteilen und somit die Verifizierung der Elimination der Röteln, die möglicherweise nach der Definition der WHO längst erreicht ist, vornehmen zu können. Dazu sollten unbedingt mehr Proben zur kostenfreien Untersuchung an das Nationale Referenzzentrum MMR am RKI gesendet werden.

Führten Fehler beim Impfmanagement zu einem Masernausbruch im Landkreis Eichsfeld, Thüringen 2016?

S. Schroeder¹, E. Schüler¹, H. Fischer¹, S. Buch¹, S. Santibanez², A. Mankertz², D. Matysiak-Klose³

¹ Thüringer Landesamt für Verbraucherschutz, Bad Langensalza

² Nationales Referenzzentrum für Masern, Mumps, Röteln (RKI), Berlin

³ Robert Koch-Institut (RKI), Berlin

Bei einem Masernausbruch im Eichsfeld, Thüringen, traten viele Fälle bei zweifach Geimpf-

ten auf. Untersuchungen dieses Impfversagens ergaben, dass 20 von 23 Fällen zeitgerecht und

vollständig geimpft waren. Bei 13 von 16 untersuchten, zweimal geimpften Fällen wurde ein primäres Impfversagen festgestellt. Alle 13 waren in derselben Arztpraxis mit verschiedenen Impfstoffen und Chargen über einen Zeitraum von mehr als 20 Jahren geimpft worden. Nur in dieser Arztpraxis geimpfte Personen hatten ein 18 x höheres Risiko, an Masern zu erkranken als Personen, die ihre Impfungen auch in einer anderen Praxis erhielten (RR: 17,8; 95 % KI 5,8-54,9). Fünf von 15 weiteren, in dieser Praxis zweimal geimpften Personen wiesen

keinen Impfschutz auf. Die Ergebnisse zeigen einen Zusammenhang zwischen Impfversagen und Impfung in dieser Arztpraxis. Als Ursache kommt ein systematischer Fehler beim Umgang mit dem temperaturempfindlichen Lebendimpfstoff oder bei der Verabreichung der Impfung in Betracht. Bei der Begehung dieser Praxis wurden aktuell keine Mängel festgestellt, die das Impfversagen erklären. Dies schließt jedoch die oben genannten Fehler nicht aus, da die Impfungen lange zurückliegen und das Praxispersonal in dieser Zeit wechselte.

Diphtherie – ein Fall fürs Museum? Zur Diphtherie-Epidemiologie 2001-2016 in Deutschland

A. Takla¹, A. Berger², W. Hellenbrand¹, O. Wichmann¹, A. Sing²

¹ Robert Koch-Institut (RKI), Berlin

² Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Oberschleißheim

Diphtherie wird durch *Corynebacterium (C.) diphtheriae* verursacht, jedoch ist auch zunehmend die vorrangig zoonotische Spezies *C. ulcerans* für humane Erkrankungen bedeutsam. Nach § 6 IfSG ist Diphtherie meldepflichtig; nach § 7 aber nur Nachweise von toxinbildenden *C. diphtheriae*. Die STIKO empfiehlt die Grundimmunisierung im Kindesalter und eine lebenslange Auffrischimpfung alle 10 Jahre. Rachendiphtherie-Fälle sind in Deutschland ein seltenes, aber konstantes Ereignis. Die Analyse zeigt einen deutlichen Anstieg von Hautdiphtherie-Fällen in den Jahren 2010-16,

die mehrheitlich von *C. ulcerans*, vor allem bei älteren Erwachsenen, verursacht werden. Das Bestreben einer Meldepflichtanpassung wird dadurch unterstützt. Der Diphtherie-Impfstoff basiert auf dem *C. diphtheriae*-spezifischen Toxin; es ist aber unklar, wie gut der Impfstoff auch gegen von *C. ulcerans* ausgelöste Erkrankungen schützt. Den Gesundheitsämtern kommt mit der Erhebung der Fall-Daten, v.a. zu Anzahl und Zeitpunkt der durchgeführten Impfungen, eine Schlüsselrolle zu, um Impfeffektivitäts-Analysen zur möglichen Anpassung der Impfstrategie durchführen zu können.

Vorgestellte Posterbeiträge – Teil 2: Weitere Posterbeiträge

Impfung gegen Pneumokokken ab dem Alter von 60 Jahren: Warum empfiehlt die STIKO den 23-valenten Polysaccharid-Impfstoff?

G. Falkenhorst¹, C. Remschmidt¹, T. Harder¹, E. Hummers-Pradier², O. Wichmann¹, C. Bogdan³

¹ Robert Koch-Institut (RKI), Berlin

² Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen

³ Friedrich-Alexander-Universität (FAU) Erlangen-Nürnberg und Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen

Masern – und Varizellenimpfung: Neben der ärztlichen Empfehlung beeinflussen Region, Schulbildung und Kinderbetreuung die elterliche Akzeptanz

C. Hagemann¹, A. Streng², A. Krämer¹, J. Liese²

¹ Universität Bielefeld, Bielefeld

² Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg

Warum entscheiden sich Eltern gegen eine Masernimpfung? – die Sicht von Sozialmedizinischen Assistentinnen und Ärzten in Baden-Württemberg

D. Lohr, N. Ouédraogo, G. Pfaff

Landesgesundheitsamt BW, Stuttgart

Die Rolle der Ärzte bei der Impfentscheidung – die Sicht von Ärzten und Sozialmedizinischen Assistentinnen in Baden-Württemberg

N. Ouédraogo, D. Lohr, E. Aichinger, G. Pfaff

Landesgesundheitsamt BW, Stuttgart

„Sage mir, was du denkst“ – Impfhindernisse im Licht von Freitextangaben von Allgemein- und Kinderärzten in Baden-Württemberg

N. Ouédraogo, E. Aichinger, A. Fechner, G. Pfaff
Landesgesundheitsamt BW, Stuttgart

Steigerung der nationalen Impfquote durch innovative Maßnahmen eines lokalen Gesundheitsamtes

T. Reischmann, B. Joggerst, A. Edwards
Gesundheitsamt Enzkreis, Pforzheim

Impfhindernisse und ihr Einfluss auf die Impfquoten in Deutschland – eine Bestandsaufnahme

L. Sanftenberg¹, L. Englert¹, H.-J. Schrörs², J. Schelling¹

¹ Klinikum der Universität München, München

² GZIM-Gesellschaft zur Förderung der Impfmedizin mbH, Berlin

Die Meningokokken-Serogruppen-Verteilung in einzelnen Weltregionen

L. Sanftenberg¹, A. Ritter¹, H.-J. Schrörs², J. Schelling¹

¹ Klinikum der Universität München, München

² GZIM-Gesellschaft zur Förderung der Impfmedizin mbH, Berlin

Webinare der Impfakademie: „Fortbildung – wann immer ICH will“

B. Knoblich, E. Moser
GlaxoSmithKline Services GmbH & Co. KG, München

Wissen schützt – Lernmodule für die Fächer Biologie und Naturwissenschaften an weiterführenden Schulen (Sekundarstufe I) im Land Brandenburg

G. Ellsäßer, T. Mandel

Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) Brandenburg, Zossen

Modellierung der Effektivität von Infektionsschutzmaßnahmen zur Elimination der Masern anhand des SIR-compartment-flow-Modells unter besonderer Berücksichtigung der nach 1970 Geborenen

I. Georg, M. Wildner

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Oberschleißheim

Kann ein Impferinnerungssystem bei der Schuleingangsuntersuchung die Masern-Durchimpfungsrate steigern? – Ergebnisse und Erfahrungen zu 5 Jahren ImpfreCALL in Bayern

G. Hölscher¹, M.-S. Ludwig², T. Schneider¹, R. Fischer³, W. Hierl³, U. Nennstiel-Ratzel¹, B. Liebl¹

¹ Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Oberschleißheim

² Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Erlangen

³ Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, München

Umsetzung des Präventionsgesetzes – Vertrag über die Durchführung von Schutzimpfungen im Betrieb

K. Lepique

Fachärztin für Allgemeinmedizin/Betriebsmedizin, Wuppertal und Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin e.V., München

Fall-Kontroll-Studie zu Risikofaktoren von Narkolepsie in Deutschland

D. Oberle¹, J. Pavel¹, G. Mayer², P. Geisler³, B. Keller-Stanislawski¹

¹ Paul-Ehrlich-Institut (PEI), Langen

² Hephata-Klinik, Hessisches Diakoniezentrum Hephata e.V., Schwalmstadt-Treysa

³ medbo Bezirksklinikum Regensburg, Regensburg

Wirksamkeit der saisonalen Influenza-Impfung bei ambulant behandelten Patienten in der Saison 2016/2017 in Deutschland

A. Reuss, U. Preuß, S. Buda, K. Prahm, U. Buchholz, M. an der Heiden, B. Biere, M. Wedde, B. Schweiger
Robert Koch-Institut (RKI), Berlin

Altersgerechter Impfstatus von Beschäftigten in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens

C. Gottschalk¹, L. Gräfe¹, M. Borrmann¹, S. Lippe², B. Handschak³, M. Kolbe², H. Oppermann¹

¹ Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Magdeburg

² Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., Magdeburg

³ Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt, Magdeburg

Impfquoten von Flüchtlingen und Asylsuchenden in München

L. Sanftenberg¹, C. Groffik¹, H.-J. Schrörs², J. Schelling¹

¹ Klinikum der Universität München, München

² GZIM-Gesellschaft zur Förderung der Impfmedizin mbH, Berlin

Kinderärzte befolgen Varizellen-Impfempfehlungen

A. Siedler, T. Rieck

Robert Koch-Institut (RKI), Berlin

Vergleichende Erhebung von Impfregistern in Europa

P. Srdic¹, K. Wahle², M. Kos¹

¹ Universität von Ljubljana, Fakultät für Pharmazie, Askrceva cesta 7, 1000 Ljubljana, Slowenien

² Am Pastorenbusch 2, 48161 Münster

Durchimpfungsraten bei Einschulungskindern in Baden-Württemberg von 1987 bis 2014

I. Zoellner¹, G. Pfaff¹, A. Lehrer¹, R. Brosch¹, I. Kompauer¹, C. Dreweck²

¹ Landesgesundheitsamt BW, Stuttgart

² Gesundheitsamt Alb-Donau-Kreis, Ulm

Ergebnisse einer sächsischen Umfrage zum Thema Impfen

S. Bastian, W. Sydow, H. Böhm

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Dresden

Modellierung zur Vorhersage epidemiologischer und gesundheitsökonomischer Effekte von Impfungen für die Ständige Impfkommision – Entwicklung eines Methodenpapiers

B. Ultsch¹, O. Damm², M. Perleth³, J. Wasem⁴, O. Wichmann¹

¹ Robert Koch-Institut (RKI), Berlin

² Universität Bielefeld, Bielefeld

³ Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Berlin

⁴ Universität Duisburg-Essen, Essen

Immunität gegen Masern, Röteln und Windpocken bei Asylsuchenden in Niedersachsen, November 2014 bis Oktober 2015

A. Baillot¹, S. E. Toikkanen², E. Mertens¹, J. Dreesman¹

¹ Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Hannover

² European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, Sweden,
und Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain

Inzidenz und Komplikationen von Herpes zoster bei über 50-Jährigen: Prospektive Studie in Deutschland (2010-2014)

R. Schmidt-Ott¹, U. Schutter², J. Simon³, A. von Krempelhuber¹, K. Gopala¹, A. Guignard¹, E. Espié¹

¹ GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, Wavre, Belgien

² Facharzt für Allgemeinmedizin, Schmerzmedizin und Anästhesiologie, Marl

³ GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, München

Inzidenz des Herpes zoster in immunkompetenten und im- munosupprimierten Erwachsenen in Deutschland

C. Schröder, D. Enders, O. Riedel

Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS GmbH, Bremen

Einfluss der Impfquote auf Rotavirus-Erkrankungen bei Kindern unter 5 Jahren in Brandenburg

C. Siffczyk¹, G. Ellsäßer², C. Friedrich², K. Lüdecke², A. Barrasa³

¹ Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) Brandenburg, Zossen
und European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, Sweden

² Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) Brandenburg, Zossen

³ European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, Sweden
und Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain

Schweregrad und direkte medizinische Kosten von Influenza-assoziierten Hospitalisierungen pro Influenza(sub)typ bei Kindern, Erwachsenen und Senioren an einem Universitätsklinikum in Deutschland, 2010-2013

A. Streng¹, L. Westfahl¹, B. Weißbrich², J. Liese¹

¹ Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg

² Universität Würzburg, Würzburg

HPV-Prävalenzen 10 Jahre nach Einführung der Impfung – Vorstellung der bundesweiten HPV-Prävalenzstudie 2017/18 unter 20-25-jährigen Frauen in Deutschland

A. Takla¹, T. Harder¹, A. M. Kaufmann², A. Krings², A. Loenenbach¹, O. Wichmann¹, M. Wiese-Posselt¹

¹ Robert Koch-Institut (RKI), Berlin

² Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin

Verteilung von Masern-, Mumps- und Röteltitern bei Schulkindern in Baden-Württemberg in Abhängigkeit von der Zahl der Impfungen

I. Zoellner¹, A. Mankertz², G. Pfaff¹

¹ Landesgesundheitsamt BW, Stuttgart

² Robert Koch-Institut (RKI), Berlin

Diphtherie – Seroprävalenzen bei Erwachsenen in Baden-Württemberg 2010/11

I. Zoellner, C. Wagner-Wiening, S. Fischer, D. Reick

Landesgesundheitsamt BW, Stuttgart

Impfstoffknappheit/Lieferengpässe – müssen wir uns daran gewöhnen?

Priv.-Doz. Dr. med. Isabelle Bekereditjan-Ding

Paul-Ehrlich-Institut, Langen

Zusammenfassung

Lieferengpässe bei Impfstoffen sind aufgrund der aufwendigen Herstellungsprozesse auch in der Vergangenheit aufgetreten. Neu ist, dass sie seit Oktober 2015 auf der Webseite des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) veröffentlicht werden und dass zusätzlich mögliche Alternativprodukte benannt und Handlungsempfehlungen der STIKO bereitgestellt werden. Die Impfstoffhersteller melden auf der Basis einer freiwilligen Verbindlichkeitserklärung Liefereschwierigkeiten bei einzelnen Abverpackungen und echte Produktlieferengpässe. Beides spiegelt nicht die aktuelle bzw. regionale Marktversorgungssituation wider, kann aber mittelfristig Versorgungsengpässe nach sich ziehen. Der Beitrag fasst die Erfahrungen des PEI seit Einführung der Lieferengpassmeldung zusammen und zeigt an praktischen Beispielen die Hintergründe und Konsequenzen von Impfstoff-Lieferengpässen auf.

PEI Webseite: Transparenz bei Impfstoff-Lieferengpässen

Lieferengpässe von Impfstoffen werden seit Oktober 2015 vom Paul-Ehrlich-Institut (PEI) auf seiner Webseite veröffentlicht. Unter www.pei.de/lieferengpaesse-impfstoffe-human sind die Meldungen der Hersteller gelistet, welche Impfstoffe über einen bestimmten Zeitraum

nicht lieferbar sind. Die Meldung basiert auf einer zwischen dem Paul-Ehrlich-Institut und den Impfstoffherstellern abgeschlossenen freiwilligen Verbindlichkeitserklärung. Diese Vereinbarung wurde getroffen, um durch Information über Lieferengpässe Transparenz zu schaffen und die Planung von Impfungen zu erleichtern. Die ursprüngliche Intention der Liste bestand in der Information der Fachöffentlichkeit, insbesondere der Apotheken. Der Adressatenkreis erweiterte sich jedoch rasch auf Ärzte und Ärztinnen, die die Liste verwenden, um Engpässe zu dokumentieren, und auf die allgemeine Öffentlichkeit. Die Liste bietet neben aktuellen Informationen zur Lieferbarkeit von Impfstoffen auch ein Archiv, das die beendeten Lieferengpassmeldungen dokumentiert. Sowohl die Webseite als auch das zugrundeliegende Lieferengpasskonzept wurden zudem an die Bedürfnisse der unterschiedlichen Gruppen angepasst: Der Apotheker findet die Dauer des Lieferengpasses, die jeweiligen Pharmazentralnummern (PZN) des Impfstoffprodukts und die lieferbaren Packungsgrößen. Der Arzt findet Hilfe für die klinische Entscheidung bei Nicht-Verfügbarkeit von Impfstoffen. Der interessierte Laie erhält zu jeder Impfstoffkategorie eine grundsätzliche Aussage, ob die Versorgung mit bestimmten Impfstoffen eingeschränkt sein kann. Alle diese Informationen werden unverzüglich aktualisiert, sobald der Impfstoffhersteller Anfang, Ende oder einen neuen Zwischenstand meldet.

VERFÜGBARKEIT UND VERSORGUNG MIT IMPFSTOFFEN

IMPFSTOFFKNAPPHEIT/LIEFERENGPÄSSE – MÜSSEN WIR UNS DARAN GEWÖHNEN?

Die Auflistung der Lieferengpässe auf der Webseite ist unterteilt in 5 Kategorien:

1. Standardimpfstoffe zur Grundimmunisierung für Säuglinge und Kleinkinder
2. Standardimpfstoffe für Kinder, Jugendliche und Erwachsene
3. Reise- und Indikationsimpfstoffe
4. Influenzaimpfstoffe
5. Abverpackungslieferengpässe – einzelne Packungsgrößen nicht lieferbar

Die Abbildung 1 veranschaulicht den Aufbau der Webseite und die angebotenen Sortiermöglichkeiten. Sie werden nach Kategorien geordnet und sind über Impfstoffbezeichnung, PZN

und Meldedatum sortierbar. Unter Zusatzinformationen findet sich der Link auf die Webseite des RKI, die die Handlungsempfehlungen veröffentlicht.

Erläuternd hinzuzufügen ist, dass der Abverkauf der saisonalen Grippe-Impfstoffe vom Lieferengpass unterschieden werden muss und daher seit 2017 separat auf den Influenza-Webseiten des PEI veröffentlicht wird. Seit 2017 werden alle Meldungen zu den Impfstoffprodukten archiviert. Zuvor war dies nur für Lieferengpässe der Fall, doch für die Ärzteschaft sind alle diese Informationen, auch die von nicht lieferbaren Packungsgrößen, z. B. für die Abrechnung, von Bedeutung.

➤ Impfstoffe mit Lieferengpass ➤ Impfstoffe – einzelne Packungsgrößen nicht verfügbar ➤ Definition Lieferengpass ➤ Weitere Informationen					
Impfstoffe mit Lieferengpass Die folgenden Tabellen listen Impfstoffe, bei denen es zu Versorgungsengpässen kommen könnte. In der Spalte „Zusatzinformation“ sind dann Alternativprodukte aufgeführt, wenn diese verfügbar sind. Details zu den alternativen Impfstoffen enthalten die Fach- und Gebrauchsinformationen, die über einen Link in der Spalte „Zusatzinformation“ erreichbar sind. Auch die weiterführenden Informationen zu dem nicht verfügbaren Impfstoff sind verlinkt. Sind keine alternativen Impfstoffe verfügbar, so wird eine Handlungsempfehlung durch das Robert Koch-Institut / die Ständige Impfkommission (STIKO) gegeben. Per Klick auf das Wort „Handlungsempfehlung“ in der Spalte „Zusatzinformation“ erhalten Sie diese weitergehenden Informationen. Falls noch keine Handlungsempfehlung zur Verfügung steht, wenn ein Lieferengpass in die Liste eingetragen wird, enthält die Übersicht den Hinweis „Handlungsempfehlung in Vorbereitung“. Die Handlungsempfehlung wird ergänzt, sobald sie zur Verfügung steht. Einen Newsletter, der tagesaktuell über neue Handlungsempfehlungen informiert, können Sie hier bestellen . Standardimpfstoffe zur Grundimmunisierung für Säuglinge und Kleinkinder Die Grundimmunisierung von Säuglingen ist erschwert. Es stehen aber Impfoptionen zur Verfügung.					
Bezeichnung	Verfügbarkeit	PU, Kontakt	PZN	Meldedatum	Zusatzinformation
Infanrix–IPV+Hib 1 Fertigspritze + 1 Durchstechflasche 76a/97 Diphtherie– Tetanus– Pertussis (azellulär)– Poliomyelitis (inaktiviert) und Haemophilus–Typ b–Konjugat–Impfstoff	offen	GSK–GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG Tel.: 0800 1223355 E–Mail: service.info@gsk.com	08627715	09.11.2016	➤ Handlungsempfehlung der STIKO ➤ Infanrix–IPV+Hib in PharmNet
Infanrix–IPV+Hib 10 Fertigspritzen + 10 Durchstechflaschen 76a/97 Diphtherie– Tetanus– Pertussis (azellulär)– Poliomyelitis (inaktiviert) und Haemophilus–Typ b–Konjugat–Impfstoff	Voraussichtlich Mitte Mai 2017 wieder lieferbar	GSK–GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG Tel.: 0800 1223355 E–Mail: service.info@gsk.com	08627715	19.07.2016	➤ Handlungsempfehlung der STIKO ➤ Infanrix–IPV+Hib in PharmNet

Abbildung 1: Gemeldete Impfstoff-Lieferengpässe werden auf der Webseite des PEI seit 2015 aufgeführt.

Nach Eingang der Lieferengpassmeldung am PEI wird eine Risikoklassifizierung vorgenommen (Tabelle 1). Diese basiert auf der Einschätzung, ob ein Lieferengpass zu einem Versorgungsengpass führen kann. Dieses ist bei einem sehr kurz andauernden Lieferengpass oder dem Fehlen von einzelnen Verpackungen eines Produkts bei Verfügbarkeit anderer Packungsgrößen nicht der Fall und es erfolgt daher die Eingruppierung als Risikoklasse 1.

Wenn der Lieferengpass alle Packungsgrößen betrifft, aber alternative Impfstoffprodukte verfügbar sind, die als gleichwertig angesehen werden können, dann wird der Lieferengpass in die Risikoklasse 2 eingeteilt. Es handelt sich dann um einen echten Produktlieferengpass, bei dem weiterhin die Möglichkeit besteht, gegen die Zielerkrankungen zu impfen.

Bei Risikoklasse 3 wird die STIKO gebeten, eine Handlungsempfehlung zu entwickeln. Denn dann steht bei einem Lieferengpass, der alle Packungsgrößen betrifft, auch kein alternatives Produkt zur Verfügung. Die Handlungsempfehlung der STIKO zeigt den impfenden Ärzten und Ärztinnen eine Vorgehensweise auf wie z.B. eine Priorisierung von Risikogruppen oder eine Aufschiebung der Impfung. Die Handlungsempfehlung der STIKO wird auf der Webseite des RKI veröffentlicht (www.rki.de/lieferengpaesse) und ist mit der Lieferengpassmeldung verlinkt.

Von Oktober 2015 bis Dezember 2016 sind 74 Lieferengpassmeldungen eingegangen; dabei handelt es sich um 42 Abverpackungslieferengpässe, 10 Produktlieferengpässe der Risikoklasse 2 und 22 Lieferengpässe der Risikoklasse 3 [1].

Risikoklasse	Beschreibung
1	Maximal vier Wochen und voraussichtlich kein Bedarf für ein oder mehrere Alternativprodukte oder Verknappung: Einzelne Verpackungsgrößen eines Produkts <u>nicht</u> lieferbar
2	Produktlieferengpass: <u>Alle</u> Verpackungsgrößen eines Produktes <u>nicht</u> lieferbar Aber: Gleichwertige Alternativimpfstoffe sind verfügbar.
3	Produktlieferengpass Alternativer Impfstoff ist auch nicht verfügbar. Versorgungsengpass? – Handlungsempfehlung von RKI/STIKO notwendig.

Tabelle 1: Risikoeinstufung der Impfstoff-Lieferengpässe

VERFÜGBARKEIT UND VERSORGUNG MIT IMPFSTOFFEN**IMPFSTOFFKNAPPHEIT/LIEFERENGPÄSSE – MÜSSEN WIR UNS DARAN GEWÖHNEN?****Ein Lieferengpass ist kein Versorgungsengpass**

Es ist wichtig, sich immer wieder vor Augen zu halten, dass die Tatsache, dass ein Lieferengpass beim Hersteller existiert, nicht automatisch bedeutet, dass die Versorgung nicht sichergestellt sei. Allein die Lieferengpassmeldung erlaubt keine Aussage darüber, wie die Marktsituation bezüglich der Impfstoffversorgung ist. Die Einschätzung der Versorgungslage erfordert andere Informationen, d.h. Kenntnisse über Lieferungen, Vertriebswege und Lagerbestände bei den Großhändlern, Importeuren, Apotheken, Arztpraxen etc. Diese Informationen liegen weder dem PEI noch der STIKO oder dem RKI vor. Es ist demnach fast unmöglich, eine fundierte Einschätzung der Versorgungslage abzugeben.

In der Vergangenheit konnte das PEI auf der Basis der Zahl der freigegebenen Chargen und deren Dosenzahlen die Marktlage einschätzen. Heute zeigt sich, dass diese Informationen unzureichend sind. Es können Trends abgelesen werden, aber eine Einschätzung der Akutlage ist kaum möglich. Wesentliche Gründe dafür sind, dass Im- und Export auf dem europäischen Binnenmarkt zugenommen haben und dass auch die Hersteller die Warenströme nicht steuern können. Dadurch kommt es dazu, dass Ware, die über eine nationale Chargenfreigabe vom PEI freigegeben wurde und vom Hersteller für den deutschen Markt bestimmt war, nicht zwingend und vollständig auf dem deutschen Markt verfügbar ist. Andererseits können Großhändler bei Lieferengpässen beim Hersteller die Versorgung über Vorräte und Importware noch über Wochen sicherstellen. Die Veröf-

fentlichung der Lieferengpässe hat Einfluss auf die Marktdynamik genommen: Häufig ist gleich nach Beendigung des Lieferengpasses die neu erhältliche Ware bereits verkauft und eine Tendenz zur Vorratshaltung wird dadurch animiert.

Einfluss der Lieferengpässe auf die Impfstoffversorgung

Ein Versorgungsengpass ist die Nicht-Verfügbarkeit eines Impfstoffs oder Alternativ-Impfstoffs im Großhandel und/oder in der Apotheke bzw. beim Arzt. Er kann Folge eines Lieferengpasses sein (Tabelle 2). Folgen eines Versorgungsengpasses sind reduzierte Impfquoten und eine herabgesetzte Herdenimmunität aufgrund von fehlender Protektion von Individuen, deren Impfung verschoben oder ausgesetzt wurde. Beispiele hierfür sind die Lieferengpässe bei Polio- und Pertussis-haltigen Kombinationsimpfstoffen. Das Verschieben und/oder Aussetzen von Auffrischimpfungen kann den Impfschutz in der Bevölkerung absenken. Die Handlungsempfehlungen der STIKO, die bei Lieferengpässen der Risikoklasse 3 erstellt werden, zielen darauf ab, die besonders gefährdeten Personengruppen zu schützen und bei diesen die Einhaltung der STIKO-Empfehlungen sicherzustellen.

Die Empfehlungen sind in ihrer jetzigen Form dann umzusetzen, wenn zu wenig Impfstoff zur Verfügung steht, also die regionale Versorgung vor Ort einem Versorgungsengpass entspricht. Wie oben geschildert, kann die tatsächliche Versorgungslage vor Ort allerdings sehr unterschiedlich ausfallen.

VERFÜGBARKEIT UND VERSORGUNG MIT IMPFSTOFFEN

IMPFSTOFFKNAPPHEIT/LIEFERENGPÄSSE – MÜSSEN WIR UNS DARAN GEWÖHNEN?

Mögliche Folgen eines Lieferengpasses	Definition	Konsequenzen	Beispiel
Versorgungsengpass	Nicht-Verfügbarkeit eines Impfstoffs oder Alternativ-Impfstoffs im Großhandel und/oder in der Apotheke bzw. beim Arzt	Impfquoten/Herdenimmunität herabgesetzt durch ungeschützte Individuen	2015-heute: Wiederholte Lieferengpässe bei Polio- und Pertussis-haltigen Impfstoffen führen zu Verschiebungen/Aussetzen von Impfungen gegen Poliomyelitis
Versorgungsproblem	Z. B. Alternative verfügbar, aber Zulassungsindikation stimmt nicht überein	Off-label-Gebrauch	2015: Die Altersindikation der Zulassung für die Erstimmunisierung bei unbekanntem Impfstatus deckte bei Pertussis-haltigen Impfstoffen nicht alle Altersgruppen von Flüchtlingen ab
Versorgungsmangel	Arzneimittel für lebenswichtige Indikation nicht verfügbar	Erhöhtes Risiko für die Manifestation von Impfpräventablen Erkrankungen	2016: Veröffentlichung des Versorgungsmanagements mit hexavalenten Säuglingsimpfstoffen im Bundeanzeiger und Import von fremdsprachlich beschrifteter Ware

Tabelle 2: Folgen für die Impfstoffversorgung

Priorisierungen sind Anpassungen von Impfempfehlungen an die Versorgungssituation. Die AG Lieferengpässe der STIKO hat dahingehend bei den wiederholt auftretenden Lieferengpässen der Pertussisantigen- und Polio-haltigen Kombinationsimpfstoffe ein Priorisierungsschema veröffentlicht [2]: Primärimmunisierung von Ungeimpften > Auffrischimpfungen bei Risikopersonen und Haushaltsangehörigen > Vorschulkindern > Jugendlichen > Erwachsenen. EU-weite Versorgungsengpässe bei Pertussisantigen-haltigen Impfstoffen haben zudem dazu geführt, dass das ECDC in einem Lagebericht noch weitergehende Priorisierungsempfehlungen ausgesprochen hat [3]:

- Grundimmunisierung mit mindestens 3 Dosen solange wie möglich erhalten
 - ggf. „3p+1“ Schema ersetzen durch „2p+1“ Schema

- fehlende Dosen durch Alternativimpfstoffe ersetzen trotz Abweichung von Antigenen oder Antigenkonzentration und auch, wenn keine klinischen Studiendaten vorliegen (ggf. *Off-label-use*)
- Jugendlichen- und Erwachsenenimpfungen verschieben

Es zeigt sich, dass Lieferschwierigkeiten bei Impfstoffen kein nationales Problem sind. Im Zuge der Globalisierung und der geringen Zahl an Herstellern existieren weltweit ähnliche Probleme.

In den ECDC-Priorisierungsmaßnahmen wird ein *Off-label*-Gebrauch zur Lösung eines Versorgungsproblems empfohlen. In Deutschland ist ein *Off-label*-Gebrauch nicht Bestandteil von öffentlichen Empfehlungen bzw. wird gezielt vermieden. Trotzdem kann ein Lieferengpass nach

VERFÜGBARKEIT UND VERSORGUNG MIT IMPFSTOFFEN

IMPFSTOFFKNAPPHEIT/LIEFERENGPSÄSSE – MÜSSEN WIR UNS DARAN GEWÖHNEN?

sich ziehen, dass ein *Off-label*-Gebrauch erwogen werden muss. Ein Beispiel dafür wurde bei der Impfung von Flüchtlingen evident. Es stellte sich rasch heraus, dass nicht alle zugelassenen Pertussis-haltigen Impfstoffe überall und jederzeit verfügbar waren und dass sie zudem in der Altersindikation variierten. Die zeitnahe Impfung aller Altersgruppen erforderte daher, dass Impfstoffe als austauschbar gehandhabt werden können. Dabei zeigte sich, dass nicht genügend DTaP-Impfstoffe für die Nachholimpfungen von 3- bis 5-Jährigen und die Erstimmunisierung von Jugendlichen und Erwachsenen zur Verfügung standen, weil einige Produkte gar nicht für diese Indikationen in den genannten Altersgruppen zugelassen waren. Ein *Off-label*-Gebrauch war daher fast unvermeidbar.

Die Kenntnis dieser Zulassungslücken löste daraufhin eine Suche nach Lösungsmöglichkeiten

aus. Gewünscht wurde eine Harmonisierung der Zulassungsindikationen. Jedoch orientiert sich die Zulassung nicht an den klinischen Bedürfnissen, sondern an Evidenz, d. h. den wissenschaftlichen Daten, die für die Zulassung eingereicht wurden. Das bedeutet, dass als Indikationen und Altersgrenzen lediglich die in Frage kommen, bei denen die Wirksamkeit und Sicherheit in den bei der Zulassung vorgelegten klinischen Studien tatsächlich nachgewiesen werden konnten. Diskrepante Altersindikationen ergeben sich folglich aus den bei der Zulassung vorgelegten Studien. Die Situation entspannte sich erst, als mehrere Hersteller Zulassungsänderungen auf der Basis von zusätzlichen Studiendaten beantragten, die im Rahmen von europäischen *mutual recognition procedures* (MRP)-Verfahren genehmigt wurden und bei einigen Impfstoffen zur Indikationserweiterung führten (Tabellen 3 und 4).

Impfstoffprodukt	Alterszulassung (Stand: 2015) Ab	Alterszulassung (Stand: 2015) bis	Änderung der Alterszulassung (Stand: 2017)
Grundimmunisierung von Säuglingen und Kleinkindern			
Infanrix Hexa	2 Mo	36 Mo	Aufhebung der expliziten oberen Altersbegrenzung (Indikation: infants)
Hexyon	6 Wo	24 Mo	Aufhebung der expliziten oberen Altersbegrenzung (Indikation: infants and toddlers)
Infanrix IPV+HiB	2 Mo	36 Mo	Keine
Pentavac	2 Mo	Keine	Keine
Infanrix	2 Mo	72 Mo	Keine
Auffrischimpfstoffe für Kinder, Jugendliche und Erwachsene			
Boostrix Polio	48 Mo	-	Reduktion der unteren Altersgrenze auf 36 Monate
Repevax	36 Mo	-	Keine
Boostrix	48 Mo	-	Keine
Tdap Immun	48 Mo	-	Keine
Revaxis	60 Mo	-	Keine

Tabelle 3: Änderungen in der Altersindikation von DTaP-Impfstoffen, damit mehr Impfstoffe für Nachholimpfungen bei 3-5-jährigen Kindern zur Verfügung stehen (Stand 5/2017)

VERFÜGBARKEIT UND VERSORGUNG MIT IMPFSTOFFEN

IMPfstoffknappheit/Lieferengpässe – MÜSSEN WIR UNS DARAN GEWÖHNEN?

Impfstoffprodukt	Einsatz zur Erstimmunisierung bzw. Nachholimpfung
Grundimmunisierung von Säuglingen und Kleinkindern	Ab 3 Jahre
Infanrix Hexa	Studiendaten: bis 36 Monate
Hexyon	Studiendaten: bis 24 Monate
Vaxelis	Studiendaten: bis 15 Monate
Infanrix IPV+HiB	Studiendaten: bis 36 Monate
Pentavac	Bis 72 Monate
Infanrix	Bis 72 Monate
Auffrischimpfstoffe für Kinder, Jugendliche und Erwachsene	Ab 4 Jahre
Boostrix Polio	Stand 2015: ab 40 Jahre Stand 2017: Änderung: ab Jugendlichenalter
Repevax	Ab Jugendlichenalter
Boostrix	Stand 2015: ab 40 Jahre Stand 2017: Änderung: ab Jugendlichenalter
TdaP Immun	Ab 4 Jahre
Revaxis	In Fachinformation explizit ausgeschlossen

Tabelle 4: Änderungen der Altersindikation für die Erstimmunisierung von Jugendlichen und Erwachsenen mit DTaP Impfstoffen

VERFÜGBARKEIT UND VERSORGUNG MIT IMPFSTOFFEN

IMPFSTOFFKNAPPHEIT/LIEFERENGPÄSSE – MÜSSEN WIR UNS DARAN GEWÖHNEN?

Versorgungsmangel

Herstellung und Verteilung der Impfstoffprodukte werden vom Hersteller auf der Basis von Bedarfsprognosen global geplant. Lieferengpässe können häufig durch akute Umverteilung von Ware durch den Hersteller aufgefangen werden. Zudem kann der Pharmagroßhandel durch (Parallel-)Import von Ware die Verfügbarkeit für die Apotheken noch über einige Wochen sicherstellen. Das bedeutet, dass Probleme bei der Herstellung und Logistik nicht zwingend zum Lieferengpass führen müssen und dass Versorgungsengpässe erst mehrere Wochen nach Lieferengpassmeldung spürbar werden. Häufig sind bis dahin schon neue Impfstoffchargen freigegeben und lieferbar.

Nur sehr selten kommt es zu einem Versorgungsmangel. Dieser besteht dann, wenn ein Arzneimittel für eine lebenswichtige Indikation nicht verfügbar ist (Tabelle 2). Ein solcher Notstand wurde im Juli 2016 für Sechsfach-Kombinationsimpfstoffe für Säuglinge und Kleinkinder im Bundesanzeiger (BAnz AT 27.06.2016 B4) veröffentlicht. Ursache des Versorgungsmangels war ein mehrere Monate andauernder Lieferengpass bei einem Hersteller, der durch Alternativprodukte nicht ausgeglichen werden konnte. Durch die Bekanntmachung des Versorgungsmangels nach § 79 Absatz 5 AMG, die Notfallsituationen vorbehalten ist, konnte der Import von fremdsprachlich beschrifteter Ware aus der EU ermöglicht werden, um durch zusätzliche Impfstoffdosen den drohenden Versorgungsmangel abzuwenden.

Prävention von Lieferengpässen

Aufgrund der Komplexität des Herstellungsprozesses sind Impfstoffe zahlreichen Qualitätskontrollen unterworfen. Qualitätsmängel treten immer wieder unerwartet auf und können je nach Schweregrad Lieferengpässe nach sich ziehen. Allerdings kann auch dies nicht vorhergesagt werden, bedenkt man, dass die Produktion eines Impfstoffs circa zwei Jahre braucht und die Bedarfskalkulation folglich zwei bis drei Jahre im Voraus passiert. Darüber hinaus gibt es andere Ursachen für Lieferengpässe. Eine besonders wichtige Rolle spielen dabei ein unvorhergesehener Mehrbedarf und/oder Änderungen von Empfehlungen.

Wie oben dargestellt, sind die wesentlichen Maßnahmen bei drohendem Versorgungsengpass:

1. eine regionale Umverteilung von Ware durch den Hersteller,
2. die Priorisierung bestimmter Risikogruppen und
3. die Adaption des Impfkaltenders.

Mittel- bzw. langfristige Maßnahmen sind hingegen seitens der Hersteller die frühzeitige Ankündigung von regulatorischen Verfahren, z.B. Änderungen im Herstellungsverfahren oder von Testverfahren, damit diese rechtzeitig von den zuständigen Behörden geprüft werden können, sowie die Beantragung von Zulassungsänderungen zur Anpassung von Fachinformationen (Variationen, Harmonisierung, Indikationserweiterungen) wie oben dargestellt. Für die häufig geforderte Einführung von mehrsprachigen Standardverpackungen für den EU-Binnen-

VERFÜGBARKEIT UND VERSORGUNG MIT IMPFSTOFFEN**IMPFSTOFFKNAPPHEIT/LIEFERENGPÄSSE – MÜSSEN WIR UNS DARAN GEWÖHNEN?**

raum gibt es in Deutschland aktuell keine rechtliche Grundlage. Auf Seiten der Behörden haben alle Maßnahmen, die eine frühzeitige und verlässliche Bedarfskalkulation ermöglichen, einen hohen Stellenwert. Selbstverständlich ist eine Zulassung weiterer klassischer Impfstoffe zur Bereitstellung von Produktalternativen sinnvoll ebenso wie die Unterstützung der Gründung neuer Produktionsstätten in der EU.

Schlussfolgerungen

Lieferengpässe bei Impfstoffen gab es schon vor Veröffentlichung der PEI-Liste, da sowohl Herstellungsprobleme als auch Mehrbedarf nicht immer vorhersehbar sind. Bezüglich der Lösungswege sind ein rationaler Umgang mit der Thematik und der inzwischen deutlich in-

tensivierte offene Dialog zwischen Herstellern und den zuständigen Behörden zielführend. Im Einzelfall kann die Flexibilität der Betroffenen dazu beitragen, neue Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Literaturverzeichnis

1. Maria Auxiliadora Miranda-Garcia, Karen Brigitta Götz, Dörte Ruhaltinger, Klaus Cichutek, Isabelle Bekerredjian-Ding. Lieferengpässe bei Impfstoffen: Einblick in Zahlen und Hintergründe. Deutsches Ärzteblatt 2017; 114 (17): A844-848
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Shortage of acellular pertussis-containing vaccines and impact on immunisation programmes in the EU/EEA – 8 October 2015. Stockholm: ECDC; 2015
3. Stellungnahme der Ständigen Impfkommision (STIKO): Handlungsempfehlungen bei Nicht-Verfügbarkeit von Tdap- bzw. IPV-haltigen Impfstoffen. Epidemiologisches Bulletin 2016; 14: 114

Impfstoffverfügbarkeit – globale und nationale Herausforderung für die Industrie

Dr. med. Jens Vollmar

GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, München

Verband forschender Arzneimittelhersteller, Berlin

Impfstoffe unterscheiden sich von gewöhnlichen Arzneimitteln in vielerlei Hinsicht. Eine Besonderheit ist, dass Impfstoffe an gesunde Menschen verabreicht werden. An die Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit von Impfstoffen werden deshalb sehr hohe Anforderungen gestellt und ihre Anwendung bei oft ganzen Geburtskohorten von Säuglingen unterliegt einer besonderen Risiko-Nutzen-Abwägung. Für präventiv angewendete Arzneimittel wie Impfstoffe gilt ganz vornehmlich das Prinzip, welches Thomas Sydenham, der Vater der *evidence-based medicine*, bereits im 17. Jahrhundert formuliert

hat, nämlich „*primum non nocere*“: erstens nicht schaden (Abb. 1).

Impfstoffe werden deshalb bereits vor Zulassung in umfangreichen klinischen Studien mit oft Zehntausenden von Teilnehmern und Teilnehmerinnen untersucht. Und auch nach Zulassung endet die Beobachtung der Sicherheit von Impfstoffen nie. Hier liegt der Fokus der Pharmakovigilanz und großen Beobachtungsstudien vor allem darauf, auch die potentiell sehr seltenen Risiken zu erfassen, um so eine fortlaufende, jederzeit aktuelle Nutzen-Risiko-Abwägung, zu ermöglichen.

→ Impfstoffe dienen der
Prophylaxe

- Gesunder (oft Kinder)
- Nebenwirkungen werden wenig akzeptiert

→ Arzneimittel dienen der
Therapie

- Kranker
- Nebenwirkungen (auch schwere) werden akzeptiert

„**Primum non nocere**“

Thomas Sydenham 17. Jh.

Abbildung 1: Impfungen sind Arzneimittel mit einer besonderen Nutzen-Risiko-Abwägung.

Ein zweiter wichtiger Aspekt, der Impfstoffe von gewöhnlichen Arzneimitteln unterscheidet, ist die Tatsache, dass Impfstoffe biologische Produkte sind. Die Grundlage der „Produktion“ von Impfstoffen bilden Mikroorganismen oder deren Bestandteile, die sich anders als chemisch synthetisierte Arzneimittel mit analytischen Methoden nicht vollständig charakterisieren lassen. Dies macht die Produktion von Impfstoffen im Vergleich zu anderen Arzneimitteln wesentlich komplexer und potentiell störanfälliger.

Die Entwicklung, Validierung und kontinuierliche Kontrolle eines robusten Herstellungsprozesses spielt deshalb bei dem biologischen Arzneimittel Impfstoff eine besondere Rolle. Selbst kleine Veränderungen in diesem biologischen Produktionsprozess können massiven Einfluss auf die Qualität des Endprodukts haben mit der Folge, dass nicht jede Charge in den Vertrieb gelangt. Der Hauptanteil der Produktionszeit dient daher der Qualitätskontrolle und -testung. Dies macht die Produktion von Impfstoffen komplex und sehr zeitaufwändig (Abb. 2).

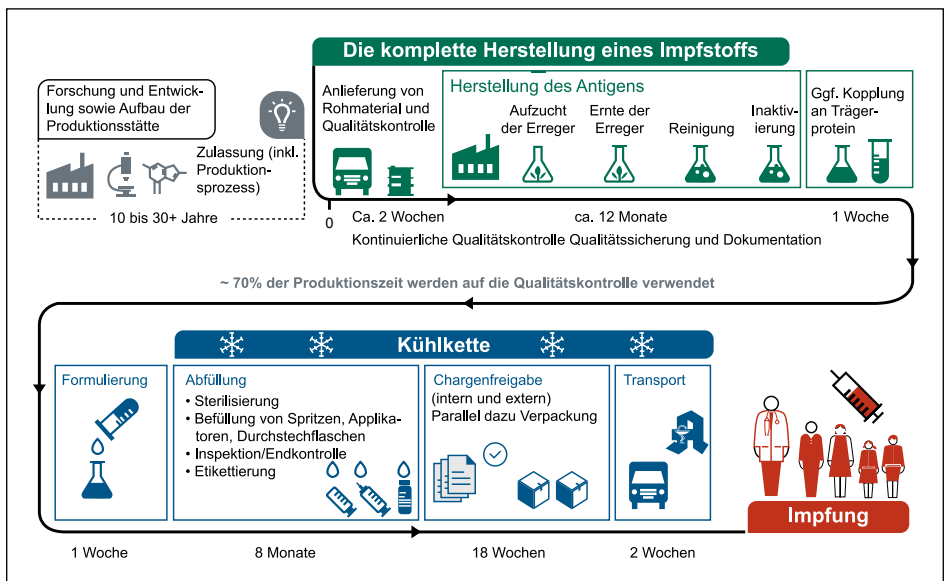


Abbildung 2: Impfstoffproduktion ist ein zeitaufwändiger und komplexer Prozess

VERFÜGBARKEIT UND VERSORGUNG MIT IMPFSTOFFEN**IMPFSTOFFVERFÜGBARKEIT – GLOBALE UND NATIONALE HERAUSFORDERUNG FÜR DIE INDUSTRIE**

Wegen dieser Besonderheiten, die Impfstoffe von gewöhnlichen Arzneimitteln unterscheiden, gehören sie zu den bestgeprüften und sichersten Arzneimitteln, die wir haben. Auch sind die Anforderungen an die pharmazeutische Qualität von Impfstoffen höher als bei vielen klassischen Arzneimitteln. Im Gegensatz zu gewöhnlichen Arzneimitteln ist aus diesen Gründen auch keine generische Produktion von Impfstoffen möglich.

Nur wenige Hersteller sind in der Lage und bereit, den aufwändigen Prozess der Herstellung und Entwicklung von Impfstoffen zu beherrschen und darin zu investieren und die damit verbundenen Risiken zu tragen. Da Impfungen als eine der wichtigsten Vorsorgemaßnahmen nicht nur aus Sicht nationaler Gesundheitssysteme, sondern auch aus globaler Sicht eine hohe Bedeutung haben, tragen diese wenigen Hersteller eine sehr hohe Verantwortung.

So stellen sich bei steigender globaler Nachfrage nach vielen Impfstoffen bei der Versorgung nicht nur technische, sondern häufig auch ethische Fragen. Dies ist einer der Gründe, weshalb

zum Beispiel eine Bevorratung für ein Land oder eine Produktion auf Vorrat nur begrenzt möglich ist. Zudem haben Impfstoffe eine begrenzte Haltbarkeit und ihre aufwändige Produktion nimmt von der ersten Antigenproduktion bis zur Auslieferung, insbesondere bei komplexen Mehrfachimpfstoffen, oft mehr als 2 Jahre in Anspruch.

Eine Mengenausweitung ist kurzfristig nicht möglich, sondern setzt eine langfristige Planung voraus. Der Aufbau einer neuen Impfstoffproduktionsanlage dauert oft mehr als 5 Jahre und erfordert hohes Investment und Risikobereitschaft (Abb. 3).

Um die Herausforderungen bei der Versorgung mit Impfstoffen sowohl auf globaler als auch auf nationaler Ebene sicherzustellen und Menschen, unabhängig davon, wo sie leben oder welches Einkommen sie haben, optimal zu schützen, bedarf es synergistischer Anstrengungen von Herstellern, Zulassungsbehörden, globalen und nationalen Gesundheitsbehörden, Krankenkassen, wissenschaftlichen Experten und NGOs.

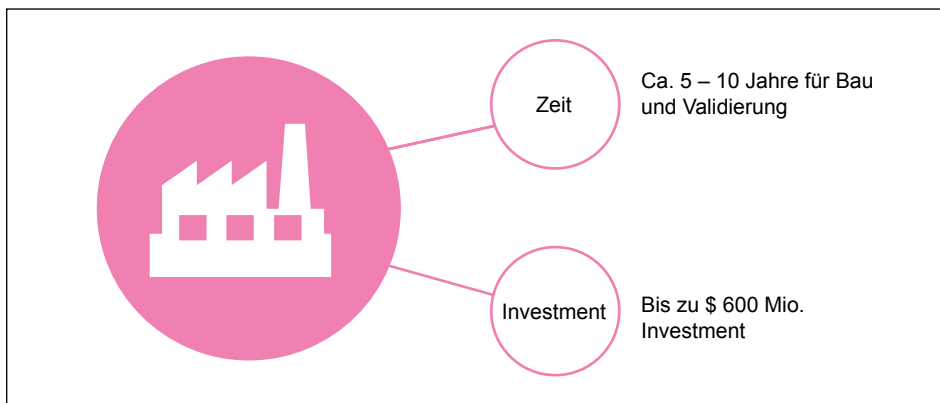


Abbildung 3: Investment und Zeitbedarf für den Aufbau einer neuen Impfstoffproduktion [1]

Gerade wegen des zeitaufwändigen Herstellungsprozesses von Impfstoffen ist ein sehr frühzeitiger Dialog und Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten notwendig, um den Bedarf rechtzeitig und besser einschätzen zu können. Auf regulatorischer Ebene sollte eine Harmonisierung der Zulassung zwischen Ländern bei gleichzeitiger Optimierung von Kennzeichnungs- und Verpackungsvorgaben angestrebt werden. Dies könnte eine höhere Flexibilität bei der Allokation von Impfstoffen erleichtern und dazu beitragen, dass mehr Impfstoffe schnell und unkompliziert in jene Länder umverteilt werden können, in denen sie dringender benötigt werden, und nicht ungenutzt verfallen.

Im Rahmen einer „EU Joint action for vaccination“ bringen die in „Vaccines Europe“ organisierten europäischen Impfstoffhersteller deshalb u. a. folgende konkrete Vorschläge ein [2]:

- Verringerung der Anzahl der spezifischen nationalen/regionalen Produkt- und Verpackungsanforderungen
- Erleichterung des Transfers von Impfstoffen zwischen den EU-Ländern im Falle von Versorgungsengpässen
- Alternativen zu Testung in Tieren und damit eine Reduktion von Mehrfachtestungen
- Harmonisierung der regulatorischen Anforderungen von Zulassungsbehörden verschiedener Länder und Regionen mit Fokus auf eine schnellere Umsetzung von Produktionsänderungen nach Zulassung (*post approval changes*)
- gegenseitige Anerkennung von Genehmigungsverfahren für *post approval changes*, um unnötige parallele Produktionsverfahren

für das gleiche Produkt zu vermeiden und damit die Produktionskapazität zu erhöhen

- Harmonisierung der Meldung und Definition von Lieferengpässen auf europäischer Ebene
- bessere Antizipation der Entwicklung öffentlicher Impfeempfehlungen und des Impfstoffbedarfs durch Etablierung eines frühen und kontinuierlichen Dialogs zwischen Herstellern und zuständigen Gesundheitsbehörden

Nur ein solch frühzeitiger Dialog zwischen allen Beteiligten kann eine Produktionsplanung und Verteilung von Impfstoffen gewährleisten, die sich an ethischen, medizinischen und ökonomischen Notwendigkeiten orientiert.

Darüber hinaus sollten bei der Impfstoffbeschaffung nicht ausschließlich kurzfristige Kostengesichtspunkte berücksichtigt werden, sondern auch, dass geeignete länderspezifische Beschaffungssysteme notwendige Investitionen unterstützen, um die Impfbereitschaft in der Bevölkerung zu erhalten und, wo notwendig, zu erhöhen.

Nicht zuletzt sind diese Rahmenbedingungen wichtig, damit auch in Zukunft Impfstoffhersteller in innovative Impfstoffe investieren und die Versorgung der ganzen Welt mit qualitativ hochwertigen, sicheren und wirksamen Impfstoffen gewährleistet ist.

Literaturverzeichnis

1. Keith JA et al.: Vaccine 2013, 31: 184-193
2. Vaccines Europe Position Paper: http://www.vaccineseurope.eu/wp-content/uploads/2016/06/VE-Paper_shortagesFIN-2.pdf

Rechtliche Aspekte bei Impfungen

Hon.-Prof. Dr. jur. Karsten Scholz
Justiziar der Ärztekammer Niedersachsen

Fragestellung

Der Beitrag befasst sich in erster Linie mit zwei Fragenkomplexen. Zum einen wird die Frage erörtert, welche Besonderheiten bei Impfungen von Kindern und Jugendlichen zu beachten sind. Die zweite Problematik, zu der die Veranstalter Hinweise erbeten haben, ist die Anwendung von Impfstoffen im sog. Off-label-Use.

Zur 1. Frage

Auch bei Impfungen ist Grundlage für rechtliche Beurteilungen inzwischen der in Folge des sog. Patientenrechtegesetzes im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) kodifizierte Behandlungsvertrag (§ 630a ff. BGB). Daneben spielt aber weiterhin die Haftung aus unerlaubter Handlung eine Rolle (§ 823 BGB). Das gilt etwa in medizinischen Versorgungszentren, bei denen der Vertragspartner (das „MVZ“) und der die Impfung Durchführende, nämlich der mit der Behandlung seitens des Trägers beauftragte Arzt, auseinanderfallen. Die Beurteilung der Haftungsfrage verläuft aber letztlich sowohl bei der vertraglichen als auch bei der Haftung aus unerlaubter Handlung parallel. Das liegt daran, dass das Patientenrechtegesetz im Grundsatz nur die bis zu seinem Inkrafttreten geltende Rechtsprechung zusammengefasst und die Rechtslage nur punktuell zugunsten der Patienten und Patientinnen weiterentwickelt hat.

Wie bisher gilt demnach: Die Impfung stellt ei-

nen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Impflings dar und setzt dementsprechend die Einwilligung der/des Betroffenen oder seiner Personenfürsorgeberechtigten nach vorausgegangener Aufklärung voraus. Dazu bestimmt § 630e BGB, dass die Aufklärung mündlich durch den Behandelnden/die Behandelnde oder durch eine Person erfolgen muss, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient/die Patientin in Textform erhält. Sie muss zudem so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient/die Patientin seine/ihre Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann. Dem Patienten/der Patientin sind Abschriften von Unterlagen, die er/sie im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen. Der Aufklärung des Patienten/der Patientin bedarf es u. a. dann nicht, soweit der Patient/die Patientin auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat.

Anwenderfreundlich, aber für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen zugleich verbindlich, fasst zudem § 7 der Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses die Aufklärungspflichten der impfenden Ärzteschaft zusammen: Vor einer Schutzimpfung hat der impfende Arzt/die impfende Ärztin den Impfling bzw. den Erziehungsberechtigten über die zu verhütende Krankheit und die Impfung aufzuklären. Die Aufklärung umfasst insbesondere Infor-

mationen über den Nutzen der Impfung und die zu verhütende Krankheit, Hinweise auf mögliche Nebenwirkungen, Komplikationen und Kontraindikationen, Empfehlungen über Verhaltensmaßnahmen im Anschluss an die Impfung, Informationen über Beginn und Dauer der Schutzwirkung sowie Hinweise zu Auffrischungsimpfungen.

Was ist nun besonders zu beachten? Das Gesetz verlangt, ohne für von der STIKO empfohlene Impfungen eine Ausnahme vorzusehen, eine mündliche Aufklärung des Patienten/der Patientin. Dementsprechend hat der Bundesgerichtshof (BGH) am 11.10.2016 – VI ZR 462/15 judiziert, dass für eine wirksame Einwilligung des Patienten/der Patientin in erster Linie der Inhalt des Aufklärungsgesprächs maßgeblich ist und schriftliche Merkblätter nur ergänzend verwendet werden dürfen. Vom Arzt/von der Ärztin verwendete und vom Patienten/von der Patientin unterzeichnete Formulare seien zudem lediglich ein Indiz für den Inhalt des Aufklärungsgesprächs.

Nimmt man das zur Grundlage, sollte man berücksichtigen, dass dem Patienten/der Patientin nach § 630e Abs. 2 S. 2 BGB nur Abschriften von solchen Unterlagen auszuhändigen sind, die er/sie im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat. Wenn dem unterzeichneten Formular ohnehin nur eine Indizwirkung zukommt, spricht nichts dagegen, auf die Unterschrift zu verzichten und dem Patienten/der Patientin ein Blankoformular mitzugeben. Das erspart den Arbeitsgang der Erstellung einer Kopie nach Unterschriftsleistung. Wenn der entsprechende Ablauf im Qualitätsmanagementhandbuch festgelegt ist, werden meines Erachtens keine relevanten größeren Haftungsrisiken eingegangen. In Ausnahmefällen sollte

selbstverständlich anders verfahren werden, also z.B. wenn die Frage der Impfung zwischen beiden Elternteilen umstritten war.

Nicht abschließend geklärt ist, wer die Aufklärung durchführen darf. Das Gesetz verlangt eine Person, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt. Es besteht – soweit ersichtlich – Konsens, dass die Aufklärung Ärzten/Ärztinnen vorbehalten ist. Sie kann „in rechtverbindlicher Form“ nicht durch Medizinische Fachangestellte erfolgen, seien sie durch Fortbildungen zu Impfberatern auch besonders qualifiziert. Ich sehe diese Ausbildung daher durchaus ein wenig kritisch. Zwar ist nichts dagegen einzuwenden, wenn Assistenzpersonal allgemeine Information zum Impfen gibt. Es darf aber nicht die Fehlvorstellung bestehen, dass diese Personen den Arzt/die Ärztin von der eigentlichen, ihm/ihr vorbehaltenen Patientenaufklärung entlasten. Denkbar ist aber eine Delegation der Aufklärung an Studierende im Praktischen Jahr. Das OLG Karlsruhe hielt diese am 29.1.2014 – 7 U 163/12 sogar bei einer Herzkatheteruntersuchung für möglich. Die Risikoaufklärung müsse aber dem Ausbildungsstand des PJler entsprechen und unter Anleitung, Aufsicht und Verantwortung des ausbildenden Arztes/der ausbildenden Ärztin stattfinden.

Angesichts der zahlreichen „Impfgegner“ ist die Frage, wer bei Minderjährigen über das Pro oder Contra einer Impfung entscheidet, für die Praxis von großer Bedeutung. Der BGH hat dazu am 15.2.2000 – VI ZR 48/99 entschieden, dass bei gemeinsamer elterlicher Sorge die Entscheidung über die Durchführung eines ärztlichen Heileingriffs beiden Eltern gemeinsam zusteht. Doch werde der Arzt/die Ärztin im Allgemeinen davon ausgehen können, dass der mit dem Kind

bei ihm erscheinende Elternteil ermächtigt sei, die Einwilligung in die ärztliche Behandlung für den abwesenden Elternteil mit zu erteilen. Hierauf dürfe der Arzt/die Ärztin in Grenzen vertrauen, solange ihm/ihr keine entgegenstehenden Umstände bekannt seien. Dies gelte jedenfalls in Routinefällen, zu denen auch Routineimpfungen gehörten. Schon hier muss man aber festhalten: Eine Impfung, die als „Off-label-Use“ erfolgt, ist keine „Routineimpfung“.

Schwieriger stellt sich die Situation für Ärzte/Ärztinnen bei getrennt lebenden Elternteilen dar. Zur Ausübung der gemeinsamen Sorge bei Getrenntlebenden unterscheidet § 1687 BGB zwischen Entscheidungen in Angelegenheiten, deren Regelung für das Kind von erheblicher Bedeutung sind und Angelegenheiten des täglichen Lebens. Bei ersteren ist das gegenseitige Einvernehmen beider Elternteile erforderlich. In Angelegenheiten des täglichen Lebens, die häufig vorkommen und die keine schwer abzuändernden Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes haben, kann der Elternteil, bei dem sich das Kind mit Einwilligung des anderen Elternteils oder auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung gewöhnlich aufhält, allein entscheiden.

Bei den Oberlandesgerichten (OLG Jena v. 7.3.2016 – 4 UF 686/15; OLG Frankfurt (M) v. 4.9.2015 – 6 UF 150/15; KG Berlin v. 18.5.2005 – 13 UF 12/05; OLG Karlsruhe v. 2.6.2015 – 18 UF 117/15) hat sich die Tendenz durchgesetzt, bei Schutzimpfungen generell und nicht nur, wenn diese abgelehnt werden (so allerdings zunächst AG Darmstadt v. 11.6.2015 – 50 F 39/15 SO), von Entscheidungen von erheblicher Bedeutung auszugehen. Dafür ist tragender Grund, dass diese mit der Gefahr von Risiken und Komplika-

tionen bzw. Nebenwirkungen verbunden sind. Weitergehende, in den Gerichtsentscheidungen zu findende Begründungen sind alles andere als überzeugend, zeigen aber auf, wie stark die Thematik die Menschen in Deutschland inzwischen elektrisiert. Sie erinnern an die frühere ZDF-Gerichtsshow „Wie würden Sie entscheiden?“. Das OLG Jena meint darauf hinweisen zu müssen, dass gegen eine Einstufung als untergeordnete Angelegenheit der Alltagssorge die gesteigerte Aufmerksamkeit spreche, die der Thematik in der öffentlichen und medialen Wahrnehmung, etwa in TV-Diskussionsrunden, seit längerem zuteil werde. Und ein Rechtsanwalt sieht es in einer Anmerkung zum Beschluss des OLG Frankfurt als erwiesen an, dass mit den Impfungen eine Menge Geld verdient wird und die Experten des RKI direkt oder indirekt von der Pharmaindustrie finanziert werden. Und deshalb meint er: „Auch vor diesem Hintergrund wäre es fatal, Impfungen als Angelegenheiten des täglichen Lebens anzusehen“[1].

Die Entscheidung des OLG Jena ist seitens des BGH in einem erst im Nachgang zur Nationalen Impfkonzferenz bekannt gewordenen Beschluss vom 3.5.2017 – XII ZB 157/16 – bestätigt worden. Bei Impfungen handele es sich bereits um keine häufig vorkommenden Entscheidungen; die Entscheidung, ob ein Kind während der Minderjährigkeit gegen eine bestimmte Infektionskrankheit geimpft werden solle, falle regelmäßig nur einmal an. Zudem könne die Entscheidung schwer abzuändernde Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes haben, denn es stünden sich das durch eine Impfung vermeidbare und mit möglichen Komplikationen verbundene Infektionsrisiko und das Risiko einer Impfschädigung gegenüber. Pragmatisch stellt der BGH

zudem fest, dass die Eltern die Entscheidung subjektiv als eine grundsätzliche empfinden und die Einschaltung der Gerichte dem Rechtsfrieden unter den Eltern dienen könne.

Können sich die Eltern über die Durchführung von Schutzimpfungen nicht einigen, bestimmt nämlich § 1628 BGB, dass das Familiengericht auf Antrag eines Elternteils die Entscheidung einem, und zwar dem am ehesten geeigneten, Elternteil übertragen kann. Dazu hat das OLG Jena in dem bereits zitierten Beschluss festgestellt, dass die Haltung eines Elternteils, die Durchführung der von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen zu befürworten – vorbehaltlich entgegenstehender Umstände des Einzelfalls –, seine (bessere) Eignung indiziert, eine kindeswohlkonforme Impfentscheidung zu treffen.

Auch dieses wird durch den aktuellen Beschluss des BGH bestätigt. Bei Uneinigkeit der Eltern über die Durchführung einer Impfung kann die Entscheidungsbefugnis dem Elternteil, der den STIKO-Empfehlungen folgen will, jedenfalls dann übertragen werden, wenn bei dem Kind keine besonderen Impfrisiken vorliegen. Der BGH weist in diesem Zusammenhang auf seine eigene Rechtsprechung hin, dass die Impfempfehlungen der STIKO als medizinischer Standard anerkannt werden und an dieser Feststellung auch die den Empfehlungen zugrunde liegende Einschätzung teilnimmt, dass der Nutzen der jeweils empfohlenen Impfung das Impfrisiko überwiegt.

Es ist daher sachgerecht, im Regelfall dem grundsätzlichen Impfbefürworter die Entscheidungsbefugnis zu übertragen, weil dies iSv § 1697a BGB dem Wohl des Kindes am besten entspricht.

Zur 2. Frage

Ich komme nun zum zweiten Schwerpunkt meines Vortrages, nämlich Impfungen im sog. Off-label-Use oder auch Unlicensed Use. Es geht um die Verordnung und Anwendung eines Medikaments, das für das Indikationsgebiet oder die Patientengruppe nicht zugelassen ist. Das kann daran liegen, dass kein entsprechender Zulassungsantrag gestellt wurde, für die erweiterte Zulassungsentscheidung keine entsprechenden Daten vorgelegt wurden bzw. werden konnten oder die erteilte Zulassung hinter dem entsprechenden Antrag zurückblieb. Schließlich kann auch ein Fall des § 73 Abs. 3 S. 1 AMG vorliegen. Diese Vorschrift betrifft Medikamente, die in einem anderen Staat rechtmäßig in Verkehr gebracht werden dürfen, in Deutschland jedoch über keine arzneimittelrechtliche Zulassung verfügen, die aber unter den in § 73 Abs. 3 AMG beschriebenen Bedingungen hier gleichwohl verkehrsfähig sind. Voraussetzung ist danach, dass sie von Apotheken auf vorliegende Bestellung einzelner Personen in geringer Menge bestellt und von diesen Apotheken im Rahmen der bestehenden Apothekenbetriebserlaubnis abgegeben werden.

Hieraus lässt sich für die mir aufgegebenen Fragestellung ableiten, dass die arzneimittelrechtliche Zulassung nicht die abschließende Möglichkeit beschreibt, z. B. einen Impfstoff zu verordnen. Dementsprechend hat auch der BGH am 29.6.1995 – 4 StR 760/94 im Rahmen eines Strafverfahrens entschieden, dass die Wahl der Behandlungsmethode primär Sache des Arztes/der Ärztin ist. Allerdings müsse der Patient/die Patientin ggf. über Behandlungsalternativen aufgeklärt werden. Das sei grundsätzlich jedenfalls

dann erforderlich, wenn es sich bei dem vom Arzt/von der Ärztin verwendeten um ein grundsätzlich zulassungspflichtiges, aber tatsächlich nicht zugelassenes Arzneimittel handle. In diesem Fall setzt das Selbstbestimmungsrecht der Therapiewahl durch den Arzt/die Ärztin Grenzen. Mit der fehlenden Zulassung fehle dem Arzneimittel, möge seine Verwendung auch einem international anerkannten Standard genügen, gleichsam ein Gütesiegel, das – unabhängig von dessen tatsächlicher Qualität oder Sicherheit – für die Entscheidung des einzelnen Patienten/der einzelnen Patientin wesentlich sein könne. Mithin müsse er/sie über die fehlende Zulassung auch informiert werden.

Noch eine weitere Überlegung ist maßgeblich: Nach zumindest herrschender juristischer Auffassung richten sich die Zulassungsvorschriften des AMG an den Hersteller und nicht an die Ärzteschaft, denen es im Rahmen der „Therapiefreiheit“ gestattet ist, auch nicht zugelassene Arzneimittel bzw. Arzneimittel außerhalb des Indikationsgebiets, für das sie zugelassen sind, anzuwenden. Eine Ausnahme gilt nur für klinische Studien mit dem für sie geltenden speziellen Regelungsregime wie der Erstellung eines Prüfplans, der Beteiligung einer Ethikkommission und einem speziellen Versicherungsschutz. Eine klinische Prüfung liegt immer dann vor, wenn es dem Arzt/der Ärztin (auch) um die Gewinnung neuer Erkenntnisse über Wirksamkeit und Unbedenklichkeit eines Arzneimittels, auch hinsichtlich dessen Nebenwirkungen, geht.

Allerdings begründet die arzneimittelrechtliche Zulassung bei Beachtung der Angaben des pharmazeutischen Unternehmers eine Vermutung für die Einhaltung des fachlichen Standards. Daraus kann jedoch nicht geschlossen

werden, dass der Off-label-Use standardunterschreitend ist. Im Gegenteil kann das Angebot eines Arzneimittels außerhalb der zugelassenen Indikation in Ausnahmefällen sogar haftungsrechtlich geboten sein, insbesondere dann, wenn Fachkreise eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen haben.

Gehrlein, Richter am Bundesgerichtshof, hat kürzlich die Rechtsprechung des obersten deutschen Zivilgerichts zusammengefasst und dabei auch Fragen angesprochen, die im vorliegenden Kontext bedeutsam sind [2]. Er gibt in dem Aufsatz wieder, dass die Anwendung eines noch nicht zugelassenen Präparats für sich keinen Behandlungsfehler begründet und die Zulassung lediglich ein Verkehrsfähigkeitstest sei sowie eine Vermutung für die Verordnungsfähigkeit in der konkreten Therapie auslöse. Über die fehlende Zulassung sei aber aufzuklären, und zwar in der Weise, dass unbekannte Risiken nicht ausgeschlossen werden können. Diese Aufklärung ermögliche den Patienten/Patientinnen oder deren Eltern die Abwägung, ob die herkömmliche Methode mit bekannten oder die neue Methode unter Berücksichtigung der erwarteten Vorteile oder der noch nicht im Einzelnen bekannten Gefahren angewendet werden solle.

Der Arzt/die Ärztin ist demnach gehalten, bevor er/sie (so) nicht zugelassene Impfstoffe rezeptiert, zugelassene Arzneimittel aber grundsätzlich verfügbar sind, deren aktuelle Verfügbarkeit durch Nachfragen in mehreren Apotheken zu eruieren. Nur so kann er/sie sicherstellen, dass der Patient/die Patientin ggf. eine Behandlungsalternative hat. Es spricht nichts dagegen, sich bei der Aufklärung über Nutzen und Risiken an STIKO-Empfehlungen zu orientieren. Ebenso

wie über eine fehlende Zulassung muss aufgeklärt werden, wenn der Zulassungsstatus für den Arzt/die Ärztin unklar ist. In wirtschaftlicher Hinsicht ist eine Aufklärung geboten, wenn es mangels entsprechender öffentlicher Empfehlung im Schadenfall keine Ersatzansprüche nach dem IfSG gibt. Das führt dazu, dass sich die Haftungsrisiken des Arztes/der Ärztin erhöhen, auch wenn sie im Regelfall durch die Haftpflichtversicherung abgedeckt sein dürften. Jedenfalls aber kann der Arzt/die Ärztin seine/ihre Haftung nicht wirksam gegenüber dem Patienten/der Patientin ausschließen. Und das gilt leider auch für Regressansprüche der Krankenkassen aus übergegangenen Schadenersatzansprüchen. Sind Wiederholungsimpfungen notwendig oder sinnvoll, sollte der Arzt/die Ärztin ein Recall-System einführen. Die Erinnerung darf aber nur denjenigen Patienten/diejenige Patientinnen geschickt werden, die sich hiermit ausdrücklich einverstanden erklärt haben.

Grundsätzliche Anmerkungen

Abschließend möchte ich noch zwei Urteile ansprechen, die spezielle rechtliche Aspekte des Impfens betreffen. Immer wieder wird gefordert, die Impfquote dadurch zu erhöhen, dass Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen sogleich die Eltern mitimpfen, also außerhalb ihres Fachgebiets tätig werden. Die (Muster-)Weiterbildungsordnung ordnet das Impfen dementsprechend den allgemeinen, allen Fachgebieten gemeinsamen Weiterbildungsinhalten zu und geht zudem davon aus, dass die dafür notwendigen Kenntnisse bereits während der Ausbildung, d.h. im Zuge des Studiums, erworben werden. Kürzlich konnte man lesen, dass nunmehr auch im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

ein entsprechender Dispens von der Fachgebietsbindung praktiziert wird. Eine Entscheidung des LSG Darmstadt v. 28.10.2015 – L 4 KA 31/14 weckt allerdings Zweifel, ob die Gerichte diese Linie mittragen werden. Es judizierte, dass das Fachgebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe auf die Behandlung von weiblichen Patienten beschränkt sei. Damit sei einem Frauenarzt/einer -ärztin jegliche Behandlung von Männern verwehrt und infolgedessen könne eine substitions-gestützte Behandlung männlicher Opiat-abhängiger durch einen Frauenarzt/einer -ärztin nicht abgerechnet werden.

Hemmschwellen für Impfungen, im Speziellen von Reiseimpfungen, will auch eine Kette für Outdoor-Bekleidung abbauen. Auf eine Klage der Zentrale zur Bekämpfung des unlauteren Wettbewerbs hin urteilte das KG Berlin am 21.6.2016 – 5 U 114/15, dass die räumliche Anbindung oder Einbindung einer Arztpraxis für Reise- und Tropenmedizin in die Räume eines Outdoor-Einzelhandelsgeschäfts mit einem Zugang nur über dessen Geschäftsräume grundsätzlich erlaubt sei. Es dürfe aber nicht der Eindruck der Eingliederung in den Geschäftsbetrieb erweckt werden. Aus berufsrechtlicher Sicht stellt sich zudem die Frage, wie in einer Einrichtung, die einer besseren Umkleidekabine gleicht, die ärztliche Schweigepflicht gewahrt werden kann.

Literaturverzeichnis

1. Maes jurisPR-FamR 11/2016, Anm. 6
2. Gehrlein GesR 2016, 127 (132)

Sicherstellung der Impfstoffversorgung aus Sicht der GKV

Brigitte Käser

AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, Hannover

Einführung

Der Gesetzgeber bringt seinen Wunsch zum Impfschutz im § 20i des SGB V zum Ausdruck. Hier wird die Aufgabe der primären Prävention durch Schutzimpfungen auf die gesetzlichen Krankenkassen übertragen. Damit ist sichergestellt, dass alle gesetzlich Krankenversicherten einen Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen im Sinne des § 2 Nr. 9 des Infektionsschutzgesetzes haben.

Die Einzelheiten zum Leistungsumfang werden in den Schutzimpfungsrichtlinien nach § 92 SGB V festgelegt. Die Ständige Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut gibt regelmäßig Empfehlungen heraus. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entscheidet über die Aufnahme der Empfehlungen in die Schutzimpfungsrichtlinie. Mit dem Inkrafttreten eines G-BA-Beschlusses werden Impfungen Bestandteil der Richtlinie und damit verbindlich in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen. Ausgenommen sind lediglich die Reiseimpfungen. Einzelne Kassen wie die AOK Niedersachsen bieten ihren Versicherten jedoch die Möglichkeit, sich ihre Reiseimpfungen als Satzungsleistung erstatten zu lassen. Wie aber wird nun in den einzelnen Bundesländern die Schutzimpfungsrichtlinie zum Leben erweckt? Hierzu schließen die Krankenkassen mit den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Impfvereinbarungen. In diesen le-

gen sie fest, wie viel Honorar der Arzt/die Ärztin für die Impfleistung erhält.

Die Verordnung der Impfstoffe erfolgt in der Regel auf Kassenrezept über den Sprechstundenbedarf (SSB). Auch hier gilt wie generell bei jeder Verordnung von Arzneimitteln das Wirtschaftlichkeitsgebot.

Analyse von Impfstoffmärkten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

2010 wurde das IGES Institut seitens des Bundesministeriums für Gesundheit mit der Fragestellung beauftragt, inwieweit sich Wirtschaftlichkeitspotenziale in der Versorgung mit Impfstoffen identifizieren und bereits bestehende Potenziale erschließen lassen. Hierfür wurden unter anderem die Preise von Impfstoffen in verschiedenen Ländern untersucht.

Der internationale Vergleich zeigte, dass die Preise in Deutschland bis zu 30 Prozent über dem europäischen Niveau liegen. Durch die Einführung des sogenannten Referenzpreisabschlags auf Impfstoffe nach § 130a Abs. 2 SGB V zum 1. Januar 2011 sollte das Preisniveau in Deutschland auf das Niveau der tatsächlich gültigen europäischen Vergleichspreise abgesenkt werden. Die entsprechenden Preise in den als Referenz heranzuziehenden Ländern der Europäischen Union und die daraus resultierenden Abschläge werden von

den Unternehmen ermittelt und an den GKV-Spitzenverband übersandt. Eine Prüfung der übermittelten Angaben ist nicht möglich, lediglich kann sich der GKV-Spitzenverband auf Anfrage die Berechnungsunterlagen übersenden lassen.

Des Weiteren wurde den gesetzlichen Krankenkassen durch die Einführung des § 132e Abs. 2 SGB V die Möglichkeit gegeben, Impfstoffe auszuschreiben.

Preissteuerung bei Impfstoffen läuft weitgehend ins Leere

Tatsächlich werden die vom Gesetzgeber ursprünglich postulierten Einsparungsziele dieses Instruments von 300 Mio. Euro pro Jahr [1] bisher nicht erreicht, da der Referenzpreisabschlag praktisch nur für einen geringen Teil des Impfstoffmarktes gilt. Wenn ein Produkt oder auch lediglich bestimmte in Deutschland verfügbare Packungsgrößen nicht oder nur eingeschränkt auf ausländischen Märkten angeboten werden, wird dies nicht vom Referenzpreisabschlag erfasst. So zeigt sich, dass aktuell 700 Pharmazentralnummern (PZN) im Handel verfügbar sind, hierbei allerdings nur 56 PZN mit einem Abschlag belegt sind, was einen Anteil von 8 Prozent bedeutet [2].

2011 war das Ziel, durch die Einführung des Referenzpreisabschlags auf Impfstoffe das Preisniveau in Deutschland auf das Niveau der tatsächlich gültigen europäischen Vergleichspreise zu senken. Im Jahr 2016 waren 662 PZN im Handel vorhanden, diese haben Gesamtausgaben bei der GKV Niedersachsen von rund 83 Millionen Euro im SSB verursacht.

Nur 46 PZN waren mit einem Referenzpreisabschlag belegt, der Ausgabenanteil dieser PZN lag zwar bei 20 Millionen Euro, dies entspricht einem Anteil von 24 Prozent an den Gesamtausgaben, die Einsparungen lagen allerdings nur bei 2,4 Millionen Euro, dies entspricht 2,9 Prozent.

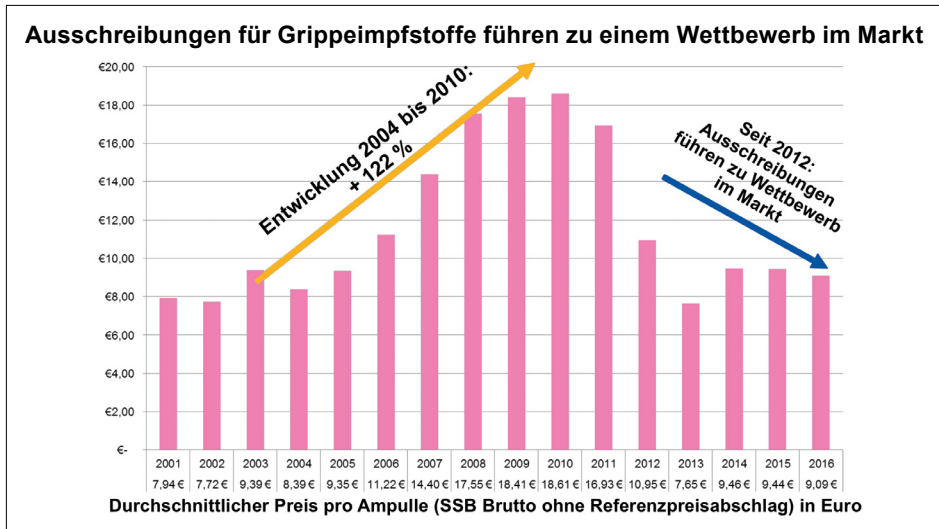
Diese Zahlen zeigen, dass die preisregulierenden Maßnahmen, die mit dem AMNOG eingeführt wurden, insbesondere auf dem Markt der Nichtgrippeimpfstoffe, praktisch ins Leere laufen. Im Bereich der Gripeschutzimpfungen wird die Möglichkeit einer Ausschreibung genutzt, um Wirtschaftlichkeitsreserven zu generieren. Bei Nichtgrippeimpfstoffen sind aufgrund umfassender globaler Konzentrationsprozesse bei den Impfstoffherstellern nur noch wenige Anbieter am Markt, so dass kein Bietermarkt vorhanden ist.

Einzige Ausnahme stellte die Ausschreibung von sechs Vakzinen für Standardimpfungen in Baden-Württemberg dar. Die Zuschläge wurden für Januar 2013 bis Dezember 2014 erteilt. Der Vertrag scheiterte aufgrund von Produktionsausfällen bei zwei Herstellern.

Bei den Grippeimpfstoffen ist es durch die Ausschreibungen gelungen, das im internationalen Vergleich sehr hohe Preisniveau wirksam zu senken. Die Ausschreibungsverträge haben zu einem Wettbewerb im Grippeimpfstoffmarkt geführt und eine Preisabsenkung auch für die Grippeimpfstoffe bewirkt, die keinen Rabattvertrag mit einer Krankenkasse haben [3].

VERFÜGBARKEIT UND VERSORGUNG MIT IMPFSTOFFEN

SICHERSTELLUNG DER IMPFSTOFFVERSORGUNG AUS SICHT DER GKV



Darstellung 1: „Ausschreibungen führen zu Wettbewerb im Markt“ [3]

Ausschreibungen führen nicht zu Lieferengpässen

Der Impfstoffmarkt ist aufgrund der globalen Konzentration zu einem Anbietermarkt geworden. Gemessen am Verordnungsanteil in der GKV vertrieben 2011 die drei größten Hersteller über 60 Prozent der Grippeimpfstoffe. Novartis hatte zu diesem Zeitpunkt einen Anteil an den Verordnungen von fast 27 Prozent der Grippeimpfstoffe in Deutschland. Die starke Konzentration auf dem Pharmamarkt hat zur Folge, dass massive Engpässe in der Versorgung entstehen, wenn die Produktion auch nur weniger Chargen bei einem Hersteller ausfällt.

In der Grippesaison 2012/2013 waren diese Auswirkungen erkennbar, als mehrere Chargen von Novartis-Impfstoffen aufgrund möglicher Verunreinigungen der Ampullen in

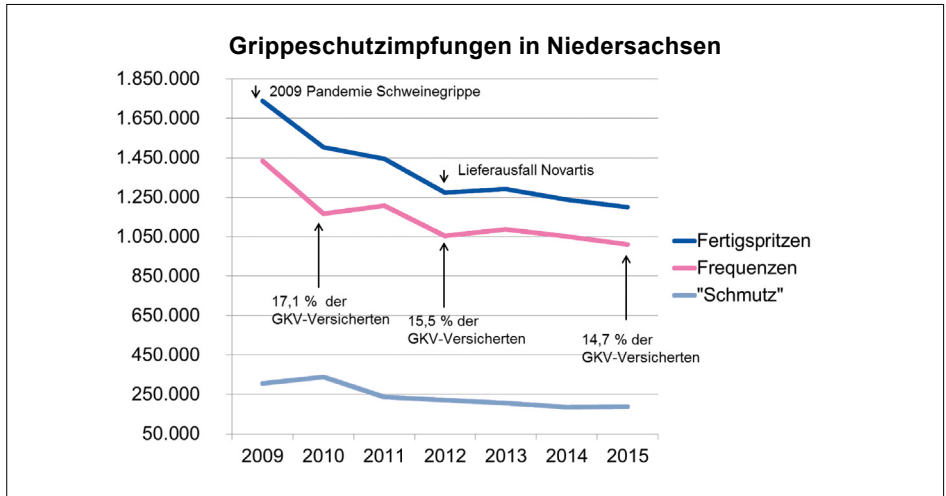
Deutschland nicht verkauft werden durften. Die Auswirkungen dieses Ausfalls von Novartis haben nichts mit zeitgleich geschlossenen Rabattverträgen zu tun. Auch ohne einen Rabattvertrag führt der Ausfall eines so großen Herstellers zu einem Lieferengpass.

Presseartikel zeigen darüber hinaus, dass es auch schon vor Grippeimpfstoffausschreibungen Lieferengpässe gab. In der Mittelbayerische Zeitung war 2006 zu lesen: „Die Herstellung der Impfstoffe hat sich verzögert [...] Es gibt also tatsächlich einen Lieferengpass beim Gripeschutz. Ein Virenstamm, der für die Produktion gebraucht wird, sei nur sehr langsam gewachsen. [...]“ [4].

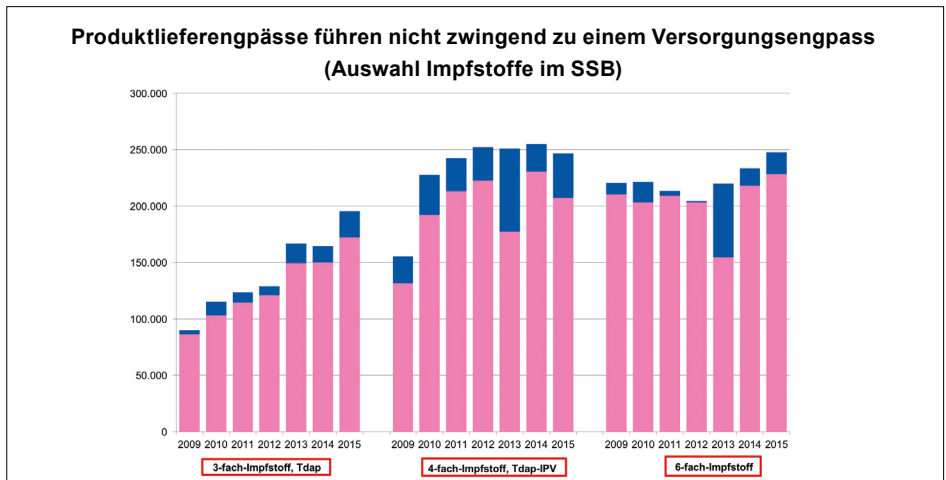
Lieferengpässe sind somit keine Folge von Impfstoffausschreibungen oder anderer Preisregulierungen in Deutschland, sondern anderen Faktoren geschuldet.

Der Verlauf der Gripeschutzimpfungen in Niedersachsen seit 2009 zeigt, dass immer genügend Impfstoffe auf dem Markt waren. Auch die Pandemie durch die Schweinegrippe 2009 oder der Produktionsausfall von Novartis 2012 haben zu keiner Knappheit in Niedersachsen geführt.

Die Kurve zur Anzahl der Fertigspritzen sowie die Kurve der Impffrequenzen verlaufen nahezu parallel zueinander. Auch die sogenannte Schutzquote, also der Anteil der Impfstoffe, die zwar von der GKV bezahlt, aber tatsächlich nicht verimpft wurden, zeigt einen identischen Verlauf.



Darstellung 2: Gripeschutzimpfungen 2001 – 2015



Darstellung 3: Produktlieferengpässe führen nicht zu Versorgungsengpass [3]

VERFÜGBARKEIT UND VERSORGUNG MIT IMPFSTOFFEN**SICHERSTELLUNG DER IMPFSTOFFVERSORGUNG AUS SICHT DER GKV**

Auch Nichtgrippeimpfstoffe weisen eine ähnliche Situation auf. Auch hier weist der Anteil der Schmutzquote einen deutlichen Anteil an den zu Lasten der GKV verordneten Impfstoffen auf.

Die Höhe der Schmutzquote bei Impfstoffen zeigt ein deutliches Verteilerproblem.

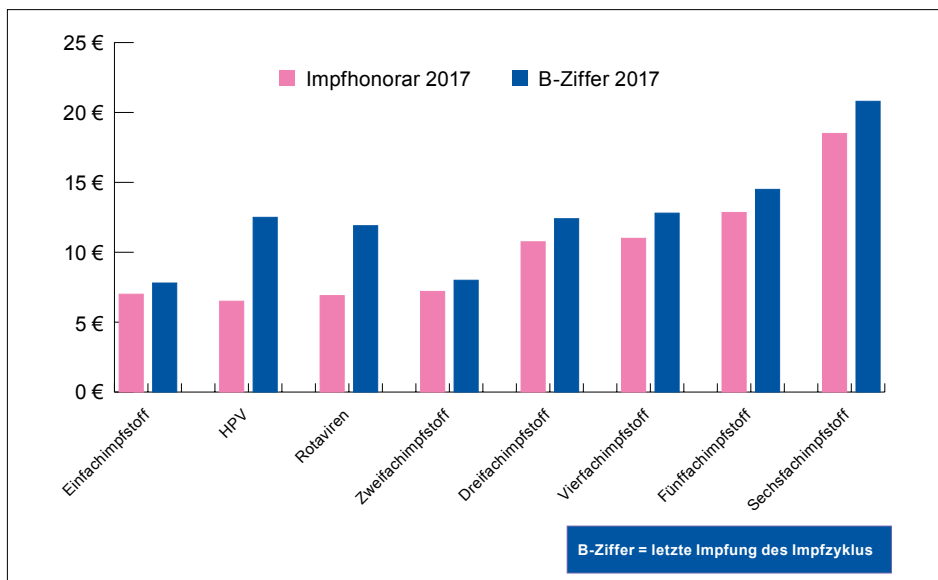
Ursachen für Lieferengpässe

Die Ursache für Lieferengpässe ist in der Konzentration der Hersteller und Problemen in der Herstellung zu finden. Weltweit gibt es nur wenige, spezialisierte Hersteller, die Impfstoffe produzieren. Produktionsausfälle und Qualitätsmängel schlagen daher weltweit durch. Zudem eröffnet die Globalisierung den Herstellern neue, unter Umständen finanziell attraktivere Absatzmärkte. Die Herstellerkonzerne gehen daher immer mehr Abgabeverpflichtungen ein.

Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt, dass es keine Lieferengpässe für Präparate gab, für die Ausschreibungsverträge abgeschlossen wurden. Der immer wieder konstruierte Zusammenhang zwischen den zu beobachtenden Lieferengpässen und den deutschen Preisregulierungsinstrumenten entbehrt daher jeder Grundlage. Eine Abschaffung der Ausschreibungsmöglichkeit wird die Versorgung deutlich verteuern, ohne sie zu verbessern.

Anreize zur Steigerung der Impfquote in Niedersachsen

Die AOK Niedersachsen nutzt verschiedene Wege, um die Impfquote in Niedersachsen zu fördern. Mit der KV wurden finanzielle Anreize für den Abschluss von Impfzyklen vereinbart.



Darstellung 4: finanzielle Anreize für Abschluss von Impfzyklen [5]

Die Vergütung für den Abschluss eines Impfzyklus, die sogenannte B-Ziffer, ist höher als für die erste Impfung. Denn nur abgeschlossene Impfzyklen bieten einen effizienten Schutz vor Krankheiten. Dies liegt nicht nur zuletzt im Interesse der Krankenkassen, sondern muss auch in einem gesamtgesellschaftlichen Kontext gesehen werden. Darüber hinaus wird dem erhöhten Beratungsbedarf bei Mehrfachimpfstoffen durch insgesamt höhere Impfhonorare Rechnung getragen.

§ 132e Abs. 2 SGB V bietet zudem die Möglichkeit, dass auch Betriebsärzte und -ärztinnen Schutzimpfungen zu Lasten der GKV vornehmen dürfen. In Niedersachsen besteht hierzu jedoch keine Nachfrage, da die Umsetzung für die Betriebsärzte und -ärztinnen sehr aufwendig ist.

Außerdem haben die Krankenkassen in Niedersachsen bereits 2003 die Möglichkeit genutzt, mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eine Vereinbarung zu schließen, damit sich Versicherte auch durch die örtlichen Gesundheits-

ämter impfen lassen können. Zur Steigerung der Impfungsrate bei der Grippeimpfung hat die AOK Niedersachsen in der vergangenen Impfsaison entsprechende Ankündigungsplakate in den Arztpraxen verteilt.

Zurzeit entwickelt die AOK Niedersachsen eine technische Lösung, um die Impfücken zu reduzieren, an anstehende Auffrischungsimpfungen zu erinnern und die Grundimmunisierung sicherzustellen.

Anmerkung der Redaktion: In diesem Zusammenhang wird auf den Vortrag: Recall-Digital: Erhöhung der Impfquoten durch den „Impfserver“ von Jan Seeger verwiesen, der in diesem Berichtsband enthalten ist.

Literaturverzeichnis

1. <http://www.zeit.de/news-nt/2010/9/12/iptc-bdt-20100912-486-26353400xml> „Rösler will Zwangsraubbatt für Impfstoff-Hersteller“ vom 13.09.2010
2. Lauer-Taxe, Stand: 01.05.2017
3. Rezeptprüfstelle Duderstadt, SSB Niedersachsen
4. Mittelbayerische Zeitung, 12.10.2006
5. AOK Niedersachsen, eigene Darstellung

HPV-IMPfung: Neue wissenschaftliche Erkenntnisse

Univ.-Prof. Dr. Stefanie J. Klug, MPH

Lehrstuhl für Epidemiologie, Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften,

Technische Universität München, München

Humane Papillomviren und assoziierte Erkrankungen

Humane Papillomviren sind sexuell übertragbare DNA-Viren, die vor allem Zellen der Haut oder Schleimhaut infizieren können (Buyse & Klug, 2017). Bislang sind über 150 HPV-Typen bekannt, von denen ca. 40 Typen vorrangig den Genital- und Analbereich befallen. HPV-Infektionen sind transient und die Hochrisiko-HPV-Typen 16, 18, 33, 45, 52 und 58 sind kausal für das Zervixkarzinom (IARC, 2012; Muñoz et al., 2003). Bis zu 70 % aller Zervixkarzinomfälle weltweit werden von den HPV-Typen 16 und 18 verursacht (Schiffman et al., 2007).

Weitere HPV-assoziierte Erkrankungen sind benigne Hautwarzen, Genitalwarzen, zervikale, vulväre und perianale intraepitheliale Dysplasien, aber auch Karzinome der Vulva, der Vagina, des Anus, des Penis und des Oropharynx (Seifert & Klug, 2016).

HPV-Prävalenz in Deutschland

Eine Studie aus Thüringen zeigte, dass 7,9 % der Frauen im Alter von 18 bis 70 Jahren positiv auf Hochrisiko-HPV-Typen getestet wurden (Schneider et al., 2000). Bei Frauen über 30 Jahre in Hannover und Tübingen waren rund 6,3 % positiv für Hochrisiko-HPV-Typen (Petry et al., 2003). Die häufigsten nachgewiesenen Hochrisiko-HPV-Typen in zytologisch negati-

ven Frauen aus dieser Studienpopulation waren HPV 16, 31, 52 und 51 (Klug et al., 2007). Bei Frauen unter 30 Jahren lag die Hochrisiko-HPV-Prävalenz zwischen 23 und 28 % (Iftner et al., 2010; Petry et al., 2013). Eine populationsbasierte Querschnittsstudie zeigte eine deutlich niedrigere HPV-Prävalenz bei geimpften Frauen zwischen 20 und 25 Jahren als bei ungeimpften (Deleré et al., 2014).

HPV-IMPfstoffe

Seit 2006 gibt es eine prophylaktische IMPfung gegen HPV. Insgesamt sind mittlerweile drei IMPfstoffe zugelassen. Ein bivalenter IMPfstoff immunisiert gegen HPV 16 und 18, ein quadravalenter IMPfstoff schützt vor Infektionen mit HPV 6, 11, 16 und 18. Neben Erkrankungen im Genitalbereich schützt dieser IMPfstoff auch vor Genitalwarzen. Seit 2015 ist ein nonavalenter IMPfstoff zugelassen, der gegen die HPV-Typen 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 und 58 immunisiert (EMA, 2016).

Aktuelle Empfehlung der STIKO

Seit 2014 wird in Deutschland durch die Ständige IMPfkommission der Bundesrepublik Deutschland (STIKO) empfohlen, dass die vollständige IMPfserie bei Mädchen zwischen 9 und 14 Jahren vor dem ersten Sexualkontakt abgeschlossen sein sollte (Robert Koch-Institut, 2014).

Internationale Empfehlungen

Die WHO empfiehlt, dass nationale Impfprogramme die HPV-Impfung für Mädchen zwischen 9 und 13 Jahren umfassen sollten. Die HPV-Impfung von Jungen wird nicht als Priorität empfohlen (WHO, 2014). In den USA gilt die HPV-Impfempfehlung für Mädchen und Jungen zwischen 11 und 12 Jahren (ACIP, 2016; Meites et al., 2016). Einige Länder wie Australien, Kanada und Neuseeland haben organisierte schulbasierte Impfprogramme (Garbe & Klug, 2017). In Europa haben 22 der 29 EU-Länder Empfehlungen für eine HPV-Impfung. Österreich hat als erstes europäisches Land ein schulbasiertes HPV-Impfprogramm für Mädchen und Jungen eingeführt (ECDC, 2012).

Wirksamkeit der HPV-Impfung

Die HPV-Impfung bietet über 99 % Schutz vor einer HPV-Infektion, wenn das geimpfte Mädchen vor der Impfung HPV-naiv war (Harper et al., 2006). In Australien wurden 78 % der Mädchen und 72 % der Jungen zwischen 12 und 13 Jahren im Jahr 2014 vollständig geimpft (National HPV Program Register, 2016). Nach Einführung der Impfung sank die Prävalenz der HPV-Typen 6, 11, 16 und 18 bei Frauen in Australien deutlich von 28,7 % auf 6,7 % (Tabrizi et al., 2012). Ein deutlicher Rückgang der hochgradigen Krebsvorstufen sowie der genitalen Warzen bei geimpften Mädchen in Australien ist ebenfalls nachweisbar (Ali et al., 2013; Brotherton et al., 2015). Eine Studie aus den USA zeigte ebenfalls einen deutlichen Rückgang der hochgradigen Krebsvorstufen des Zervixkarzinoms (Kim et al., 2017). Auch in Europa zeigten verschiedene Studien bereits einen solchen

Rückgang (Arbyn et al., 2016; Baldur-Felskov et al., 2014; Herweijer et al., 2016).

Nebenwirkungen der HPV-Impfung

Weltweit wurden bis 2014 bereits fast 50 Millionen Menschen gegen HPV geimpft. Im Zeitraum von 2006 bis 2014 wurden in den USA 25.063 Meldungen von Nebenwirkungen dokumentiert, 92,4 % wurden als nicht-schwerwiegend deklariert, 7,6 % als schwerwiegend. Nebenwirkungen waren vor allem Schwindel, Kopfschmerzen und Übelkeit. Es gibt keine Hinweise auf einen kausalen Zusammenhang der HPV-Impfung und den damit in Zusammenhang gebrachten Todesfällen (Markowitz et al., 2014).

HPV-Impfquoten in Deutschland

Die HPV-Impfquote in Deutschland ist niedrig. Sie lag bei 17-jährigen Mädchen im Jahr 2007 bei 38,5 % (Schülein et al., 2016); bis zum Jahr 2014 stieg die Impfquote lediglich auf 42,5 % (Robert Koch-Institut, 2017). Vor allem werden Mädchen in Deutschland erst relativ spät geimpft (Robert Koch-Institut, 2017).

Fazit

Eine hohe Impfquote sowie eine Impfung vor dem ersten sexuellen Kontakt sind notwendig, um die Inzidenz von HPV-assoziierten Erkrankungen zu senken. Die Wirksamkeit der HPV-Impfung zur Verhinderung von HPV-Infektionen, genitalen Warzen und hochgradigen Vorstufen des Zervixkarzinoms wurde gezeigt. Eine Teilnahme an der Krebsfrüherkennung ist auch bei geimpften Frauen weiterhin notwendig.

EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE IMPFAKZEPTANZ AM BEISPIEL DER HPV-IMPfung

HPV-IMPfung: NEUE WISSENSCHAFTLICHE ERKENNTNISSE

Die Impfquoten in Deutschland sind niedrig und seit Einführung der HPV-IMPfung kaum gestiegen. International liefern vor allem schulbasierte Impfprogramme deutlich höhere Impfquoten.

In Deutschland gibt es seit 2007 die Empfehlung der STIKO zur IMPfung von Mädchen gegen humane Papillomviren; diese wurde 2014 aktualisiert. Allerdings gibt es in Deutschland kein organisiertes Impfprogramm, kein Impfgister und keine Impfempfehlung für Jungen.

Literaturverzeichnis

1. ACIP. (2016). Human Papillomavirus (HPV) ACIP Vaccine Recommendations. Retrieved from <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/vacc-specific/hpv.html>
2. Ali, H., Donovan, B., Wand, H., Read, T. R. H., Regan, D. G., Grulich, A. E., ... Guy, R. J. (2013). Genital warts in young Australians five years into national human papillomavirus vaccination programme: national surveillance data. *BMJ*, 346(apr18 1), <https://doi.org/10.1136/bmj.f2032>
3. Arbyn, M., Broeck, D. V., Benoy, I., Bogers, J., De-puydt, C., Praet, M., ... Weyers, S. (2016). Surveillance of effects of HPV vaccination in Belgium. *Cancer Epidemiology*, 41, 152–158. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2015.12.011>
4. Baldur-Felskov, B., Dehlendorff, C., Junge, J., Munk, C., & Kjaer, S. K. (2014). Incidence of cervical lesions in Danish women before and after implementation of a national HPV vaccination program. *Cancer Causes & Control*, 25(7), 915–922. <https://doi.org/10.1007/s10552-014-0392-4>
5. Brotherton, J. M. L., Saville, A. M., May, C. L., Chappell, G., & Gertig, D. M. (2015). Human papillomavirus vaccination is changing the epidemiology of high-grade cervical lesions in Australia. *Cancer Causes & Control*, 26(6), 953–954. <https://doi.org/10.1007/s10552-015-0568-6>
6. Buysse, L. & Klug, S. J. (2017) Humane Papillomaviren: Erreger, Übertragung und Prävalenz. *Der Gynäkologe*. <https://doi.org/10.1007/s00129-017-4090-7>
7. Deleré, Y., Remschmidt, C., Leuschner, J., Schuster, M., Fesenfeld, M., Schneider, A., ... Kaufmann, A. M. (2014). Human Papillomavirus prevalence and probable first effects of vaccination in 20 to 25 year-old women in Germany: a population-based cross-sectional study via home-based self-sampling. *BMC Infectious Diseases*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2334-14-87>
8. ECDC (2012). Introduction of HPV vaccines in European Union countries. Retrieved from ecdc.europa.eu/en/.../20120905_GUI_HPV_vaccine_update.pdf
9. EMA (2016, January 20). Human papillomavirus vaccines. Retrieved from http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/refer-rals/Human_papillomavirus_vaccines/human_refer-ral_prac_000053.jsp&mid=WC0b01ac05805c516f
10. Garbe, Y., & Klug, S. J. (2017). Aktueller Stand der HPV-IMPfung in Deutschland. *Der Onkologe*. <https://doi.org/10.1007/s00761-017-0231-9>
11. Harper, D. M., Franco, E. L., Wheeler, C. M., Moscicki, A.-B., Romanowski, B., Roteli-Martins, C. M., ... Dubin, G. (2006). Sustained efficacy up to 4-5 years of a bivalent L1 virus-like particle vaccine against human papillomavirus types 16 and 18: follow-up from a randomised control trial. *The Lancet*, 367(9518), 1247–1255. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68439-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68439-0)
12. Herweijer, E., Sundström, K., Ploner, A., Uhnoo, I., Sparén, P., & Arnheim-Dahlström, L. (2016). Quadrivalent HPV vaccine effectiveness against high-grade cervical lesions by age at vaccination: A population-based study: Quadrivalent HPV vaccine effectiveness against high-grade cervical lesions. *International Journal of Cancer*, 138(12), 2867–2874. <https://doi.org/10.1002/ijc.30035>
13. Iftner, T., Eberle, S., Iftner, A., Holz, B., Banik, N., Quint, W., & Straube, A.-N. (2010). Prevalence of low-risk and high-risk types of human papillomavirus and other risk factors for HPV infection in Germany within different age groups in women up to 30 years of age: An epidemiological observational study. *Journal of Medical Virology*, 82(11), 1928–1939. <https://doi.org/10.1002/jmv.21910>
14. IARC (Ed.). (2012). *IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, Volume 100B, Biological Agents*, International Agency for Research on Cancer, Lyon: France
15. Kim, C.-J., Song, R., Chen, J., Da Silva, F. T., Go-

EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE IMPFAKZEPTANZ AM BEISPIEL DER HPV-IMPfung

HPV-IMPfung: NEUE WISSENSCHAFTLICHE ERKENNTNISSE

- pala, K. B., Kim, J. H., ... Park, J. S. (2017). Six-year multi-centre, observational, post-marketing surveillance of the safety of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine in women aged 10-25 years in Korea: Post-Marketing Study of Bivalent HPV Vaccine in Korea. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. <https://doi.org/10.1002/pds.4175>
16. Klug, S. J., Hukelmann, M., Hollwitz, B., Düzenli, N., Schopp, B., Petry, K.-U., & Iftner, T. (2007). Prevalence of human papillomavirus types in women screened by cytology in Germany. *Journal of Medical Virology*, 79(5), 616–625. <https://doi.org/10.1002/jmv.20863>
17. Markowitz, L. E., Dunne, E. F., Saraiya, M., Chesson, H., Curtis, C., Gee, J., Unger, E. (2014). Human Papillomavirus Vaccination: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.*, (63), 1–30
18. Meites, E., Kempe, A., & Markowitz, L. E. (2016). Use of a 2-Dose Schedule for Human Papillomavirus Vaccination — Updated Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65(49), 1405–1408. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6549a5>
19. Muñoz, N., Bosch, F. X., de Sanjosé, S., Herrero, R., Castellsagué, X., Shah, K. V., ... Meijer, C. J. L. M. (2003). Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus Types Associated with Cervical Cancer. *New England Journal of Medicine*, 348(6), 518–527. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa021641>
20. National HPV Program Register. (2016). HPV Coverage Data. Retrieved from <http://www.hpvregister.org.au/research/coverage-data>
21. Petry, K. U., Luyten, A., Justus, A., Iftner, A., Strehle, S., Reinecke-Lüthge, A., ... Iftner, T. (2013). Prevalence of high-risk HPV types and associated genital diseases in women born in 1988/89 or 1983/84 – results of WOLVES, a population-based epidemiological study in Wolfsburg, Germany. *BMC Infectious Diseases*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2334-13-135>
22. Petry, K.-U., Menton, S., Menton, M., van Loenen-Frosch, F., de Carvalho Gomes, H., Holz, B., ... Iftner, T. (2003). Inclusion of HPV testing in routine cervical cancer screening for women above 29 years in Germany: results for 8466 patients. *British Journal of Cancer*, 88(10), 1570–1577. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6600918>
23. Robert Koch-Institut. (2014). *Epidemiologisches Bulletin* (34)
24. Robert Koch-Institut. (2017). *Epidemiologisches Bulletin* (1)
25. Schiffman, M., Castle, P. E., Jeronimo, J., Rodriguez, A. C., & Wacholder, S. (2007). Human papillomavirus and cervical cancer. *The Lancet*, 370(9590), 890–907. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61416-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61416-0)
26. Schneider, A., Hoyer, H., Lotz, B., Leistritz, S., Kühne-Heid, R., Nindl, I., ... Dürst, M. (2000). Screening for high-grade cervical intra-epithelial neoplasia and cancer by testing for high-risk HPV, routine cytology or colposcopy. *International Journal of Cancer*, 89(6), 529–534
27. Schüle, S., Taylor, K. J., König, J., Claus, M., Blettner, M., & Klug, S. J. (2016). Factors influencing uptake of HPV vaccination among girls in Germany. *BMC Public Health*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3663-z>
28. Seifert, U., & Klug, S. J. (2016). HPV-Impfungen für Mädchen und Jungen: Update. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 164(11), 994–1003. <https://doi.org/10.1007/s00112-016-0165-0>
29. Tabrizi, S. N., Brotherton, J. M. L., Kaldor, J. M., Skinner, S. R., Cummins, E., Liu, B., ... Garland, S. M. (2012). Fall in Human Papillomavirus Prevalence Following a National Vaccination Program. *Journal of Infectious Diseases*, 206(11), 1645–1651. <https://doi.org/10.1093/infdis/jis590>
30. WHO. (2014). *Weekly epidemiological record* (No. 43) (pp. 465–492)

Was benötigt die Ärzteschaft in ihrer Funktion als wichtigster Multiplikator?

Dr. med. Stefan Trapp

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), Landesverband Bremen, Bremen

Hintergrund

Niedergelassene Kinder- und Jugendärzte und Hausärzte führen in Deutschland den größten Teil der Impfungen durch. Sie sind damit wesentlich für die Umsetzung der nationalen Impfempfehlungen verantwortlich. Am Beispiel der HPV-Impfung kann beispielhaft gezeigt werden, welche Hindernisse der Umsetzung von STIKO-Empfehlungen entgegenstehen. Dabei werden nicht nur Ängste und Vorbehalte unter den Patientinnen (und deren Eltern) angesprochen, sondern auch der Umgang der Medien mit dem Thema und hilfreiche wie störende Aktivitäten einer (mehr oder weniger) professionellen Fachöffentlichkeit. Auch die kontroverse Diskussion innerhalb der Fachgruppe der Pädiater sowie die teilweise ambivalente Haltung der Kinder- und Jugendärzte gegenüber der Jugendmedizin wird beleuchtet.

Ursachen der Ablehnung der HPV-Impfung

Trotz der überzeugenden Wirksamkeit (gegen Präkanzerosen), der hohen Anwendungssicherheit und großen Relevanz der Krebsprävention ist es seit der ersten Empfehlung der STIKO 2007 zur Impfung gegen HPV nicht gelungen, die Impfraten wesentlich zu steigern. Es kann gezeigt werden, dass die Ursache dafür eine tiefe Verunsicherung von medizinischen Laien wie auch von Teilen der Ärzteschaft ist,

die ihren Ursprung sowohl in skandalisierenden Berichten der Medien über vermeintliche Risiken der HPV-Impfung in den Jahren 2007 und 2008 als auch in gleichzeitig veröffentlichten kritischen Stimmen aus der Medizin hat. Im Mittelpunkt der öffentlichen Kritik (z.B. „Manifest der 13“), vor allem aus allgemeinärztlichen und gynäkologischen Kreisen, stand dabei nicht so sehr die Sicherheit der Impfung, sondern Zweifel an der Datengrundlage und der Unabhängigkeit der STIKO.

Auch wenn die Sicherheit der HPV-Impfung heute noch eindrucksvoller belegt ist und auch einige der ärztlichen Kritiker von 2008 ihre ablehnende Haltung relativiert haben, wirkt die Debatte bis heute nach. Da das ärztliche Gespräch die mit Abstand wichtigste Informationsquelle über die HPV-Impfung für die jungen Patientinnen und ihre Mütter ist, führt die Kritik von Ärztinnen und Ärzten zu einer erheblichen Verunsicherung. So berichteten 2009 62 % der befragten Gynäkologen und Pädiater von Abbrüchen begonnener HPV-Impfungen, von denen zwei Drittel mit „Verunsicherung durch die öffentliche Diskussion“ begründet wurden.

Als weiteres wesentliches Impfhindernis stellt sich die Wahrnehmung der Impfung in einem sexualisierten Kontext heraus. Dieses führt zu einer kontraproduktiven Verschleppung des Impfbeginns und zu einer erschwerten Kommu-

EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE IMPFAKZEPTANZ AM BEISPIEL DER HPV-IMPFUNG

WAS BENÖTIGT DIE ÄRZTESCHAFT IN IHRER FUNKTION ALS WICHTIGSTER MULTIPLIKATOR?

nikation mit Eltern, die Sexualität stark tabuisieren. Sinnvoller erscheint eine Kommunikation mit Fokus auf die primäre Krebsprävention.

Es ist bekannt, dass die Koppelung der HPV-Impfung an die Jugend-Vorsorgeuntersuchung J1 die Impfraten erhöht. Ein verbindliches Einladewesen zur J1 und auch Informationsaktionen des ÖGD in den Schulen würden hier positiv verstärkend wirken. Allerdings erfolgt die J1 (mit 12 bis 14 Jahren) für einen optimalen Impfzeitpunkt der HPV-Impfung zu spät. Es bietet sich eine Koppelung an die Vorsorge U11 (mit 9 bis 10 Jahren) an, die allerdings bislang keine gesetzliche Vorsorge ist und damit nicht für alle Kinder zur Verfügung steht.

Ein weiteres Impfhindernis ist die ambivalente Haltung der gesetzlichen Krankenkassen: Bis heute gibt es völlig unterschiedliche Regelungen der Impfstoffverordnung und der Vergütung in den regionalen Impfvereinbarungen. Der einheitliche Bezug der HPV-Impfstoffe über den Sprechstundenbedarf wird von einzelnen Kassen blockiert. Dadurch entsteht für die impfenden Ärzte und Ärztinnen und die Patientinnen eine unübersichtliche Situation und für die Praxen ein reales Regressrisiko. Gleichzeitig ist die Vergütung der Impfungen in den meisten Impfvereinbarungen nicht ansatzweise ausreichend. So kann in Bremen mit einer Beratungszeit für die HPV-Impfung von zwei Minuten kalkuliert werden.

Effektive Recall-Systeme können die Impfraten deutlich verbessern. Als Beispiel für ein bereits etabliertes System wurde die PraxisApp® „Mein Kinder- und Jugendarzt“ vorgestellt.

Fazit

- Man soll klare Aussagen gegenüber den Patientinnen formulieren, dabei die Überlagerung des Impftemas mit Kritik an Institutionen und Unternehmen vermeiden und vor allem die Krebsprävention als Ziel der HPV-Impfung benennen.
- Die HPV-Impfung soll von einem sexualisierten Kontext gelöst werden!
- Weitere gesetzliche Vorsorgen im Schulalter (U10 und U11) sind sinnvoll.
- Ein verbindliches Einladewesen zu allen Vorsorgen würde die Impfquote heben.
- Klare Verpflichtung auch der Krankenkassen auf die STIKO-Empfehlungen und einheitliche Abrechnung und Handhabung der einzelnen Impfungen in ganz Deutschland sind notwendig.
- Impfungen sollen kostendeckend und einheitlich vergütet werden.
- Krankenkassen sollen keine Regressansprüche an impfende Ärzte und Ärztinnen stellen.

HPV-Impfung: Lösungsansätze für eine höhere Durchimpfungsquote

Dr. med. Etta Huppertz
Gesundheitsamt Bremen, Bremen

Hintergrund

Humane Papillomaviren (HPV) sind weit verbreitet. Deshalb stecken sich die meisten Männer und Frauen im Laufe ihres Lebens an. Bestimmte Virustypen erhöhen das Risiko für Gebärmutterhalskrebs, der bei Frauen unter 49 Jahren nach dem Brustkrebs der zweithäufigste bösartige Tumor ist. Jährlich gibt es in Deutschland ca. 6.200 Erkrankungen und ca. 1.600 Todesfälle. Die Impfung gegen HPV für Mädchen wird in Deutschland seit 2007 empfohlen. Die Impfquote ist aber leider gering und steigt im Gegensatz zu anderen neu eingeführten Impfungen nur langsam an. Nach der Erhebung auf der Basis der KV- Abrechnungsdaten betrug sie zwischen 2011-2014 für die vollständig geimpften Mädchen nur 26,5-30,5 %, wobei die neuen Bundesländer mit 39,4-45,3 % höhere Impfquoten haben als die alten Bundesländer, die nur 24,9-27,9 % erreichen [1].

Die Ergebnisse einer mehrsprachigen Fragebogenaktion in Bremen und Bremerhaven, an der 632 Schülerinnen im Alter zwischen 12 und 20 Jahren teilnahmen, zeigen, dass die Kenntnisse über die HPV-Infektion mangelhaft sind. So kannten 50 % der Befragten HPV nicht. Dennoch bestehen Vorbehalte gegen die Impfung. Nur 12 % der Teilnehmer gab an, sie seien dagegen geimpft. Kenntnis der Impfung war vor allem dann vorhanden, wenn zuvor ein(e)

Gynäkologe(Gynäkologin) aufgesucht worden war. Migrationshintergrund spielte dabei keine Rolle [2]. Deshalb besteht in Anbetracht der negativen Einstellung gegenüber der HPV-Impfung ein dringender Handlungsbedarf.

Schulimpfprogramm Bremen gegen HPV

Die Schulimpfung ist in angelsächsischen Ländern ein wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsvorsorge. In Australien konnten durch die staatlichen Impfprogramme große Erfolge erzielt werden. Auch in Singapur, in skandinavischen Ländern u. a. und neuerdings in Österreich gibt es schulbasierte Impfprogramme gegen HPV.

Um die Durchimpfungsrate zu messen, den jungen Mädchen Informationen zur Verfügung zu stellen und ihnen die Impfung anzubieten, wurde in Bremen ab 2013 nach schon länger bestehender Abstimmung zwischen Gesundheitsbehörde und Bildungsbehörde ein Schulimpfprogramm nach australischem Vorbild initiiert. Dies erfolgte im Einverständnis mit den politischen Gremien und im Einklang mit der Bremer Erklärung zur HPV-Impfung und in Absprache mit den niedergelassenen Kinderärzten und -ärztinnen. Das Impfprogramm wurde durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes organisiert und von den gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Vereinbarung zur Kostentragung unterstützt.

Zuerst wurden mit einem kombinierten Informations- und Einwilligungsschreiben die Eltern aller Schülerinnen der 8. Klassen (13-15 Jahre) in Bremen umfassend informiert, nach dem

Impfstatus gefragt und um Zustimmung oder Ablehnung der Impfung ihrer Tochter in der Schule gebeten. Der Rücklauf der Anschreiben ist in der Tabelle 1 zusammengestellt.

Rücklauf	2013/2014		2014/2015		2015/2016		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ja	1732	71	1758	73,5	1721	75	5211	73
Nein	699	29	634	26,5	567	25	1900	27
Gesamt	2431	100	2392	100	2288	100	7111	100

Tab. 1: Rücklauf der Einwilligungsbögen

Die Angaben der Eltern in Bezug auf den Impfstatus ergaben, dass 57,6- 69,7 % nicht geimpft, 7,4-11,6 % unvollständig und nur 6,3-6,8 % dreimal geimpft waren. Von den etwa 1.700 Mädchen pro Jahr mit Rücklauf gaben etwa 30 % der Eltern ihre Zustimmung zur Impfung.

Die Impfungen wurden während der Unterrichtszeit zwei- bzw. dreimal nach STIKO-Empfehlung mit dem Impfstoff Gardasil® verabreicht. Detaillierte Angaben bezüglich der Impfeinwilligung, Teilnahmerate und Impfquoten sind der Abb.1 zu entnehmen.

Schulimpfprogramm HPV Bremen

Impfeinwilligung: 1.553 (30 % der Rückläufe)

Beteiligung an der Impfung: 1.322 (370; 460; 492)
Schülerinnen (ca. 20 % eines Jahrgangs)

Vollständig geimpfte Schülerinnen nach der Impfkampagne: 20,5 %; 24,9 %; 27,0 % des Jahrgangs

→ **3-4 mal mehr als vor der Impfkampagne**

Abb. 1: Ergebnisse des Schulimpfprogramms

EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE IMPFAKZEPTANZ AM BEISPIEL DER HPV-IMPfung

HPV-IMPfung: LÖSUNGSANSÄTZE FÜR EINE HÖHERE DURCHIMPfUNGSQUOTE

Diese Zahlen überschätzen einerseits die gesamte Durchimpfungsrate des Jahrgangs, da die Schülerinnen ohne Rücklauf vermutlich eine niedrigere Durchimpfungsrate aufwiesen. Andererseits unterschätzen diese Zahlen die Durchimpfungsrate, da sich mehrere Eltern nach der Aufklärung entschlossen, die Impfung oder die Fortsetzung der Impfung von niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen durchführen zu lassen. Der Durchimpfungsgrad in Bremen war damit, wie in

anderen Teilen Deutschlands, sehr niedrig.

Über die Nebenwirkungen der Impfung wurde keine Statistik geführt. Neben Schwellung und Schmerzen an der Einstichsstelle kam es gelegentlich zu Kollapserscheinungen. Schwere Nebenwirkungen wurden nicht berichtet. Aus placebokontrollierten Studien ist es bekannt, dass nur Rötung oder Schwellung an der Einstichsstelle statistisch signifikant auftreten (s. Tab. 2).

Nebenwirkungen (NW)	Bei Verum	Bei Placebo	Signifikanz
Alle NW	76,5 %	67,6 %	P < 0,001
Einstichsstelle	77 %	67,7 %	P < 0,001
Systematische NW	35 %	36 %	P = 0,223
Schwerwiegende NW	0,15 %	0,14 %	P = 0,774
Drop out	0,03 %	0,06 %	P = 0,367
Tote	12	17	
Neue chronische Erkrankungen	3,36 %	4,85 %	P = 0,246

Tab. 2: Nebenwirkungen der HPV-Impfung in placebokontrollierten Studien [3]

Fazit

Die Impfquote gegen HPV ist in Bremen, wie in anderen Teilen Deutschlands auch, sehr niedrig. Unsere Erfahrungen zeigen, dass es möglich ist, ein Impfprogramm in Schulen in Zusammenarbeit mit relevanten Akteuren/Akteurinnen durchzuführen. Der Anstieg der Rate der geimpften Mädchen (3 Jahrgänge 2013-2016) der 8. Klasse von weniger als 7 % auf 26 % ist ein guter Anfangserfolg, der durch weitere aufsuchende Fürsorge in subsidiärer Konzeption und das niederschwellige Angebot fortgeführt werden soll. Wie eine schwedische Studie zeigt [4], hängt die vergleichsweise niedrige Zustimmungsrate der Eltern zur Impfung

von etwa 30 % vor allem mit diffusen Ängsten, Sorge um mögliche Nebenwirkungen und unzureichende Information der Eltern zusammen. Deshalb sind gezielte Informationskampagnen ebenso notwendig wie deutlich wahrnehmbare Unterstützung durch die Politik und Medien, um die Akzeptanz der HPV-Impfung und damit auch die elterliche Zustimmung zu verbessern.

Literaturverzeichnis

1. Epid Bull 2017; 1: 1-16
2. Samkange-Zeeb, F., Spallek, L., Klug, S.J. et al.: J Community Health 2012; 37: 1151
3. Macki M., Dabajy A.A.: Basic Clin Androl 2016; 26:16-27
4. Grandahl, M. et al.: Acta Paediatrica 2014; 103:436-441

Recall-Digital: Erhöhung der Impfquoten durch den „Impfserver“

Jan Seeger

AOK – Gesundheitskasse für Niedersachsen, Hannover

Hintergrund

Die Frage um eine mögliche Impfpflicht sorgte in der Vergangenheit immer wieder für Diskussionen. Auch andere Länder beschäftigt das Thema wie zum Beispiel die australische Regierung. Sie plant, die Eltern, die ihre Kinder nicht impfen möchten, von bestimmten staatlichen Leistungen und Steuererleichterungen auszuschließen. In Deutschland kann jeder für sich selbst weiterhin entscheiden, gegen welche Infektionskrankheiten er sich impfen lassen möchte. Hilfe bei der Entscheidung bietet die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut.

Mit der Entwicklung einer Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV) wurde erstmals ein Impfstoff entwickelt, der der Krebsprävention dient. Durch eine Immunisierung gegen bestimmte Formen dieser Viren sollen die meisten

Fälle von Gebärmutterhalskrebs verhindert werden. Ungefähr 1.600 Frauen sterben jährlich in Deutschland an einem Cervix-Karzinom. Die STIKO empfiehlt für 9- bis 13-jährige Mädchen ein Impfschema mit zwei aufeinander folgenden Injektionen, bei 14- bis 17-jährigen Mädchen erfolgt die Immunisierung durch drei Impfdosen.

Problematisch ist die geringe Inanspruchnahme. Nach den Angaben im Epidemiologischen Bulletin sind bundesweit nur 30,5 % der 15-Jährigen und 42,5 % der 17-Jährigen vollständig immunisiert [1]. Anhand der Abrechnungsdaten der AOK Niedersachsen ist eine signifikante Differenz zwischen der ersten und der letzten Impfdosis im Impfzyklus zu erkennen. Gründe hierfür dürfte u. a. das fehlende Wissen über die Relevanz des vollständigen Impfschutzes oder das schlechte „Vergessen“ des Folgetermins sein (Abb. 1).

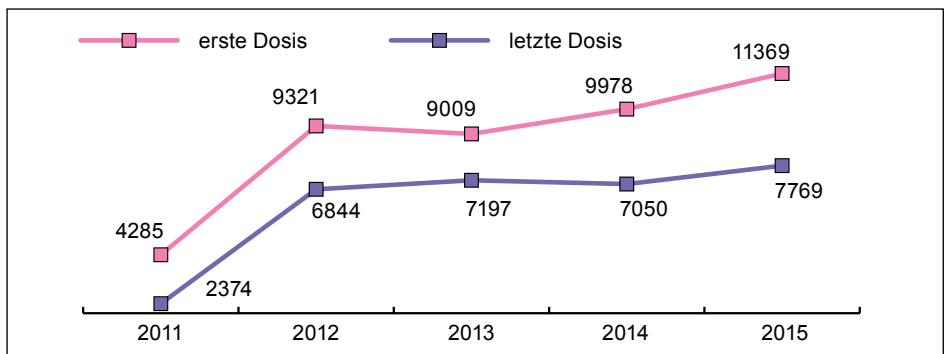


Abb. 1: Abrechnungsdaten der AOK Niedersachsen für die erste und letzte HPV-Impfung im Zeitraum 2011-2015

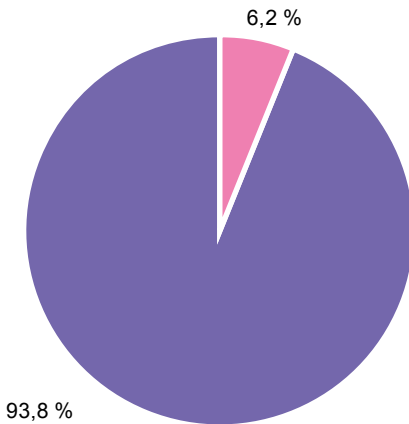
„Impfserver“

Durch ein Recall-System könnte die Impfquote verbessert und vergleichbare Ergebnisse erzielt werden wie im Bereich der Früherkennungsuntersuchung bei Kindern (Abb. 2). Eine Erinnerung auf Basis der Abrechnungsdaten ist nur bedingt geeignet, da diese der AOK nicht rechtzeitig vorliegen. Daher muss eine andere technische Lösung entwickelt werden, die Versicherte und Ärzte/Ärztinnen mit einbezieht: Der „Impfserver“.

Dazu wird die Impfung nicht nur in der Praxissoftware erfasst, sondern auch über eine sichere Schnittstelle in einer zertifizierten Ap-

plikation, dem sogenannten „Impfserver“, gespeichert. Nähert sich ein Termin zur weiteren Immunisierung, wird diese Information vom Server an die Praxissoftware weitergegeben. Und noch mehr: Auch die Jugendlichen erfahren über eine App, dass sie sich um den nächsten Arzttermin kümmern müssen. Diese Anwendung kann jungen Frauen nebenbei viele weitere Informationen rund um das Thema HPV zur Verfügung stellen. Mittels dieses Verfahrens wird sowohl von Versicherten- als auch von Arztseite auf den Termin hingewiesen. Auch die AOK kann ihren Beitrag leisten, indem sie Daten von noch nicht geimpften Versicherten im entsprechenden Alter über den „Impfserver“ zur Verfügung stellt.

- Einführung eines verbindlichen Einladungs- und Meldewesen für die U-Untersuchungen im April 2010 (NFrüherkUG)
- Dokumentierung der Ergebnisse der Untersuchungen in einem Vorsorgeheft (U-Heft)



→ Vorlage Vorsorgeheft, Schuleingangsuntersuchung 2014, Niedersachsen, n = 65.926

→ Für 93,8 % der Kinder wurde das Vorsorgeheft zur Schuleingangsuntersuchung vorgelegt

- Vorsorgeheft nicht vorgelegt
- Vorsorgeheft vorgelegt

Abb. 2: Erreichbare Impfquoten durch das Recall-System unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Früherkennungsuntersuchung bei Kindern

EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE IMPFAKZEPTANZ AM BEISPIEL DER HPV-IMPfung

RECALL-DIGITAL: ERHÖHUNG DER IMPFQUOTEN DURCH DEN „IMPFSEVER“

Für die Zukunft könnte eine solche elektronische Erfassung von Impfungen auch für andere Indikationen einen großen Vorteil bringen. Derzeit wird davon ausgegangen, dass für die HPV-Impfung keine Auffrischung erforderlich ist. Bei einigen Infektionskrankheiten wie Tetanus und Diphtherie dagegen ist alle zehn Jahre eine erneute Immunisierung notwendig. Hier gibt es deutlichen Handlungsbedarf: Laut DEGS1-Studie haben 28,6 % der Bevölkerung in den letzten 10 Jahren keine Tetanus-Impfung und 42,9 % keine Diphtherie-Impfung erhalten [2].

Eine automatische, elektronische Erinnerung – sowohl der Ärzteschaft als auch der Versicherten – könnte einen großen Beitrag zur Reduzierung von Impflücken, zur Sicherstellung der Grund-immunisierung als auch für die gegebenenfalls erforderliche Auffrischungsimpfung leisten.

Literaturverzeichnis

1. Epid Bull 2017; 1: 1-16
2. Link zur Datei:
<http://edoc.rki.de/oa/articles/reb7vPK7TXrvs/PDF/28zSzwWnYZBs.pdf>

Aufarbeitung der Evaluationsbögen zur Nationalen Impfkonzferenz 2017

Dr. Konrad Beyrer

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Hannover

Am 10. und 11. Mai 2017 fand die 5. Nationale Impfkonzferenz in den Weser-Ems-Hallen in Oldenburg statt. Die Konferenz unter dem Motto „Impfen in unterschiedlichen Lebenswelten – Gemeinsam Impfplücken schließen!“ wurde gemeinsam von den Bundesländern Bremen und Niedersachsen ausgerichtet.

Neben Plenarvorträgen und Vorträgen in zwei Parallelsessions (2. Tag) wurden vier Workshops durchgeführt. Darüber hinaus wurden auch 45 Poster ausgestellt. Insgesamt haben 225 Personen aus unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen an der Veranstaltung teilgenommen. Sehr stark vertreten war der ÖGD von Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene.

Bei der Registrierung am ersten Konferenztag wurde allen Teilnehmenden ein Evaluationsbogen (siehe s.137) ausgehändigt mit der Bitte, diesen am Ende der Veranstaltung ausgefüllt, aber anonym in eine entsprechende Box einzuwerfen. Einmalig wurde zu Beginn der Veranstaltung auf die

Wichtigkeit der Evaluation hingewiesen. Es wurde keine aktive Nachfrage nach dem Evaluationsbogen am Ende der Veranstaltung im Sinne einer „Ausgangskontrolle“ durchgeführt.

Zusammensetzung der Teilnehmenden laut Anmeldung

Für alle 225 Teilnehmenden liegen Angaben zur Berufstätigkeit vor (Tabelle). Der ÖGD stellte demnach mit 44 % die stärkste Berufsgruppe, gefolgt von Industrievertretern (22 %).

Von diesen 225 Teilnehmenden gehörten 200 Personen (Anzahl A) zu dem Kreis, von dem angenommen werden kann, dass er einen Evaluationsbogen ausgefüllt haben könnte. Bei den 25 Personen (Anzahl B), bei denen das eher nicht der Fall war, handelt es sich um Mitglieder des Organisationsteams, die Ehrengäste sowie Referenten oder Referentinnen, die nur vorübergehend (i.d.R. nur für die entsprechende Vortragsession) an der Veranstaltung teilnahmen.

Angaben zur Tätigkeit	Anzahl A	% A	Anzahl B	% B	Gesamt	% Gesamt
Medizinisches Personal	8	4,0 %	3	12,0 %	11	4,9 %
Niedergelassene Ärzte	7	3,5 %	0	0,0 %	7	3,1 %
ÖGD	83	41,5 %	16*	64,0 %	99	44,0 %
Industrie	48	24,0 %	1	4,0 %	49	21,8 %
Wissenschaft	19	9,5 %	1	4,0 %	20	8,9 %
Studierende	4	2,0 %	0	0,0 %	4	1,8 %
Sonstige	31	15,5 %	4	16,0 %	35	15,6 %
Gesamtergebnis	200	100,0 %	25	100,0 %	225	100,0 %

Tabelle: Zahl der Teilnehmenden und ihre berufliche Zuordnung

Erläuterung: *Hierin sind 10 Personen aus dem Organisationsteam enthalten

Insgesamt wurden 47 Fragebögen abgegeben. Dies entspricht demnach einem Rücklauf von 24 % (47 von 200). Nachfolgend werden die Ergebnisse der Evaluationsbögen in der Reihenfolge der gestellten Fragen dargestellt.

1. In welchem Bereich sind Sie tätig?

Tätigkeitsbereich	Anzahl	%
Ambulante Versorgung	3	6,4 %
ÖGD	27	57,4 %
Industrie	12	25,5 %
Wissenschaft	1	2,1 %
Sonstige	4	8,5 %
Gesamtergebnis	47	100,0 %

Aus dem Bereich der stationären Versorgung gingen keine Rückmeldungen ein. Der ÖGD war bei den Rückläufen etwas überrepräsentiert.

2. Wie empfanden Sie das Niveau der Veranstaltung?

Niveau	Anzahl	%
Zu niedrig	1	2,1 %
Angemessen	46	97,9 %
Zu hoch	0	0 %
Gesamtergebnis	47	100,0 %

3. Wie bewerten Sie die Themenauswahl allgemein?

Themenauswahl	Anzahl	%
Gut	26	55,3 %
Zufriedenstellend	19	40,4 %
Weniger zufriedenstellend	1	2,1 %
Keine Angaben	1	2,1 %
Gesamtergebnis	47	100,0 %

4. Wie empfanden Sie die Mischung aus Vorträgen und aktiver Workshop-Arbeit?

Mischung Vorträge / WS	Anzahl	%
Ausgewogen	41	87,2 %
Zu viele Vorträge	1	2,1 %
Zu viel Workshop	4	8,5 %
Keine Angaben	1	2,1 %
Gesamtergebnis	47	100,0 %

5. Wie schätzen Sie Ihren persönlichen Nutzen für Ihren Arbeitsbereich ein?

Nutzen	Anzahl	%
Gut	20	42,6 %
Zufriedenstellend	24	51,1 %
Gering	3	6,4 %
Gesamtergebnis	47	100,0 %

6. Was denken Sie über die Dauer der Veranstaltung?

Dauer	Anzahl	%
Zu kurz	3	6,4 %
Angemessen	41	87,2 %
Zu lang	3	6,4 %
Gesamtergebnis	47	100,0 %

7. Wie empfanden Sie den Service rund um die Veranstaltung?

Organisation und Service	Anzahl	%
Gut	33	70,2 %
Zufriedenstellend	11	23,4 %
Weniger zufriedenstellend	2	4,3 %
Keine Angaben	1	2,1 %
Gesamtergebnis	47	100,0 %

8. Wie empfanden Sie Räumlichkeiten und deren Ausstattung?

Räumlichkeiten	Anzahl	%
Gut	36	76,6 %
Zufriedenstellend	8	17,0 %
Weniger zufriedenstellend	2	4,3 %
Keine Angaben	1	2,1 %
Gesamtergebnis	47	100,0 %

Vorbemerkung zur Auswertung der Fragen Nr. 9 bis 13

Die Fragen Nr. 9 bis 13 waren offen formuliert, so dass die Beantwortung über Freitexteinträge erfolgte. Dementsprechend wurden die hier vorgenommen Freitexteinträge kategorisiert und entsprechend inhaltlich zusammengefasst. Da einzelne Punkte ggf. von mehreren Teilnehmenden genannt wurden, weicht die Summe der Nennungen von der Zahl der eingegangenen Rückmeldungen ab.

9. Was hat Ihnen besonders gut gefallen? Was sollte beibehalten werden?

Zunächst die verschiedenen kategorisierten Nennungen im Überblick.

Lob für	Anzahl
Workshop	25
Organisation/Service	7
Vorträge	6
Posterausstellung	6
Themenwahl	4
„Get together“	3
Gesamtergebnis	51

Anhand der Rückmeldungen scheinen die Workshops als Element der breiten Beteiligung aller Teilnehmenden sehr gut angenommen worden zu sein. Knapp die Hälfte der Rückmeldungen hat dies als Freitexteintrag so zurückgespiegelt.

Die Teilnehmenden waren ebenso mit Themenwahl als auch mit den Vorträgen und Postern zufrieden. Auch für die gesamte Organisation, den Service rund um die Veranstaltung als auch für das „Get together“, gab es positive Rückmeldungen.

10. Was hat Ihnen nicht gefallen bzw. wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten?

Zunächst die verschiedenen kategorisierten Nennungen im Überblick.

Kritik	Ergebnis
Anmeldeprozess zu lange	9
Organisation der Posterausstellung	6
Zu wenig niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	4
Zu viele Grußworte	4
Diskussionen zu kurz	3
Workshop-Raum zu klein	3
Sonstige Einzelnennungen (s. Text unten)	13
Gesamtergebnis	42

Als häufigster Kritikpunkt wurden Verzögerungen und Stau bei der Anmeldung vor Ort genannt, durch den es am ersten Tag in der Stunde vor dem Veranstaltungsbeginn zur Bildung einer längeren Warteschlange kam. Zum Veranstaltungsbeginn konnten aber alle Teilnehmenden rechtzeitig anwesend sein.

Bei der Organisation der Posterausstellung wur-

de insbesondere der Geräuschpegel bei der Posterpräsentation bemängelt, aber auch, dass es zu wenig Platz für die Poster gegeben habe und die Posterführung an sich zu kurz gewesen sei.

Die Tatsache, dass der Kreis der Teilnehmenden nicht ausgewogen war bzw. dass zu wenige Niedergelassene, die ja die Hauptstütze der Durchimpfung sind, an der Veranstaltung teilgenommen haben, wurde an dieser, aber auch an anderer Stelle wiederholt bemängelt. Ebenso empfanden einige Teilnehmende die vier gehaltenen Grußworte als zu lang.

Einige Teilnehmende wünschten sich längere und ausgiebigere Diskussionen nach den Vorträgen.

Auch wenn die Workshops im Allgemeinen sehr positiv aufgenommen wurden, wurde vereinzelt kritisiert, dass die Räume z.T. zu klein waren, weshalb die Workshop-Arbeit durch den Lärmpegel und die sinkende Luftqualität beeinträchtigt wurde.

Kritikpunkte, die seltener als 3-mal genannt wurden waren, dass

- Oldenburg etwas schwer zu erreichen ist,
- keine Industrieausstellung angeboten wurde,
- interessante Vorträge nicht besucht werden konnten, weil diese in Parallelsessions gehalten wurden,
- die Konferenzzeiten ungünstig gelegt wurden (1. Tag zu lang, 2. Tag zu kurz; zu später Beginn am 1. Tag, zu wenige Pausen),
- es keine ausreichende Ausschilderung vor den Weser-Ems-Hallen gegeben hat,
- die Themenauswahl nicht breit genug war,
- die Inhalte und Outcomes der Nationalen

Impfkonferenz zu vage sind,

- die Moderation am 1. Tag zuweilen für Irritationen sorgte.

11. Folgende Themen sollten Ihrer Meinung nach zukünftig behandelt werden:

Zukünftige Themen	Ergebnis
Follow-up der NIKs/NaLI	8
Impfkampagnen (Schule, Asylsuchende)	4
„Risikogruppen“/spezielle Zielgruppen	3
Asymmetrische Risikowahrnehmung (Infektion/Impfung)	3
Praxisorientierte Materialien	2
Fortbildung zu aktuellen Impftemen	2
Umsetzung des Präventionsgesetzes	2
Niedergelassene einbeziehen	1
Werbung für ÖGD	1
Vernetzung der Akteurinnen und Akteure	1
Medizinstudium	1
Fachübergreifendes Impfen	1
Digitale Impfdokumentation	1
Impfstoffengpässe	1
Massenimpfungen	1
Migration	1
Diagnostik	1
Nutzung von Surveillance-Daten	1
Gesamtergebnis	35

Relativ häufig wurde die Erwartung geäußert, dass auf den kommenden Nationalen Impfkonferenzen jeweils darüber berichtet wird, wie die Vorschläge aus der vorherigen NIK umgesetzt wurden, wie der Stand dazu ist, was sich „bewegt“ hat. Auch die Rolle der NaLI wurde mehrfach angesprochen. Es besteht somit ein Bedürfnis zu erfahren, wie und vor allem was und mit welchem Ergebnis in diesen Einrichtungen gearbeitet wird.

In vielen Nennungen wurden auch Themen angeschnitten, die auf der 5. NIK 2017 andiskutiert wurden: Zugang zu „Risikogruppen“/ spezielle Zielgruppen, Umsetzung von Impfkampagnen in unterschiedlichen Lebenswelten/Settings. Auch sollen Ideen, Vorgaben für konkrete Hilfen entwickelt werden, wie bestehende Initiativen verbessert oder auch andere ins Leben gerufen werden können (z.B. praxisorientierte Materialien, fachübergreifendes Impfen, Umsetzung des Präventionsgesetzes, Nutzung von Surveillance-Daten, Vernetzung der Akteurinnen und Akteure, Integration der Impfausbildung in das Medizinstudium, Aufklärung über die asymmetrische Risikowahrnehmung gegenüber der natürlichen Infektion und den Ängsten vor einer Impfung, digitale Impfdokumentation etc.).

Vereinzelte wurde aber auch der Wunsch geäußert, dass auf den NIKs auch zu einem Teil eine konkrete Fortbildung zu aktuellen Impftemen (Impfstoffe, Diagnostik, etc.) angeboten wird.

12. Welche Erwartungen haben Sie an die nächste Nationale Impfkongferenz?

Erwartungen	Ergebnis
Follow-up der NIKs/NaLI	8
Ausgewogener Teilnehmerkreis	4
Mehr Diskussion	3
Konkrete Ziele/Beschlüsse/Arbeitsaufträge	1
Gesamtergebnis	16

Hier wiederholen sich auch Anmerkungen, die bereits bei der Betrachtung der Rückmeldungen aus den vorherigen Fragen besprochen wurden.

13. Sonstige Bemerkungen

Bei den allgemeinen Bemerkungen wurde angegeben:

- Der Konferenzort Oldenburg war nicht für alle leicht zu erreichen.
- Die nächste Nationale Impfkongferenz sollte ggf. am Wochenende stattfinden, damit auch Niedergelassene kommen können, die 90 % der Impfungen durchführen.
- Es sollten mehr Berufsverbände eingeladen werden bzw. sollte der Kreis der Teilnehmenden ausgewogen besetzt sein.
- Der Einfluss der bisherigen Impfkongferenzen auf die Durchimpfung bzw. die Reduktion der Krankheitslast bei den impfpräventablen Erkrankungen ist nicht wirklich sichtbar; es sollten mehr Taten als Worte gemacht werden. Das Intervall zwischen den Impfkongferenzen ist ggf. zu kurz gewählt, um Effekte erkennen zu können.

Fazit

Die Nationale Impfkongferenz 2017 wurde im Großen und Ganzen als gut und hilfreich bewertet. Insbesondere das Workshop-Modul, das eine Partizipation aller Teilnehmenden erlaubte, wurde sehr begrüßt. Es ist allerdings auch klar, dass nicht jede Nationale Impfkongferenz wieder auf dieses Element zurückgreifen sollte. Bei der Ausrichtung zukünftiger Nationaler Impfkongferenzen sollte berücksichtigt werden, dass auch die niedergelassene Ärzteschaft vertreten ist. Hierbei muss aber grundsätzlich entschieden werden, ob die Nationale Impfkongferenz als Fortbildungsveranstaltung oder als eher fachlich-politischer Rahmengerber konzipiert sein soll. Letztendlich wird sich daran dann auch der Kreis der Teilnehmenden orientieren.



5. Nationale Impfkongferenz

10. - 11. Mai 2017

Weser-Ems-Hallen | Oldenburg



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung

Die Senatorin für Wissenschaft,
Gesundheit und Verbraucherschutz

Freie
Hansestadt
Bremen

Fragebogen für Teilnehmende zur Bewertung der Veranstaltung

Wir bitten Sie, Ihre Meinung, Kritik und Vorschläge zur Veranstaltung zu äußern. Ihre Mitarbeit ist eine wichtige Hilfe zur Sicherung und Verbesserung der Qualität zukünftiger Nationaler Impfkongferenzen. Vielen Dank!

1. In welchem Bereich sind Sie tätig?

☐ stationäre Versorg. ☐ ambulante Versorg. ☐ ÖGD ☐ Industrie ☐ Wissenschaft ☐ Sonst.

2. Wie empfanden Sie das Niveau der Veranstaltung?

☐ zu niedrig ☐ angemessen ☐ zu hoch

3. Wie bewerten Sie die Themenauswahl allgemein?

☐ gut ☐ zufriedenstellend ☐ weniger zufriedenstellend

4. Wie empfanden Sie die Mischung aus Vorträgen und aktiver Workshop-Arbeit?

☐ ausgewogen ☐ zu viele Vorträge ☐ zu viel Workshop-Phase

5. Wie schätzen Sie Ihren persönlichen Nutzen für Ihren Arbeitsbereich ein?

☐ gut ☐ zufriedenstellend ☐ gering

6. Was denken Sie über die Dauer der Veranstaltung?

☐ zu kurz ☐ angemessen ☐ zu lang

7. Wie empfanden Sie den Service rund um die Veranstaltung?

☐ gut ☐ zufriedenstellend ☐ weniger zufriedenstellend

8. Wie empfanden Sie Räumlichkeiten und deren Ausstattung?

☐ gut ☐ zufriedenstellend ☐ weniger zufriedenstellend

9. Was hat Ihnen besonders gut gefallen? Was sollte beibehalten werden?

10. Was hat Ihnen nicht gefallen bzw. wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten?

11. Folgende Themen sollten Ihrer Meinung nach zukünftig behandelt werden:

12. Welche Erwartungen haben Sie an die nächste Nationale Impfkongferenz?

13. Sonstige Bemerkungen:

Wie geht es weiter?

**Herzlich Willkommen zur
6. Nationalen Impfkonzferenz
am 23. und 24. Mai 2019
in Hamburg**

Die Länder Hamburg und Schleswig-Holstein tragen die 6. Nationale Impfkonzferenz gemeinsam aus.



Impressionen aus dem Konferenzraum

Hochrangige Politiker der zuständigen Bundes- und Landesministerien sowie der Kommunalpolitik brachten durch Ihre Anwesenheit den besonderen Stellenwert der Impfkonzferenz zum Ausdruck.



Oben hintere Reihe beim Pressefoto: Dr. Fabian Feil, MPH (Referent, Nds. Sozialministerium), Prof. Dr. Lothar Wieler (Präsident des Robert Koch-Instituts), Dr. Andreas Zapf (Präsident des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit), Claudia Schröder (Abteilungsleiterin, Nds. Sozialministerium), Dr. Matthias Götz (Referatsleiter bei der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien Hansestadt Bremen) und vordere Reihe von links nach rechts:

Dr. Matthias Pulz (Präsident des Nds. Landesgesundheitsamts), Prof. Dr. Eva Quante-Brandt (Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien Hansestadt Bremen), Cornelia Rundt (Nds. Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung), Germaid Eilers-Dörfler (Bürgermeisterin der Stadt Oldenburg), Karin Knufmann-Happe (Abteilungsleiterin, Bundesministerium für Gesundheit).



Blick in den Konferenzsaal.

A

Aichinger, E.	90, 91
Arnold-Fabian, U.	72

B

Baillot, A.	85, 95
Barrasa, A.	95
Bastian, S.	94
Bekeredjian-Ding, I.	5, 97
Berger, A.	89
Beyrer, K.	4, 5, 44, 134
Biere, B.	93
Bödeker, B.	84
Böhm, H.	94
Bogdan, C.	90
Borrmann, M.	93
Brenninkmeyer, C.	7, 12, 84
Brosch, R.	94
Buch, S.	88
Buchholz, U.	93
Buck, S.	84
Buda, S.	93
Burghardt, J.	83

C

Castell, S.	4, 38
------------------	-------

D

Damm, O.	94
Daniels-Haardt, I.	87
Dreesman, J.	85, 95
Dreweck, C.	94

E

Edwards, A.	91
------------------	----

Eilers-Dörfler, G.	141
Ellsäßer, G.	86, 92, 95
Enders, D.	95
Englert, L.	91
Espié, E.	95

F

Falkenhorst, G.	90
Fechler, A.	87, 91
Feil, F.	7, 12, 44, 84, 141
Fischer, H.	88
Fischer, R.	92
Fischer, S.	96
Friedrich, C.	95

G

Ganser, C.	87
Geisler, P.	93
Georg, I.	92
Götz, M.	6, 141
Gopala, K.	95
Gottschalk, C.	93
Gottschalk, S.	86
Gräfe, L.	85, 93
Groffik, C.	93
Guignard, A.	95

H

Hagemann, C.	90
Handschak, B.	93
Harder, T.	90, 96
Hartmann, C.	85
Haschke, T.	85
Heckötter, J.	44
Heiden, an der, M.	93

Hellenbrand, W.	89
Helmeke, C.	85
Hierl, W.	92
Hölscher, G.	84, 92
Horstkötter, N.	28
Hummers-Pradier, E.	90
Huppertz, E.	5, 128

I

Irmscher, H.-M.	85
----------------------	----

J

Joggerst, B.	91
Jurke, A.	87

K

Käser, B.	5, 116
Kartal, Z.	85
Kaufmann, A. M.	96
Keller, S.	83
Keller-Stanislawski, B.	93
Klett-Tammen, C.J.	38
Klug, S.	5, 122
Knoblauch, B.	91
Knufmann-Happe, K.	141
Koch, J.	84
Kolbe, M.	93
Kompauer, I.	94
Korzekwa, A.	44
Kos, M.	94
Kouros, B.	72, 146
Krämer, A.	90
Krause, G.	38
Krempelhuber, von, A.	95
Krings, A.	96

L

Lang, A. S.	84
Lang, P.	4, 28
Leher, A.	87, 94
Lelgemann, M.	4, 41
Lengerke, von, T.	38
Lepique, K.	92
Liebl, B.	12, 84, 92
Liese, J.	90, 96
Lippe, S.	93
Loenenbach, A.	96
Lohr, D.	90
Ludwig, M.-S.	7, 12, 84, 92
Lüdecke, K.	95

M

Mandel, T.	92
Mankertz, A.	88, 96
Matysiak-Klose, D.	12, 88
Mayer, G.	93
Mertens, E.	44, 95
Mischke, K.	83
Möhl, A.	85
Moser, E.	91

N

Nennstiel-Ratzel, U.	12, 84, 92
---------------------------	------------

O

Oberle, D.	93
Ommen, O.	28
Oppermann, H.	93
Ouédraogo, N.	87, 90, 91

P

Pavel, J.	93
Perleth, M.	94
Pfaff, G.	87, 90, 91, 94, 96
Prahm, K.	93
Preuß, U.	93
Pulz, M.	122, 141

Q

Quante-Brandt, E.	6, 141
------------------------	--------

R

Rangwich-Fellendorf, U.	76
Reckendrees, B.	28
Reick, D.	96
Reischmann, T.	91
Remschmidt, C.	90
Reuss, A.	93
Rieck, T.	74, 93
Riedel, O.	95
Ritter, A.	91
Rundt, C.	6, 141
Rupp, C.	80

S

Sanftenberg, L.	91, 93
Santibanez, S.	88
Schelling, J.	91, 93
Schmidt-Ott, R.	95
Schneider, T.	92
Schönauer, T.	76
Scholz, K.	5, 110
Schröder, C. (Bremen)	95
Schröder, C. (Hannover)	4, 7, 84, 141
Schroeder, S.	88

Schrörs, H.-J.	83, 91, 93
Schüler, E.	88
Schutter, U.	95
Schweiger, B.	93
Seeger, J.	5, 131
Seybold, J.	85
Siedler, A.	88, 93
Siffczyk, C.	95
Simon, J.	95
Sing, A.	89
Solarek, A.	85
Speiser, S.	7, 84
Srdic, P.	94
Streng, A.	90, 96
Sydow, W.	94

T

Takla, A.	89, 96
Thiesemann-Reith, H.	83
Thole, S.	87
Toikkanen, S. E.	95
Trapp, S.	5, 126
Traub, U.	76
Trost-Brinkhues, G.	86

U

Ultsch, B.	94
-----------------	----

V

Vollmar, J.	5, 106
------------------	--------

W

Wagner-Wiening, C.	96
Wahle, K.	94
Wasem, J.	94

Weber, M.	80
Wedde, M.	93
Weißbrich, B.	96
Westfahl, L.	96
Wichmann, O.	84, 89, 90, 94, 96, 97
Wieler, L.	4, 20, 141
Wiese-Posselt, M.	96
Wildner, M.	12, 92
Wittig, A.	74

Z

Zapf, A.	4, 12, 84, 141
Zepp, F.	4, 72, 83
Ziehm, D.	85
Zoellner, I.	94, 96

5. Nationale Impfkonzferenz

Impfen in unterschiedlichen Lebenswelten –
Gemeinsam Impfzücken schließen!

Herausgeber:

Freie Hansestadt Bremen
Die Senatorin für Wissenschaft,
Gesundheit und Verbraucherschutz
Contrescarpe 72
28195 Bremen

Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover

1. Auflage

Scientific writing und Redaktion
Prof. Dr. Bijan Kouros, Stuttgart
Satz: YAEZ Verlag GmbH, Stuttgart
Druck: Freie Hansestadt Bremen, Die Senatorin für Finanzen, Druckerei

Copyright

Der Berichtsband ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung der Herausgeber 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 5. Nationalen Impfkonzferenz 2017“) und der jeweiligen Referentin bzw. des jeweiligen Referenten die hier behandelten Themen aufzugreifen und Informationen weiter zu verbreiten. Anfragen, die wie oben beschrieben der Zustimmung der Herausgeber bedürfen, werden möglichst schnell und unbürokratisch bearbeitet.

Danksagung

Wir danken dem wissenschaftlichen Komitee für die Unterstützung bei der Vorbereitung der Konferenz, allen Mitwirkenden, die zum Gelingen der Workshops beigetragen haben, und dem Bundesministerium für Gesundheit für die finanzielle Unterstützung für die Erstellung dieses Berichtsbandes.

