

# Entwurf Protokoll

## 8. Sitzung der Nationalen Verifizierungskommission zur Elimination der Masern und Röteln am Robert Koch-Institut

Datum der Sitzung: 30. November 2016

Ort: TMF-Zentrum, Charlottenstr. 42, 10117 Berlin

Beginn: 11:00 Uhr    Ende: 17:00 Uhr

---

### Teilnehmer<sup>1</sup>

NAVKO-Mitglieder\*: (*anwesend: 7 von insgesamt 8 Mitgliedern*)

Frau [REDACTED]  
Herr [REDACTED]  
Frau [REDACTED]  
Frau [REDACTED]  
Herr [REDACTED]  
Herr [REDACTED]  
Herr [REDACTED]

Entschuldigt:

Frau [REDACTED]

Ständige Gäste:

Herr [REDACTED]  
Frau [REDACTED]  
Frau [REDACTED] (Bayern, seit 30.11.2016 Ständiger Gast der NAVKO)  
Frau [REDACTED]  
Frau [REDACTED]

Entschuldigt:

Frau [REDACTED] (Masern, Mumps, Röteln am RKI)

Geschäftsstelle der Kommission (Fachgebiet Impfprävention, RKI):

Frau [REDACTED] (Protokoll)  
Frau [REDACTED]  
Frau [REDACTED]

Weitere geladene Gäste dieser Sitzung:

Frau [REDACTED] (weilweise)  
Frau [REDACTED] (weilweise)  
Frau [REDACTED] (ZI Braunschweig)  
Herr [REDACTED]

\* Die Fragebögen zur Einschätzung des Anscheins einer möglichen Befangenheit wurden im Vorfeld der Sitzung an die Mitglieder versandt und bewertet. Es lag vor der Sitzung kein Anschein einer Befangenheit bei den Mitgliedern vor.

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

## Tagesordnung

TOP	Zeit	Thema	Dokumente
1	11:00 – 11:05	Begrüßung durch die Vorsitzende [REDACTED]	
2	11:05 – 11:15	<i>Abstimmung</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Annahme der Tagesordnung</li> <li>• Annahme des Protokolls der 7. Sitzung</li> </ul> (Wicker)	Protokollentwurf der 7. Sitzung
3	11:15 – 12:30	<i>Vorstellung, Diskussion</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Epidemiologie der Masern und Röteln – aktuelle Entwicklungen in 2016 ([REDACTED] Thoullass)</li> <li>– KV-Impfsurveillance - Aktuelle Daten zu Masernimpfquoten in [REDACTED] ([REDACTED])</li> </ul>	
	12:30 – 13:00	Mittagspause	
4	13:00 – 13:30	<i>Vorstellung, Diskussion</i> Einstellung und Impfverhalten von Hausärzten und medizinischen Fachangestellten in [REDACTED] [REDACTED]	
5	13:30 – 15:00	<i>Vorstellung, Diskussion</i> Brauchen wir zusätzliche Impfkationen (wie SIAs) in [REDACTED]? ([REDACTED])	
	15:00 – 15:30	Kaffeepause	
6	15:30 – 16:30	<i>Diskussion</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie kann die NAVKO den Prozess der Eliminierung intensiver voranbringen?</li> <li>• Wie kann sichergestellt werden, dass die Erkenntnisse der NAVKO besser verbreitet und diskutiert werden können?</li> </ul> [REDACTED]	
7	16:30 – 17:00	<i>Verschiedenes</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Bericht der Geschäftsstelle zur Nationalen Lenkungsgruppe Impfen (Ludwig)</li> <li>– Vorziehung des Abgabetermins des WHO-Berichtes auf den 15.04.2017</li> <li>– Nächster Termin</li> <li>– Weitere Punkte...?</li> </ul> [REDACTED]	

## TOP 1 und TOP 2

Die Vorsitzende der Kommission begrüßt die Mitglieder der Kommission und ihre Gäste. Die Tagesordnung wird ohne weitere Änderungen angenommen. Der Protokollentwurf für die 7. Sitzung im Juni 2016 ging den Kommissionsmitgliedern mit Verspätung zu. Die in der Geschäftsstelle daraufhin eingegangenen Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge wurden in den Entwurf eingearbeitet und das Protokoll im Vorfeld der 8. Sitzung nochmals an die Kommission verschickt. Die Anwesenden haben keine weiteren Änderungswünsche.

Das Protokoll wird mit 7 Stimmen von 7 anwesenden Mitgliedern der Kommission angenommen.

## TOP 3

Frau [REDACTED] hält einen Vortrag zur Epidemiologie der Masern und Röteln und weiteren Entwicklungen in 2016. Aus den Ländern der Europäischen Union (EU) bzw. Europäischen Wirtschaftszone (EWZ) gingen im Zeitraum 09/2015 bis 08/2016 Daten von n = 2.266 Masernfällen ein, wobei insbesondere in Rumänien seit dem Frühjahr 2016 ein großer Ausbruch stattfindet. Die Anzahl der Rötelfälle im Zeitraum 07/2015 bis 06/2016 in der EU/EWZ betrug n = 1.708, weiterhin werden insbesondere aus Polen viele Rötelfälle gemeldet. Frankreich und Belgien haben nach wie vor keine Meldepflicht der Röteln. Das Regionalkomitee der WHO-Region Euro hat in einem Fortschrittsbericht zum Stand der Masern/Röteln-Elimination im September 2016 Herausforderungen der Elimination zusammengefasst. Zum einen werden von den Ländern aufgrund fehlender Finanzmittel und eines fehlenden politischen Engagements ungenutzte Impfkampagnen durchgeführt. Zum anderen werden Konzeptlosigkeit und das Fehlen fachlicher Kapazitäten für die systematische Deckung des Impfbedarfs Erwachsener als Herausforderung angesehen. Es besteht Bedarf an hochwertigen, evidenzbasierten Informationen. Das RVC hält Aktionen zur Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit für wichtig.

Mit Stand vom 15.11.2016 wurden dem RKI im Jahr 2016 291 Masernfälle (Inzidenz: 3,4) übermittelt. Wiederum erkrankten insbesondere Kinder im Alter von 0 bis 1 Jahren. 29 % der Masernerkrankten wurden als asylsuchend übermittelt. Dies wird als Grund angesehen, warum im Jahr 2016 der Anteil der Kinder unter 10 Jahren unter den Masernfällen höher war als in den Vorjahren (36 % im Jahr 2015 versus 47 % in 2016). In 2016 wurden 3 Ausbrüche gezählt, bei denen jeweils mehr als 15 Fälle zusammengefasst worden waren: Ein Ausbruch unter kurz zuvor nach [REDACTED] eingereisten tschetschenischen Asylsuchenden von Mai bis September 2016, n = 92; vorwiegend erkrankten Kinder von 0 bis 13 Jahren. Im Rahmen dieses Ausbruchs zirkulierten 2 Genotypen, D8 Inguschetien (Nordkaukasus), eine Variante von D8 Frankfurt/Main sowie der Genotyp D8 Frankfurt/Main. Von März bis Juli 2016 fand in Berlin ein Ausbruch mit dem Genotyp B3 Harare statt (n = 79 Fälle), der durch einen Geschäftsreisenden aus Singapur ausgelöst wurde. Es erkrankten vornehmlich Jugendliche und Erwachsene, 31 Personen mussten hospitalisiert werden. Beim 3. Ausbruch, der im September 2016 in Magdeburg begann (bisher n = 19 Fälle), wurde eine neue Variante des Genotyps B3 nachgewiesen. Ausgelöst wurde dieser Ausbruch durch einen Rumänen. 16 von 19 Masernfällen eines betroffenen Landkreises in Thüringen wiesen eine zweifache Impfung auf.

Von 85 übermittelten Rötelfällen im Jahr 2016 waren wiederum nur 20 % labordiagnostisch bestätigt (in 2015 waren von n = 90 Fällen 21 % labordiagnostisch bestätigt worden). Daten des RKI haben zudem gezeigt, dass die als klinisch übermittelten Rötelfälle nicht immer der klinischen Falldefinition entsprachen. Ein Anteil von rund 20 % geimpfter Rötelfälle lässt aufgrund der hohen Effektivität der Impfung darüber hinaus an der Validität der Daten zweifeln, ob wirklich eine Rötelninfektion bei den exanthematischen Erkrankungen vorlag. Die Bearbeitungs- und Übermittlungszeit an das RKI liegt unter 24 Stunden; sie liegt somit unter der vom Infektionsgesetz geforderten Zeit (72 Stunden). Eine Beurteilung der Berichtsqualität an die Landesstellen und die nationale Ebene in den Jahren 2014 und 2015 zeigt, dass über 50 % der Daten fast vollständig übermittelt wurden. Bei allen Fällen fehlt das Datum der Probenentnahme – einer der WHO-Qualitätsindikatoren, die eigentlich übermittelt werden sollten.

Ferner wird auf Wunsch noch einmal auf das Thema der „Waning Immunity“ mit sekundärem Impfversagen nach zwei Impfungen eingegangen. Der Grund für eine „Waning Immunity“ wird in niedrigeren Titern der Antikörper gegen Masern nach Impfungen sowie in einem sinkenden Infektionsdruck des Wildvirus mit selteneren Boosterungen gesehen. Eine Infektion nach sekundärem Impfversagen führt in der Regel zu einer schwächeren Symptomatik und einer damit einhergehenden Unterschätzung von Fällen. Insgesamt wurde ein sekundäres Impfversagen bisher selten beschrieben. Die Fälle weisen labordiagnostisch eine hohe Avidität der IgG-Antikörper sowie kaum ein IgM auf. Es wird davon ausgegangen, dass Fälle mit einem sekundären Impfversagen epidemiologisch kaum eine Rolle spielen, da eine Übertragung der Masern von diesen Fällen nur selten stattfindet. Die Gründe für ein Impfversagen sind vielfältig und können durch Faktoren des Geimpften (vaccinee), des Masernimpfstoffs (vaccine) sowie der Impfstoffverabreichung (failure to vaccinate) bestimmt werden. Im Rahmen des B3-Masernausbruchs in Sachsen-Anhalt/Thüringen ist ein „failure to vaccinate“ zu vermuten. Alle diese Fälle wurden im Zeitraum von 2002 bis 2016 in der gleichen Arztpraxis mit unterschiedlichen Impfstoffen und Chargen geimpft. Serologisch zeigten diese Fälle eine primäre Immunantwort (hohes IgM, fehlendes IgG).

Die Steigerung des Anteils der Geimpften unter den Fällen kann epidemiologisch gut erklärt werden und stellt keine Überraschung oder gar einen Anhalt für ein zunehmendes Impfversagen dar.

Die Kommission diskutiert die vorgestellten Inhalte. Zur Problematik der schlechten Qualität der Surveillance von Röteln werden verschiedene Lösungswege diskutiert:

- Die Fertigstellung des im Aktionsplan geforderten generischen Maßnahmenkatalogs für die Länder, um den Gesundheitsämtern (GÄ) eine Hilfestellung zur Untersuchung von Rötelfällen zur Verfügung zu stellen,
- Rückmeldung der Vollständigkeit der Rötelfälle und des weiteren Verlaufs durch die GÄ an die Ärzte,
- Information an die Ärzte bzw. die GÄ, dass das RKI kostenlose Probe-Entnahmesets anbietet.

Zudem stellt sich erneut die Frage, wie andere Länder ihre Rötelfreiheit nachweisen. Da es zurzeit für [REDACTED] nicht möglich ist Transmissionsketten zu verfolgen (fehlende Genotypisierungen, fehlende Daten zum Expositionsort), wird die Verbreitung der Röteln vom RVC weiterhin als endemisch eingeschätzt. Grundsätzlich stellt für eine erfolgreiche Nachverfolgung per se schon die oft fehlende Symptomatik ein Problem dar. Wie können andere Länder Infektionsketten nachweisen? Dieser Aspekt soll auf dem Meeting der Verifizierungskommissionen der deutschsprachigen Länder in Innsbruck angesprochen werden. Ein Aspekt, der ferner untersucht werden sollte, um ggf. Fälle ausschließen zu können, ist die Dauer des Nestschutzes. Zur Erklärung des Phänomens der Zunahme von Geimpften unter den Fällen erstellt das Fachgebiet 33 hierzu gegenwärtig eine FAQ („Warum erkrankten 2-fach gegen Masern Geimpfte trotzdem an Masern?“) und wird diese zeitnah publizieren.

Anschließend stellt Dipl.-Biol. [REDACTED] aus dem Fachgebiet Impfprävention des RKI in seinem Vortrag aktuelle Daten zu Masernimpfquoten in [REDACTED] aus der KV-Impfsurveillance vor. Bei der KV-Impfsurveillance werden Impfquoten auf Basis der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) berechnet. Neben dem RKI wertet auch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) Abrechnungsdaten aus. Der Datenursprung ist somit derselbe, jedoch werden die Daten unterschiedlich aufbereitet übermittelt. Das Zi hat bereits am 27.10.2016 im Versorgungsatlas-Bericht Nr. 16/07 aktuelle Daten zur Maserngrundimmunisierung veröffentlicht. Die von der KV-Impfsurveillance ermittelten Impfquoten werden im Epidemiologischen Bulletin, Ausgabe 1/2017, veröffentlicht werden. Es werden Ergebnisse des Zi zu den Masernimpfquoten aus der Sicht der KV-Impfsurveillance vorgestellt bzw. bewertet. Es wurden Impfquoten der für die STIKO-Empfehlungen relevanten Altersgruppen sowie zusätzlich regionale Unterschiede und Trenddaten zwischen den Geburtsjahrgängen dargestellt. Herr [REDACTED] nimmt eine Bewertung der Daten im Vergleich zu den Daten der KV-Impfsurveillance vor. Aufgrund der gewählten Einschlusskriterien besteht das Risiko eines „lost-to-follow-up“ bei der Analyse bis zum Ende des 2. Lebensjahres (z.B. durch einen Namenswechsel bedingte Pseudonymänderung, Wechsel von GKV in PKV,

Auswanderung, Versterben) und damit zu weniger validen Aussagen (Unterschätzung der Impfquote, je länger der Beobachtungszeitraum andauert). Ferner führt die Methode zur Altersbestimmung zu einer leichten Übererfassung, da die Kinder in den ausgewählten Quartalen bis zu 5 Monate jünger oder 4 Monate älter sein können, als in der STIKO empfohlen. Daraus geht hervor, dass keine exakte Analyse der Impfquote „bis Ende 2. Lebensjahr“ und somit keine exakte Analyse der Impfquote „im STIKO-empfohlenen Altersabschnitt“ möglich ist. Zum Vergleich: Bei der KV-Impfsurveillance erfolgt die Berechnung der Impfquoten mit dem Geburtstag monatsgenau und dem Impfzeitpunkt taggenau. Informationen zur Validierung der Ergebnisse des Zi liegen, im Gegensatz zu den Daten der KV-Impfsurveillance, nicht vor.

Als interessant wird der Ansatz der Arbeitsgruppe des Zi angesehen, Trends auf regionaler Ebene zu untersuchen. Die KV-Impfsurveillance wird auf diesen Aspekt noch einen stärkeren Fokus legen. Aktuelle Daten der KV-Impfsurveillance werden vorgestellt (Datenstand 28.11.2016). Bezogen auf den Geburtsjahrgang konnten Daten von ca. 70 % der Kinder in den KV-Abrechnungsdaten erfasst werden. Zunächst ein Querschnitt der Masern-Impfquoten nach Jahrgang (bundesweit):

- Geburtsjahrgang 2004, 1. Dosis: 15 Monate = 71,7 %, 24 Monate = 92,3 %, 36 Monate = 96,3 %
- Geburtsjahrgang 2004, 2. Dosis: 24 Monate = 59,1 %, 36 Monate = 75,5 %

Zum Vergleich dazu die Quoten für den Geburtsjahrgang 2013:

- Geburtsjahrgang 2013, 1. Dosis: 15 Monate = 87,3 %, 24 Monate = 95,9 %
- Geburtsjahrgang 2013, 2. Dosis: 24 Monate = 73,7 %

Betrachtet man die Entwicklung der Masern-Impfquoten in den KV-Bereichen der Geburtsjahrgänge 2004 bis 2013, so zeigt sich, dass diese für die 1. Dosis vor allem im Alter von 15 Monaten, aber auch in der Altersgruppen der 24 und 36 Monate alten Kinder in allen KV-Bereichen in den letzten Jahren gestiegen sind. Auch die Impfquoten für die 2. Dosis, insbesondere im Alter von 24 Monaten, aber auch im Alter von 36 Monaten, zeigen bundesweit einen Anstieg. Mit den Daten ist es möglich, Impfquoten auf Kreisebene darzustellen. Für den Geburtsjahrgang 2013 wurde für die 2. Impfung im Alter von 24 Monaten bundesweit (ohne Sachsen) eine Spannweite von rund 54 % bis 88 % beobachtet. In der Trendanalyse der Geburtsjahrgänge 2008 bis 2013 auf Kreisebene zeigte sich, dass bei 12 von insgesamt 411 Kreisen die Impfquoten um durchschnittlich 2 bis 6 Prozentpunkte sinken, bei 264 Kreisen keine wesentlichen Änderungen (Anstieg oder Abfall der Quoten um durchschnittlich 1 Prozentpunkt) beobachtet wurden und bei 31 Kreisen die Impfquoten kontinuierlich angestiegen waren. Einziger Landkreis in [REDACTED], bei dem die Impfquoten kontinuierlich gefallen sind, ist Hildburghausen in Thüringen. Betrachtet man die Anzahl der unzureichend geimpften Kinder des Geburtsjahrgangs 2013 mit 24 Monaten, zeigt sich, dass bundesweit insgesamt 178.000 Kinder nicht vollständig und von diesen knapp 28.000 Kinder gar nicht gegen Masern geimpft waren. In den Stadtkreisen Hamburg (1460), München (1143) und Köln (825) gibt es die höchste Anzahl an Kindern ohne Schutz gegen Masern. Auf Gesamtberlin bezogen waren rund 7.300 Kinder nicht vollständig und mehr als 1000 Kinder gar nicht geimpft.

Die Kommission diskutiert die vorgestellten Inhalte und äußert Lob für die Auswertungen der KV-Impfsurveillance. Es wird angeregt, die bisherige Kooperation zwischen RKI/KV-Impfsurveillance und dem Zi weiter auszubauen, um gegenseitig von den Daten profitieren und diese optimal auswerten zu können. Es wird diskutiert, ob zur nächsten Sitzung das Zi und nochmals Herr [REDACTED] eingeladen werden sollen, um einen gemeinsamen Austausch zum Versorgungsatlas und zur KV-Impfsurveillance zu ermöglichen. Als sinnvoller wird jedoch erachtet, die KBV zu einem Austausch einzuladen, da sie wesentliche Akteur bei der Entstehung des Nationalen Aktionsplans war und der Versorgungsaspekt im Vordergrund stehe. So soll das RKI Kontakt mit der KBV aufnehmen und in Erfahrung bringen, wie sie mit den erhobenen Daten umgehen.

Des Weiteren wird angeregt, die dargestellten Erkenntnisse noch mehr in der Öffentlichkeit bekannt zu machen. Durch die Darstellung der Impfquoten auf Kreisebene und den daraus ersichtlichen

regionalen Unterschieden wird es möglich, gezielt lokale Strategien und Maßnahmen zu entwickeln und durchzuführen.

Nach der Diskussion wird Frau [REDACTED] von der Geschäftsstelle der Nationalen Lenkungsgruppe Impfen (NaLI) begrüßt. Sie wird als neuer ständiger Gast an den Sitzungen teilnehmen und von der Arbeit der NaLI berichten.

#### TOP 4

Frau [REDACTED] vom Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung in Braunschweig hält einen Vortrag zur Einstellung und zum Impfverhalten von Hausärzten und medizinischen Fachangestellten (MFA) in [REDACTED]. Ziel war es, Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen zu Impfungen der Ärzte bzw. MFA zu untersuchen und Unterschiede zwischen den Professionen herauszustellen. Der Studienschwerpunkt lag bei Impfungen, die für Menschen im höheren Lebensalter empfohlen sind. Insgesamt wurden 5.000 Praxen (Brutto-Stichprobe) in [REDACTED] angeschrieben. Die Responserate war gering: 5.000 Praxen wurden angeschrieben, davon antworteten 16 % (813 von 4.995 Praxen). 15 % (774 von 4.995) der angeschriebenen Hausärzte und 11 % (563 von 4.995) der angeschriebenen MFA füllten den Fragebogen aus. 97 % der Ärzte und 86% der MFA gaben an, die STIKO-Empfehlungen zu kennen, 90 % der Ärzte und 79 % der MFA fühlten sich zum Thema Impfungen im Erwachsenenalter ausreichend informiert. Vertrauen in die STIKO-Empfehlungen hatten 91 % der Ärzte und 88 % der MFA. 88 % der Ärzte und 87 % der MFA gaben an, gerne zu Impfungen zu beraten. Dass die Impfberatung und Impfungen ausreichend entlohnt werden, fanden nur 16 % der Ärzte und 13 % der MFA. Dass der Nutzen den Aufwand und die Risiken bei von der STIKO empfohlenen Impfungen überwiegt, fanden 86 % der Ärzte, jedoch nur 65 % der MFA. Des Weiteren wurden generelle Impfhindernisse abgefragt, wobei nur 0,6 % der Ärzte und 1,4 % der MFA Impfungen generell ablehnten. 23 % der Ärzte (38 % der MFA) gaben an, dass ihnen oft die Zeit für Impfberatungen und Impfungen fehle. Dass es an den Patienten selbst liegt, dass die Impfeempfehlungen nur unzureichend umgesetzt werden, glaubten 21 % der Ärzte und 38 % der MFA. Beide Professionen gaben an (jeweils über 90 %), dass sie zu Impfungen beraten, wenn der Patient es anspricht bzw. wenn der Patient eine Reise plant. Vorsorgeuntersuchungen sowie Untersuchungen bei Verletzungen und Unfällen werden ebenfalls als gute Gelegenheit wahrgenommen, um zu Impfungen zu beraten (um die 90 %). Nur 16 % der Ärzte und 18 % der MFA gaben an, routinemäßig in regelmäßigen Abständen Impfberatungen durchzuführen. 26 % der Ärzte und 14 % der MFA gaben an, mindestens eine Impfung nicht empfohlen zu haben. Der häufigste Grund hierfür war Vergessen (52-72 %), speziell bei der Influenza-Impfung aber auch Zweifel an der Effektivität (15 %) und Sicherheit (14 %). Dass ihnen die Empfehlungen unbekannt sind, gaben nur wenige an (1-6 %). Der Wunsch nach mehr Informationsmaterial von offiziellen Behörden zum Thema Impfungen wurde bei 48 % der Ärzte und 56 % der MFA deutlich. Besser aufbereitete Informationen zu Änderungen der STIKO-Empfehlungen wünschten sich 65 % der Ärzte und 67 % der MFA. Diese Studie konnte zeigen, dass sich Wissen und Einstellungen zu Impfungen bei Ärzten und MFA durchaus unterscheiden. Eine Unterstützung der MFA durch spezifische Informationsmaterialien wäre eine Möglichkeit, Informationslücken zu schließen. Da der häufigste Grund für eine Nicht-Empfehlung das Vergessen ist, sollten Recall-Systeme und routinemäßige Impfberatungen gefördert werden.

Die Kommission diskutiert die vorgestellten Inhalte. Es wird gefragt, ob die teilnehmenden Ärzte und MFA in denselben Praxen arbeiten, bei 65 % trifft dies zu. Impfen ist Aufgabe des Arztes, aber in vielen Praxen impfen auch die MFA. Eine Unterstützung der MFA könnte zur Steigerung der Impfquoten beitragen, wenn die MFA entsprechend geschult werden. Ebenso muss die Kommunikation zu dieser Zielgruppe verbessert werden, um deren Bedenken mit zugeschnittenen wissenschaftlichen Informationen zu begegnen. Es werden auch niedrigschwellige Maßnahmen angesprochen, z.B. dass zu jedem Arzttermin der Impfausweis mitgebracht und von der MFA kontrolliert werden könnte. Hier sind jedoch der zeitliche Aufwand und die fehlende Vergütung wesentliche Hindernisse, auch für die Nutzung von computergesteuerten Recall-Systemen. Diese

haben zwar nach einem Systematischen Review einen Einfluss auf die Verbesserung von Impfquoten, werden in der Praxis jedoch kaum angewendet, da sie in der Pflege zeitintensiv und insgesamt teuer sind. In der Diskussion wurde auch darauf verwiesen, dass es sich bei dieser Studie um einen Vergleich des Impfverhaltens von Hausärzten mit dem der medizinischen Fachangestellten handelt. Sie gibt insofern nur wenig Auskunft über die generelle Einstellung der Ärztinnen und Ärzte zum Impfen. Deshalb ist es wichtig, weitere gezielte Studien hierzu durchzuführen. Diese Studien werden auch im Nationalen Aktionsplan empfohlen.

## TOP 5

Frau [REDACTED] gibt in einem Vortrag einen Überblick über den Nutzen nationaler Impfkampagnen bzw. zusätzliche Impfkampagnen gegen Masern. Neben den Routine-Impfprogrammen sind SIAs (Supplementary Immunization Activities) ein wesentliches Instrument zur schnellen Schließung von Impflücken, insbesondere in Ländern mit einer niedrigen MCV1-Impfquote. Es werden verschiedene Typen von SIAs vorgestellt, wie sie von der WHO definiert werden:

- Catch-Up Kampagnen werden zumeist auf nationaler Ebene für eine definierte, meist breite Altersgruppe angewandt. Es erfolgen Impfungen, egal ob eine Immunität vorliegt.
- Follow-Up Kampagnen werden eingesetzt für Altersgruppen, die bereits in Catch-Up Kampagnen vorgesehen, aber bisher (noch) nicht angesprochen waren (z.B. alle 4 Jahre 1- bis 4-Jährige).
- Für Bevölkerungsgruppen in Risikogebieten, wo Masern zirkulieren, werden Mop-Up Kampagnen eingesetzt.
- Für Altersgruppen, die zusätzlich geimpft werden sollen (z.B. Erwachsene) werden Speed-Up Kampagnen durchgeführt.

Folgende Faktoren haben dabei einen Einfluss auf die Transmissionsketten: Zum einen die Immunität der Bevölkerung, hier insbesondere die Impflücken in unterschiedlichen Altersgruppen und die geographische Verteilung der Suszeptiblen. Des Weiteren ist die Wirksamkeit des Impfstoffs im Hinblick auf die Waning Immunity und eventuelle unerwünschte Wirkungen ein wichtiger Faktor. Auch die Bevölkerungsdichte, Tourismus und internationale Maserngeschehen beeinflussen die Transmissionsketten. Da so viele unterschiedliche Faktoren zu beachten sind, sind eigene, auf das jeweilige Land/Bevölkerungsgruppe zugeschnittene SIAs notwendig.

In der WHO-Region Europa wurden von 2000 bis 2009 vor allem in Osteuropa und Irland SIAs auf nationaler und subnationaler Ebene bei verschiedenen Altersgruppen durchgeführt. Daraufhin sanken die Masern-Inzidenzen vor allem in Osteuropa deutlich (Honeymoon). Mithilfe einer Modellierung, ab welcher Frequenz SIAs nachhaltig sind, konnte jedoch gezeigt werden, dass schon ab 4 Jahren nach einer SIA erneut Masern auftreten können. Deshalb müssen SIAs wiederholt durchgeführt werden. Im Vereinigten Königreich wurde bei insgesamt hohen Impfquoten im Jahr 2013 eine Catch-Up Kampagne bei bisher un- oder einmal geimpften 10 bis 16-Jährigen nach einem ausgedehnten Masernausbruch in dieser Altersgruppe durchgeführt. Insgesamt konnte die Anzahl der Geimpften dadurch jedoch kaum gesteigert werden (94,73 % vor SIA, 95,25 % danach).

Die Elimination in der WHO-Region Amerika wurde im Mai 2015 und im September 2016 von der WHO verifiziert. Die Elimination (Inzidenz <5 Fälle pro 1 Mio. Einwohner) konnte durch die Durchführung verschiedener nationaler Kampagnen und SIAs (Follow-Up, Mop-Up, Speed-Up) erreicht werden.

Wiederholt werden für [REDACTED] zusätzliche Impfkampagnen angemahnt. Durch Routine-Impfungen ist ein konstantes Catch-Up (0 bis 45 Jahre) möglich, u. a. mit Nachholimpfungen, die auch von den Krankenkassen finanziert werden. Es ist jedoch fraglich, ob dies ausreicht, Transmissionsketten dauerhaft zu unterbrechen bzw. die Elimination zu erreichen. Ist das nicht der Fall, muss überlegt werden, welche SIAs oder Kampagnen dann sinnvoll wären. Eine deutschlandweite Kampagne, Kampagnen bei Risikogruppen oder bei Ausbrüchen wären denkbar. Eine andere Möglichkeit könnte die Umstrukturierung bzw. Verbesserung des bestehenden Routine-Impfprogramms, bspw. durch

Incentives sein. Modellierungen zu diesen verschiedenen Szenarien können helfen, diese Fragen zu beantworten und eine geeignete Methode zu finden.

Frau [REDACTED] vom RKI hält den Vortrag „Strukturelle Veränderungen versus Impfkampagnen zur Verbesserung von Impfquoten – Erfahrungen aus Berlin“. Sie berichtet zunächst zum Masernausbruch 2014/2015 in Berlin und die Gründe für Nichtimpfung sowie zu einem Projekt zur Schließung von Impfständen an Berliner Schulen im Schuljahr 2014/2015. Beim Berliner Masernausbruch gab es 1.344 Fälle, von denen 85 % ungeimpft waren. Das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) in Berlin führte unter der ungeimpften Berliner Bevölkerung eine Umfrage durch, um die Einstellung zur Impfung zu erfahren. Von allen Befragten (n = 443) gaben 40 % an keine Bedenken gegen Impfungen zu haben. 26 % (n = 116) hatten eine kritische Einstellung zum Impfen, bei 2 % hatte der Arzt abgeraten und 32 % waren die Impfempfehlung unbekannt bzw. hatten die Frage nicht beantwortet. Befragte Erwachsene ohne Bedenken gegen Impfungen, gaben insbesondere an, entweder die Impfung vergessen oder nicht von der Empfehlung gewusst zu haben. Ferner wurde als Grund bei einem noch nicht geimpften Kind angegeben, die Impfung später als zum empfohlenen Termin angestrebt zu haben. Eine kritische Einstellung hatten hauptsächlich Eltern von Vorschul- oder Schulkindern. Die größte Untergruppe innerhalb der Gruppe mit kritischer Einstellung (n = 116) stellten dezidierte Impfgegner (58 %) dar. 29 % mit kritischer Einstellung gaben Bedenken gegen die Impfung an. Es zeigt sich, dass Gründe für eine nicht erfolgte Impfung bei rund 75 % der Fälle nicht bei einer kritischen Einstellung gegen das Impfen lagen. Hürden zum Zugang für Impfungen sollten abgebaut werden und die Bevölkerung ausreichend über Impfindikationen informiert werden. Dabei sind verschiedene Strategien für verschiedene Altersgruppen notwendig. Die Ziele des Projekts zur Schließung von Impfständen an Berliner Schulen 2014/2015 waren die Impfstatuserhebung bei Schülern der 9. Klasse sowie die Evaluation einer Intervention. Projektpartner waren der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD), das LAGeSo und die Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V. (ÄGGF). Nach der Intervention, zu der eine Doppelstunde im Unterricht zur Wissensvermittlung zum Thema Infektion und Impfen sowie eine Impfbuchkontrolle mit individueller Impfempfehlung gehörten, sollte eine Impfkaktion in der Schule oder im KJGD durchgeführt werden, um einen niedrigschwelligen Zugang zur Impfung anzubieten. Nach 8 Wochen sollte eine erneute Impfbuchkontrolle erfolgen. Da von Seiten der Behörden kein Impfstoff zur Verfügung gestellt wurde, wurde keine Impfkaktion durchgeführt. Bei der Evaluation des Projekts konnten die Hürden zum Impfen für die Schüler deutlich gemacht werden:

- Die Meinungen der Eltern und vor allem der Freunde haben bei Jugendlichen ein großes Gewicht
- Organisation des Arztbesuchs
- Wissensdefizite (Angst vor Schmerzen und/oder Nebenwirkungen)
- Keine oder eine unvollständige Einverständniserklärung der Eltern für eine Impfung in der Schule
- Logistische Probleme (Freistellung vom Unterricht)

Die Projektpartner sahen unterschiedliche Impfhindernisse:

- Der KJGD hat keine Ressourcen für die Impfung bei der Schuleingangsuntersuchung (SEU) und gibt an, dass Impfungen selten durchgeführt werden, um nicht eine Konkurrenz zu den Niedergelassenen zu sein. Des Weiteren kann die Impfbuchkontrolle abgerechnet werden, die Impfung jedoch nicht.
- Die ÄGGF konnte die Erfahrung machen, dass unter den 15- bis 17-Jährigen das Interesse groß und Eigenverantwortung für den eigenen Körper durchaus gesehen wird. Eine mögliche Impfkaktion sollte also unmittelbar nach der Wissensvermittlung durchgeführt werden. Eine Evaluation der Wissensvermittlung von Einstellung und Verhalten über längere Sicht, z.B. zur Impfentscheidung für eigene Kinder, stehe noch aus.
- Das LAGeSo machte die Erfahrung, dass die Beschaffung auch kleiner Impfstoffmengen für das Projekt innerhalb des ÖGD mit großen Hürden verbunden war.



Es wird empfohlen, die vorhandenen Strukturen besser zu nutzen. So sollte es möglich sein, dass der KJGD bei der SEU impfen kann, da ansonsten eine gute Gelegenheit zum Impfen verpasst wird. Auch Betriebsärzte sollten impfen können, da diese Erwachsene, die ansonsten oftmals keine anderen Arztkontakte haben, regelmäßiger sehen. Eine große Hürde könnte abgebaut werden, wenn ein fächerübergreifendes Impfen möglich wäre, was bisher aufgrund der fehlenden Abrechnungsmöglichkeit für das Jahr 2016 noch nicht möglich ist. Außerdem könnten strukturelle Änderungen wie z.B. Recall-Systeme oder eine Änderung des ÖGD-Abrechnungsmodus (Bezahlung von Impfbuchkontrolle und Impfen) helfen.

Bei Erwachsenen steht die Wissensvermittlung im Vordergrund, bei Eltern von Kleinkindern sollten dagegen Bedenken gegen frühzeitiges Impfen angesprochen werden. Eine Wissensvermittlung bei Jugendlichen sollte mit dem Ziel der langfristigen Verhaltensänderung erfolgen und für Ärzte werden u.a. Kommunikationstrainings vorgeschlagen. Weiterhin wird als wichtig erachtet, qualitative Studien durchzuführen, um Kampagnen genau auf die jeweilige Zielgruppe abstimmen zu können, die Projektpartner miteinzubeziehen sowie die durchgeführten Kampagnen zu evaluieren.

Die Kommission diskutiert die vorgestellten Inhalte. Es wird diskutiert, ob [REDACTED] SIAs braucht oder nicht bzw. ob genügend Daten zur Durchführung einer effektiven und gezielten SIA für Deutschland vorliegen. Dabei muss vor allem bedacht werden, dass die Planung und Durchführung solcher Kampagnen sehr zeit- und mittelintensiv sind. Angesichts der von Herrn Rieck vorgestellten Daten erscheint manchen Diskutanden eine bundesweite Impfkampagne bestimmter Altersgruppen (insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen nicht zielführend. Eher erscheinen gezielte regionale oder kommunale Kampagnen für Bevölkerungsgruppen mit bekannten Impflücken zur Erreichung der Elimination sinnvoll. So sei es wichtig zu differenzieren, in welcher Altersgruppe und in welchen Landkreisen z.B. sich so eine Maßnahme besonders lohnen würde. Für zielgerichtete Maßnahmen sind spezifische Daten notwendig, welche Landkreise bzw. welche Altersgruppen zu den Transmissionsketten beitragen. Auch ist die Zuständigkeit für derartige Kampagnen noch unklar (Bundesländer, KVen, u.a.). Die Daten der KV-Impfsurveillance sollten den Ländern und der NaLI zur Verfügung stehen. Demgegenüber stand die Auffassung, dass nur durch zusätzliche Impfkampagnen das termingerechte Ziel der Elimination erreicht werden kann. Es wird angemerkt, dass der GKV-Spitzenverband bemüht ist, das fächerübergreifende Impfen im Bundesland Berlin zu ermöglichen. Es wird über eine evtl. Zusammenarbeit mit Kollegen aus London nachgedacht, die Modellierungen hinsichtlich möglicher bevölkerungsbezogener Impflücken durchführen könnten. Die Finanzierung hierfür ist jedoch unklar.

## TOP 6

Die Kommission diskutiert darüber, wie die Erkenntnisse der NAVKO besser in der Öffentlichkeit verbreitet und kommuniziert werden können. Dazu wurde Frau Glasmacher, die Pressesprecherin des RKI, eingeladen. Sie erläutert, dass es verschiedenen Zielgruppen (Ärzte, junge Erwachsene, die Politik, Medien) gibt, die auf unterschiedliche Weise angesprochen werden müssen. Besonders die Medien seien eine schwierige Zielgruppe, da diese die Informationen des Bundes oft nicht in der gewünschten Form transportieren. Wichtig bei allen Zielgruppen ist, eine prägnante Aussage zu formulieren („von der Masern-Elimination so weit entfernt wie lange nicht“) und diese passend zu präsentieren. Weiterhin muss beachtet werden, wie viel Öffentlichkeitsarbeit stattfindet. Die Medien ermüden schnell – es ist eine Herausforderung, hier das richtige Maß an Informationshäufigkeit zu finden. Wichtig ist vor allem, auf sachlicher Ebene zu bleiben, gerade im Hinblick auf die Impfgegner. Angst als Faktor zur Aufmerksamkeitssteigerung funktioniert laut Frau Glasmacher nur einmal. Davon ist aber abzuraten und der sachlichen Berichterstattung den Vorrang zu geben.

Das RKI veröffentlicht zu den aktuellen Ergebnissen der NAVKO eine Presse-Information, einen Artikel im Epidemiologischen Bulletin, eine Twitter-Meldung sowie eine Meldung im RKI-Newsletter zu aktuellen Infektionsschutzthemen. Dabei sollte die Empfehlung der Impfung im Vordergrund stehen, von der viele Zielgruppen gar nichts wüssten. Wichtig sei vor allem ein zielgruppenspezifisches Arbeiten. Auch weitere Informationen zur NAVKO, Mustervorträge, Beiträge für die Ärzteblätter in den

Bundesländern oder persönliche Gespräche mit den Fachgesellschaften, der Bundesärztekammer sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bzw. den Landes-KVen werden diskutiert. Zur Verbesserung von Impfquoten könnte beitragen, die regionalen Impfquoten vermehrt regionalen und lokalen Medien anzubieten. Ferner wird vorgeschlagen, vor Fußballstadien oder bei Konzerten einen Bus mit Informationen zur Impfung bzw. der Möglichkeit sich sofort impfen zu lassen, aufzustellen und so den direkten Kontakt zur Zielgruppe zu suchen. Auch auf die Aktion österreichischer Tageszeitungen und anderen Medien, diese mit roten Masernpunkten zu versehen, wird nochmals eingegangen und die Umsetzbarkeit in [REDACTED] diskutiert..Ferner wird das Thema Testimonials (werbende Personen) aufgegriffen. Dies ist jedoch schwierig umzusetzen, da dafür häufig die finanziellen Mittel fehlen. Testimonials sollten in eine Kampagne eingebettet sein, sonst bleibt es bei einer einmaligen Aktion. Der bekannte Arzt [REDACTED] von Hirschhausen wird angedacht, jedoch unterstützt er schon andere Kampagnen der BZgA. Die Vorsitzende bedankt sich bei Frau [REDACTED] für die bisher geleistete Pressearbeit.

Zur nächsten Sitzung soll ein erster Entwurf einer Liste mit weiteren Ideen von der Geschäftsstelle erarbeitet werden.

## TOP 7

Frau [REDACTED] von der Geschäftsstelle der Nationalen Lenkungsgruppe Impfen (NaLI) berichtet zur bisherigen Arbeit der NaLI. Ziel der NaLI ist die Umsetzung und Fortführung des Nationalen Aktionsplans zur Elimination der Masern – mit Beteiligung aller dafür relevanten Akteure. Es sollen verschiedene AGs gegründet werden, u.a. die AG Präventionsgesetz und die AG Masern, in der auch Vertreter der NAVKO vertreten sein sollen. Zudem soll die Öffentlichkeitsarbeit der Geschäftsstelle als auch der NaLI verstärkt werden.

Herr [REDACTED] weist auf die nächste Nationale Impfkonferenz hin, die am 10./11. Mai 2017 in Oldenburg stattfindet. Frau [REDACTED] verweist außerdem auf den Österreichischen Impftag am 14. Januar 2017 in Wien.

Der Abgabetermin für den jährlichen Bericht der NAVKO an die WHO wird ab 2017 auf den 15. April vorverlegt. Die nächste Kommissionsitzung wird deshalb nicht im Juni, sondern bereits im März 2017 stattfinden. Die Kommission legt den Datenstand 1. Februar als vorläufige Datenbasis für den Bericht fest. Da der bisher verwendete Datenstand 1. März auch als Grundlage für das Epidemiologische Jahrbuch dient, wird am 1. März eine erneute Abfrage der Daten erfolgen, so dass in den WHO-Bericht dieselben Zahlen wie im Jahrbuch eingetragen werden können. Dabei sind keine großen Änderungen in den Ergebnissen zu erwarten, da zwischen diesen beiden Abfrageterminen nur 4 Wochen liegen.

Nachtrag der Geschäftsstelle: Nächste Sitzung am 27.03.2017, 11.00 Uhr im TMF-Zentrum in Berlin.

Ende der Sitzung: Gegen 17:00 Uhr

Berlin, 27.03.2017 (nach finaler Abstimmung auf der 9. Sitzung der Kommission)

gez. [REDACTED]  
Vorsitzende der Kommission

gez. [REDACTED]  
Geschäftsstelle der Kommission am RKI