

Ständige Impfkommission
Der Vorsitzende

Berlin, 21.11.2014

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVg) mit Bearbeitungsstand 14.10.2014
Ihr Schreiben vom 31. Oktober 2014

Im Namen der Ständigen Impfkommission (STIKO) möchten wir uns für die Möglichkeit bedanken, zum vorliegenden Gesetzentwurf Stellung zu nehmen. Das Anliegen des Gesetzentwurfes, zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland beizutragen, indem Strukturen für niedrigschwellige Präventionsangebote geschaffen und evaluiert werden, ist grundsätzlich zu begrüßen.

Neben dem Wandel des Krankheitsspektrums hin zu chronischen und psychischen Erkrankungen spielen in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger Infektionskrankheiten weiterhin eine wichtige Rolle. Dabei gehört das Impfen als „Leistung zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken“ ganz sicher zu den wichtigsten Maßnahmen der primären Prävention von Infektionskrankheiten. Deren Erfolg zeigt sich darin, dass viele schwerwiegende Infektionen wie z.B. die Kinderlähmung nicht mehr in Deutschland auftreten. Ein gesundheitspolitisches Ziel, dem sich auch Deutschland verpflichtet hat, ist die Eliminierung von Masern und Röteln in Europa. Um diesen Erfolg nicht zu gefährden bzw. bei der Masern/Röteln-Eliminierung den letzten Schritt zu machen, bedarf es weiterhin einer gesamtgesellschaftlichen Anstrengung, und kontinuierlich hohe Impfquoten aufrecht zu erhalten. Durch die Entwicklung neuer Impfstoffe können heutzutage nicht nur akute Infektionen, sondern auch Infektions-assoziierte Krebserkrankungen (z.B. durch Humane Papillomviren verursachter Gebärmutterhalskrebs, Kopf-Hals-Tumore oder Analkrebs) oder die insbesondere im höheren Alter auftretende Gürtelrose effektiv verhindert werden. Aufgrund einer Vielzahl neuer Impfstoffe muss die Impfprävention daher nicht nur auf Kinder beschränkt bleiben, sondern betrifft zunehmend alle Altersgruppen und Lebenswelten. Während Impfquoten bei jungen Kindern in Deutschland in einem zunehmend hohen Bereich liegen, besteht aufgrund fehlender Strukturen und Anreize insbesondere unter Jugendlichen und Erwachsenen ein großer Bedarf, Impfquoten zu steigern. Hier bietet das Präventionsgesetz die Chance Strukturen und Anreize zu schaffen, die zum einen niedrigschwellige Zugänge zu Informationen und Leistungen der Primärprävention und zum anderen eine bessere Evaluation der Inanspruchnahme (jeweils auch für das Impfen) ermöglichen. Aus diesem Grund sollten

Impfungen im Gesetz nicht nur im Zusammenhang mit einer Änderung des §132e SGB V, sondern als eine der wirkungsvollsten präventiven Maßnahmen explizit genannt und herausgehoben werden. Aus Sicht der STIKO schlagen wir folgende Ergänzungen des Präventionsgesetzes vor, um eine Verbesserung der Umsetzung von Impfpfehlungen als Maßnahmen der Primärprävention und eine bessere Evaluierung ihrer Wirksamkeit in Deutschland zu erreichen:

1. Im SGB V unter §20 Abs. 3 sollte als weiteres Gesundheitsziel im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention auch das „Steigern und Aufrechterhalten hoher Impfquoten zur Verhinderung von Infektionserkrankungen und Infektions-assoziierten Folgeerkrankungen“ aufgeführt werden (Seite 7 des Gesetzentwurfs).
2. Zu §26: Im Rahmen der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche können ausstehende Impfserien komplettiert oder für das Jugendalter empfohlene Impfungen angeboten werden. Es ist sehr zu begrüßen, dass primäre Prävention, wie z.B. Impfen, jetzt als explizites Ziel der Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter festgeschrieben wurde. Konkrete und bislang noch unzureichend umgesetzte Ziele in der Impfprävention betreffen den Abschluss der Grundimmunisierung vor dem Alter von 24 Monaten (U7) und die absolut unzureichende Umsetzung der Jugendimpfungen (HPV, Auffrischimpfungen und Nachholimpfungen im Alter von 13 Jahren; J1). Es sollte daher gesetzlich verankert werden, dass zu diesen Terminen grundsätzlich auch eine Überprüfung des Impfstatus der Patienten erfolgt und dass alle Kassen ihre Versicherten zumindest für diese beiden Früherkennungsuntersuchungen aktiv per Brief einladen und auf die Impfprävention hinweisen.
3. Die in §26 Abs. 1 (neu) SGB V genannte ärztliche Präventionsempfehlung soll gleichzeitig die Grundlage für die Entscheidung über die Gewährung von Leistungen der GKV im Individualfall sein (s. Pkt. 4 der Begründung auf S. 23). Im Hinblick auf die Impfprävention ist diese Neuerung zu begrüßen. So kann ein Arzt unabhängig von der Kostenfrage allein auf der Basis einer individuellen Risiko-Nutzen-Abwägung eine Impfung als sinnvoll für einen Patienten erachten, die ggf. über den Rahmen der von der STIKO allgemein empfohlenen Impfungen hinausgeht. Andererseits sollten diese individuellen Impfpfehlungen die Ausnahme bleiben, um etwaige ungünstige Effekte der Impfung auf Populationsebene (z.B. Altersverschiebung der Erkrankungen) zu vermeiden. Die STIKO-Empfehlungen beruhen auf der bestverfügbaren wissenschaftlichen Evidenz, und sie berücksichtigen günstige Populationseffekte (z.B. Herdenprotektion) ebenso wie mögliche ungünstige (z.B. Altersverschiebung, s.o.).
4. Mitarbeiter, die in Einrichtungen des Gesundheitswesens oder Gemeinschaftseinrichtungen zur Betreuung von Kindern oder in der Altenpflege tätig sind, können selbst zur Infektionsquelle für die ihnen anvertrauten Personen (die oft besonders vulnerabel sind) werden. Die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) berücksichtigt explizit nicht den Drittschutz (d.h. Schutz der anvertrauten Patienten bzw. Pflegebedürftigen), sondern nur den Schutz des Arbeitnehmers selbst. Es sollte daher eine Verpflichtung des Arbeitgebers für diese Einrichtungen gesetzlich festgelegt werden, bei Neueinstellung von Personal den Impfstatus zu relevanten Impfungen zu erheben und zu dokumentieren. Dieses Wissen befähigt den Arbeitgeber, sowohl Empfehlungen zum Schutz des Arbeitnehmers auszusprechen und (sofern sich der Arbeitnehmer nicht impfen lassen möchte) ihn in Bereichen einzusetzen, wo ein fehlender Impfschutz nicht zu einem Risiko für Dritte wird (z.B. sollten Ungeimpfte im Krankenhaus keine Tätigkeit auf Intensivstationen oder onkologischen Stationen ausüben).
5. Alle Maßnahmen der Primärprävention müssen evaluiert werden hinsichtlich ihres Grades der Umsetzung und der Zielerreichung. Hinsichtlich der Impfprävention sind die Impfquoten ein wesentliches Kriterium. Hier fehlen derzeit nachhaltige und umfassende Instrumentarien, um Impfquoten z.B. in unterschiedlichen Altersbereichen (wie bei Kleinkindern, Jugendlichen und Erwachsenen) bestimmen und damit Aussagen über den Grad der Umsetzung von STIKO-Empfehlungen sowie Infektionsrisiken in den unterschiedlichen Lebenswelten treffen zu können. Das einzige derzeit im Infektionsschutzgesetz verankerte Erhebungsinstrument (im Rahmen der

Schuleingangsuntersuchung) kommt nach unserer Auffassung zu spät. Wir regen an, eine Erhebung des Impfstatus bereits beim Eintritt in eine vorschulische gemeinschaftseinrichtung inklusive einer Tagesbetreuung vorzuschreiben. Nur so kann verhindert werden, dass ungeschützte Kleinkinder in derartigen Einrichtungen infiziert werden. Hierbei denken wir vor allem an die Maserninfektion, die in den ersten Lebensjahren mit einem deutlich erhöhten Risiko einer Nachfolgenden Erkrankung an SSPE assoziiert ist, einer immer tödlich verlaufenden Erkrankung. Mit Zunahme der U3-Betreuung gewinnt dieses Risiko an Bedeutung. Außerdem trägt die Erhebung bei der Schuleingangsuntersuchung nicht mehr den Entwicklungen der letzten Jahre Rechnung, dass Impfungen auch vermehrt Jugendlichen und Erwachsenen empfohlen werden bzw. ein breiteres Angebot an Impfstoffen verfügbar ist. Ein bundesweites Impfregeister (wie z.B. in den skandinavischen Ländern) wäre die beste Option, da nur durch ein solches Register alle Altersgruppen und Impfungen (ggf. sogar unterteilt nach Impfklassen oder sogar Produkte) erfasst werden können. Eine kostengünstige Alternative stellt die Verstetigung des am RKI in Kooperation mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) durchgeführten Projekts "KV-Impfsurveillance" dar. Dieses System dient nicht nur der Impfquotenerfassung, sondern kann auch zur Evaluation von Effekten der Impfungen bzw. Impfempfehlungen in der Bevölkerung genutzt werden. Eine gesetzliche Verankerung dieses Projekts als Kooperation zwischen den KVen und dem RKI wäre wünschenswert, wobei die Zusammenführung der Daten und die Berichterstattung als Aufgabe des RKIs festgelegt werden sollte. Damit verbunden sind Ausgaben in Höhe von 200.000 EUR p.a., die zur Zeit nicht sichergestellt sind.

Die „Sicherstellung der Qualität und die Förderung der Wirksamkeit von Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung“ werden im Gesetzentwurf als wesentliche Aspekte der Stärkung des Präventionsgedankens angesehen (S. 1). Es ist jedoch auffällig, dass durch den Gesetzentwurf zwar die Information der Bevölkerung durch die BZgA und die Umsetzung von Maßnahmen gefördert werden, die Erhebung von Daten bzw. die Bewertung der Evidenz zur Wirksamkeit und Sicherheit von Präventionsmaßnahmen (als Grundlage der Information) sowie die Evaluation der Maßnahmen selbst jedoch kaum Berücksichtigung finden. Auch dafür bedarf es finanzieller Mittel. So wird z.B. in England jede neue Impfempfehlung wissenschaftlich aktiv begleitet, während in Deutschland aufgrund unterschiedlicher Zuständigkeiten bzw. fehlender Ressourcen nur selten relevante Daten zur Evaluation der Impfeffekte erhoben werden. Zur Sicherstellung des erhöhten Finanzbedarfs sind Finanzierungskonzepte denkbar, die neben Abgaben der Krankenkassen z.B. auch solche der pharmazeutischen Industrie in einen Fonds zur Finanzierung von Projekten zur Generierung von Evidenz vor einer Impfempfehlung bzw. die die Einführung einer neuen Impfempfehlung begleiten, vorsehen. Dieses Konzept findet bereits im Nationalen Impfplan Erwähnung, ohne dass es bislang zu einer Schaffung eines solchen Fonds bzw. einer gesetzlichen Regelung gekommen ist. Wir regen daher an, diesen Gedanken im Rahmen des Präventionsgesetzes aufzugreifen.