



**Deutsche Akademie
für Kinder- und
Jugendmedizin e.V.**

Dachverband der kinder- und
jugendmedizinischen Gesellschaften

DAKJ e.V., Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Referat 321
z.Hd. Herrn Ministerialrat Dr. Johannes Blasius
Friedrichstr. 108
10117 Berlin

vorab per Email: 321@bmg.bund.de

Geschäftsstelle

Chausseestr. 128/129
10115 Berlin
Tel. 030.4000588-0
Fax 030.4000588-8
Mail: kontakt@dakj.de
Internet: www.dakj.de

Generalsekretär

Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz

Berlin, den 28.05.2019

**Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der
Impfprävention (Masernschutzgesetz)**

Sehr geehrter Herr Dr. Blasius,

mit Schreiben vom 08.05.2019 haben Sie dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) sowie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) die Gelegenheit zur Stellungnahme zum Referentenentwurf für ein Gesetz zum Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz) gegeben, wofür sich der BVKJ und die DGKJ ganz herzlich bedanken.

Der BVKJ und die DGKJ haben uns, die Deutsche Akademie für Kinder und Jugendmedizin (DAKJ) als Dachverband aller deutschen kinder- und jugendmedizinischen Fachgesellschaften und Verbände gebeten, hierzu eine Stellungnahme abzugeben, weil diese Thematik allen pädiatrischen Organisationen ein wichtiges Anliegen ist und die DAKJ hierzu eine „Kommission für Infektionskrankheiten- und Impffragen“ vorhält. Zusätzlich wurden die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) und weitere pädiatrische Infektions- und Impfexperten in die Diskussion einbezogen.

Als Dachverband der deutschen Kinder- und Jugendmedizin bietet die DAKJ mit ihrer Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen dem Bundesgesundheitsministerium gerne ihre Expertise an. Die Stellungnahme dieser Kommission „Vollständiger Impfschutz nach den STIKO-Empfehlungen als Voraussetzung für den Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche“ ist diesem Schreiben als Anlage 1 beigelegt.

Mitgliedsgesellschaften:
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und
Jugendmedizin e.V.
Berufsverband der Kinder-
und Jugendärzte e.V.
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie
und Jugendmedizin e.V.

Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz
(Generalsekretär)
Dr. med. Christian Fricke
(Stellvertreter des Generalsekretärs)
Dehtleff Banthien
(2. Stellvertreter des Generalsekretärs und
Schatzmeister)

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
IBAN DE79 3006 0601 0002 9966 18
BIC DAAEDEDXXX

Amtsgericht Berlin
23335 Nz

Die DAKJ begrüßt ausdrücklich die Initiative von Herrn Bundesminister Jens Spahn zur Stärkung der Impfprävention. Masern sind eine der ansteckendsten Infektionskrankheiten. Mindestens eine von tausend Masernerkrankungen verläuft tödlich. Ausbrüche wie 2006 in NRW legen nahe, dass die Sterblichkeit bei Infektion im ersten Lebensjahr noch höher ist. Dies ist sowohl auf akute als auch verzögerte Todesfälle (im Rahmen einer wenige Jahre später auftretenden Gehirnentzündung, der SSPE) zurück zu führen. Nicht geimpft zu sein bedeutet nicht nur eine Gefährdung der ungeimpften Person selbst, sondern zusätzlich eine Gefährdung anderer, aus unterschiedlichen Gründen nicht geschützter Personen; gerade in Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder besteht eine besonders hohe Übertragungsgefährdung, da diese auch von Säuglingen besucht werden, die das Impfalter ≥ 11 Lebensmonate noch nicht erreicht haben.

Die Impflücken bei Masern sind weiterhin zu groß, um die Erkrankung in Deutschland zu eliminieren. Das geht aus Auswertungen zu Impfquoten hervor, die das Robert Koch-Institut (RKI) am 2. Mai 2019 im Epidemiologischen Bulletin veröffentlicht hat. Zwar haben 97,1 % der Schulanfänger die erste Masernimpfung erhalten. Aber bei der zweiten Masernimpfung gibt es große regionale Unterschiede, so dass die erforderliche Impfquote von 95 % bisher erst in wenigen Regionen Deutschlands erreicht wird. Nach den neuen Daten des RKI sind deutschlandweit nur rund 93 % der Schulanfänger des Jahres 2017 zweimal gegen Masern geimpft. Damit liegt die zweite Masernimpfung im Mittel unter den erforderlichen 95 %. Allerdings hat die Impfquote in den letzten Jahren eher zu- als abgenommen, was wohl den Aufklärungskampagnen und den Anstrengungen der niedergelassenen Kinderärzt*innen zu verdanken ist.

Keine Aussage erlauben die genannten Daten des RKI zum Alter, in welchem die Kinder ihren Impfschutz erreichen. Daten aus dem Kinder- und Jugend-Gesundheits-Survey (KIGGS) sowie aus kassenärztlichen Abrechnungsdaten machen deutlich, dass die Masernimpfungen vielfach wesentlich zu spät erfolgen. Nach den KV-Daten (www.vacmap.de) sind von den 2014 geborenen Kindern im Alter von 15 Monaten bundesweit nur zwischen 82 und 94 % einmal gegen Masern geimpft. Im Alter von 24 Monaten haben nur zwischen 69 und 81 % der Kinder einen vollständigen Masernschutz, obwohl die Ständige Impfkommission (STIKO) dies als spätesten Impfzeitpunkt empfiehlt. In diesen Altersgruppen können sich die Masern in Deutschland folglich weiterhin ausbreiten und insbesondere auch auf die ungeschützten (weil noch nicht impffähigen) Geschwisterkinder im Säuglingsalter übergreifen. Diese Kinder sind zudem besonders gefährdet, teilweise schwerwiegende Komplikationen der Masern zu entwickeln.

Die Erfahrung schulärztlich tätiger Kinderärzt*innen legen nahe, dass sich Familien mit verspäteter oder ausgelassener Masernimpfung häufig auf wenige Arztpraxen verteilen (z.B. persönliche Berichte der Gesundheitsämter Münster und Bremen). Offensichtlich tragen diese Ärzt*innen wesentlich zum Entstehen der Impflücken bei, da sie nicht impfen und impfskeptischen Eltern Rückendeckung geben, ohne dass dafür medizinische Begründungen vorliegen. Solche Ärzt*innen machen aus impfskeptischen Eltern Impfverweigerer. Damit verlassen diese Ärzt*innen den Boden der evidenzbasierten Medizin. Der 109. Deutsche Ärztetag 2006 in Magdeburg hat die Ärztekammern zur Prüfung aufgefordert, ob gegen Ärzt*innen, die sich explizit und wiederholt gegen empfohlene Schutzimpfungen nach § 20 (3) des Infektionsschutzgesetzes aussprechen, berufsrechtliche Schritte eingeleitet werden können, da sie mit ihrem Verhalten gegen das Gebot der ärztlichen Sorgfalts- und Qualitätssicherungspflicht verstoßen. Die Aufsichtsbehörden der Ärztekammern sollten diese Prüfungen anmahnen.

Die größten Impflücken bestehen bei älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis zurück zum Geburtsjahrgang 1971, da diese Personengruppen im Kindesalter nicht ausreichend geimpft wurden und da sie ihren bestehenden Impfbedarf zumeist nicht kennen. Diese Altersgruppen spielten bei den jüngsten Infektionsketten in Deutschland und in Europa eine entscheidende Rolle. In Europa waren in den Jahren 2014-2017 zwischen 33-63 % der Masernfälle älter als 14 Jahre (<https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/measles-affects->

all-age-groups). Gelingt es nicht, die Impflücken in diesen Altersgruppen zu schließen, wird sich selbst bei weiteren Verbesserungen im Kindesalter eine andauernde Masernfreiheit für Deutschland in den nächsten 5 Jahrzehnten nicht erzielen lassen.

Gesetzliche Strategien zur Verbesserung des Masernimpfschutzes müssen daher auch die Altersgruppen bis zurück zum Geburtsjahrgang 1971 mit einbeziehen. In einer 2017 von der BZgA durchgeführten Studie wurden Erwachsene (16 bis 85 Jahre) um ihre Einschätzung zur Wichtigkeit der Masernimpfung gebeten. 77% der Befragten, die nach 1970 geboren wurden, stufte die Masernimpfung als „besonders wichtig“ oder „wichtig“ ein. Die Impfempfehlung der STIKO war aber vielen nicht bekannt: Fast 74% der Befragten kannten die konkrete Impfempfehlung der STIKO für nach 1970 geborene Personen nicht (Quelle: BZgA (2017): Einstellungen, Wissen und Verhalten von Eltern und Erwachsenen gegenüber Impfungen). Dies weist auf Versäumnisse der diese Personengruppen betreuenden Ärzt*innen hin.

Darüber hinaus halten wir Anreizsysteme, wie sie beispielsweise Australien erfolgreich praktiziert, für hilfreich. So könnte beispielsweise die Gewährung des Kindergelds von der Impfcompliance abhängig gemacht werden. Die Impfbereitschaft bei Erwachsenen könnte mittels eines Rabatts auf Krankenkassenbeiträge für diejenigen, die bestimmte Impfungen nachweisen können, gezielt gefördert werden.

Zusätzlich zu den dringend zu intensivierenden Aufklärungs-Maßnahmen kann die Einführung einer Masernimpfpflicht eine mögliche Komponente sein. So ist unbestritten, dass Impfungen eine effektive Maßnahme zur Verhinderung und Eindämmung von Ausbrüchen sein können. Bei der Einführung einer Impfpflicht muss in der Bevölkerung allerdings die Bereitschaft vorhanden sein, sich bzw. ihre Kinder impfen zu lassen. Eine Impfpflicht ohne breite Akzeptanz in der Bevölkerung kann auch zur vermehrten Ablehnung führen. Es sollte außerdem bedacht werden, dass in Ländern wie Deutschland mit einer generell hohen Masern-Durchimpfungsrate im Kindesalter eine Impfpflicht weniger Akzeptanz in der Bevölkerung finden wird als in Ländern mit niedriger Impftrate. Das Zulassen von Ausnahmeregelungen kann eine Impfskepsis oder vollständige Abwehr gegenüber Impfungen in der Bevölkerung verhindern.

Bei der Einführung einer Impfpflicht sind die Grenzen einer solchen Maßnahme zu bedenken. So wurden in einer aktuellen Studie aus 29 europäischen Staaten die Impfquoten für Masern und Pertussis in Staaten mit bzw. ohne Impfpflicht verglichen. Dabei wurde festgestellt, dass eine Impfpflicht eine Erhöhung der Impfquote um 3% (Konfidenzintervall 0.35-5.64) für Masern und 2.14% (KI 0.13-4.15) für Pertussis bewirkte. Finanzielle Strafmaßnahmen waren nur bedingt erfolgreich, da lediglich eine Steigerung um 1.1% (KI 0.5-1.1) bzw. 0.8% (0.95-1.3) erreicht werden konnte (Vaz et al., Kongress der Europäischen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, Mai 2019). Daten aus den USA belegen ebenso, dass die Impfquoten in einzelnen Bundesstaaten, in denen es eine Impfpflicht gibt, nicht notwendigerweise besser sind als dort, wo es keine gibt. Das liegt u.a. daran, dass Eltern die Ausnahmeregelungen, die es bei jeder Impfpflicht gibt, sehr stark in Anspruch nehmen (Omer et al., N Engl J Med. 2012 Sep 20;367(12):1170-1). Daten aus Frankreich zeigen, dass die Einführung einer Impfpflicht wirksam sein kann, wenn sie mit flankierenden Maßnahmen verknüpft wird, die die Akzeptanz steigern und die Durchführung erleichtern (Bulletin de veille sanitaire, Santé publique, 02.04.2019). Daher raten internationale Epidemiologen dazu, administrative Regeln und Prozeduren zu etablieren, die Eltern dazu bringen sollen, ihr Kind (zeitgerecht) zu impfen und Ausnahmeregelungen nicht mehr zuzulassen.

Neben der Verfehlung der Impfziele für die Masern ist die DAKJ äußerst besorgt über die jüngste Entwicklung der Durchimpfungsraten der Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten und Kinderlähmung. Für diese Impfungen haben die Impfquoten bei Schulanfängern bisher zwar nur in geringem Maße, aber bereits im dritten Jahr in Folge abgenommen. Die Daten zeigen, dass gemeinsame Anstrengungen aller am Impfsystem beteiligten Akteure notwendig sind, um hohe Impfquoten für alle empfohlenen Impfungen zu erreichen und zu halten. Gesetzliche Regelungen, die alleine auf Verbesserungen beim Masernschutz abzielen, greifen damit aller Voraussicht nach zu kurz und könnten sich in Bezug auf andere Krankheiten schlimmstenfalls sogar als kontraproduktiv erweisen.

Wissenschaftliche Erkenntnisse weisen auf die Gefahr solcher Entscheidungsprozesse bei partiellen Impfpflichten hin (<https://www.uni-erfurt.de/?38326>). Deshalb sollten sich die Anstrengungen zur Verbesserung der Impfquoten nicht nur auf Masern konzentrieren, sondern alle von der STIKO empfohlenen Impfungen umfassen.

Die im Referentenentwurf vorgesehenen Impfpflichten für Personal von Gemeinschaftseinrichtungen werden von der DAKJ befürwortet. Die Impfpflicht sollte jedoch grundsätzlich erweitert werden und alle Berufsgruppen umfassen, die regelmäßig beruflichen Kontakt zu Kindern im Vorschulalter haben (z.B. Physiotherapeuten, Heilpädagogen, Hebammen, Heilpraktiker).

Diese Pflichten sollten allerdings aus den oben genannten Gründen dringend auf alle von der STIKO empfohlenen Standardimpfungen erweitert werden. Diese erweiterte Regelung würde auch die medizinisch unnötige Diskussion um den Bedarf an Einzelimpfstoffen (z.B. gegen Masern) beenden helfen.

Sehr zu begrüßen sind die Vorstöße des Referentenentwurfs für einen elektronischen Impfausweis. Schließlich erlaubt eine elektronische Impfdokumentation ein individuelles Erinnerungssystem beispielsweise per Smartphone-App sowie ein „smartes“ Pflegen der Impfdaten und Erinnern an anstehende Impftermine in jeder Arztpraxis. Zudem kann auf Basis dieser Daten ein Impfregister etabliert werden. Die Anschaffungs- und Betriebskosten solcher Recall-Systeme sollten bei einer Vielzahl von Verwaltungs-Softwares der Arztpraxen nach einem einheitlichen Standard entwickelt und von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden, da es hier um den Schutz der Solidargemeinschaft aller Versicherter geht.

Verbesserungen im allgemeinen Gesundheitsverhalten lassen sich nachhaltig durch eine Steigerung der allgemeinen Gesundheitsbildung erreichen. Von daher begrüßt die DAKJ ausdrücklich die Einbeziehung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in die Regelungen zur Verbesserung des Impfschutzes in Deutschland. Die BZgA kann gezielt geeignete Informationsmedien für Eltern, Lehrer und Erzieher entwickeln, um das öffentliche Bewusstsein für das Thema Impfen zu stärken. Wissen zu Infektionen und Impfungen sollte schon an den Schulen vermittelt werden. Die DAKJ kann hierbei gerne Ansprechpartner vermitteln.

Allgemeine Maßnahmen zum Steigern der Impfraten werden weiterhin erforderlich sein. So muss die Impfausbildung von medizinischem Personal einschließlich Ärzten deutlich verbessert werden. Impfkurse müssen verpflichtender Bestandteil der Aus- und Weiterbildung von Ärzten und anderem medizinischen Personal sein.

Neben unseren obigen Hinweisen zu wichtigen und ergänzenden Aspekten, die nach fachlicher Einschätzung der DAKJ in einem Masernschutzgesetz behandelt werden sollten, geben wir noch folgendes zu bedenken:

- Bevor die geplanten Regelungen eines Masernschutzgesetzes greifen können, ist sicherzustellen, dass dauerhaft jederzeit ausreichende Mengen der dafür erforderlichen Impfstoffe verfügbar sind.
- Da für den Nachweis der dauerhaften Unterbrechung von Maserninfektionsketten ein gut funktionierendes Berichtswesen zum nationalen Maserngeschehen erforderlich ist, sollten die diesbezüglichen Empfehlungen der Nationalen Verifizierungskommission Masern-Röteln (NAVKO) am RKI bei der Gesetzgebung Berücksichtigung finden (www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/NAVKO/NAVKO_node.html).
- Die Teilnahme des Versicherten an einem ärztlichen Recall-System erfordert in jeder Arztpraxis eine datenschutzkonforme Einwilligung. Die gesetzlichen Regelungen sollten hierfür eine pauschale Zustimmungsmöglichkeit – beispielsweise gespeichert auf der Krankenkassenkarte – erlauben. Das würde die bürokratischen Hürden eines Recall-Systems erheblich senken helfen. Ohne ein effektives Recall-System ist eine

Impfpflicht nicht zielführend. Daher sollte vor der Einführung einer Impfpflicht ein solches System zügig etabliert werden.

- Aktuell werden in Deutschland bei der Berechnung der Durchimpfungsraten nur die Kinder mit vorgelegtem Impfausweis berücksichtigt. Dies überschätzt die Durchimpfungsrate, da man annehmen muss, dass die Kinder ohne Impfausweis schlechter als der Durchschnitt geimpft sind. Korrekt wäre es, Kinder ohne Impfausweis als ungeimpft zu betrachten.
- Die Kontrollen der durchgeführten Impfungen sollen durch die Gesundheitsämter erfolgen. Dafür benötigen diese mehr Personal und eine Handlungsanweisung, die genau beschreibt, ob und wann die Impfungen altersgemäß appliziert wurden. Auch die Ausnahmen von der Masernimpfpflicht sollten schriftlich festgestellt und vom Gesundheitsamt überprüft werden.
- Es muss eine Regelung getroffen werden für Kinder, die schon mit 12 Monaten oder früher in eine Betreuungseinrichtung aufgenommen werden. Diese müssten nachträglich einen vollständigen Impfschutz (2 Impfungen) z.B. bis zum Zeitpunkt von 15 Monaten nachweisen. Nur so kann sichergestellt werden, dass Kinder in den Einrichtungen auch wirklich zeitgerecht 2 Impfungen erhalten.
- Impfangebote sind überall da notwendig, wo Kinder vorgestellt und untersucht werden, also auch bei Schuleingangsuntersuchungen oder aufsuchend in Schulen. Dafür braucht der ÖGD entsprechende Möglichkeiten. Bei einer Nachweiskontrolle durch das Gesundheitsamt z.B. im Rahmen einer Einschulungsuntersuchung sollte unbedingt sofort ein Impfangebot an Ort und Stelle erfolgen.
- Bei der Prüfung des Gesetzes sollte nicht nur die Umsetzung geprüft werden, sondern auch die Auswirkung auf die tatsächlichen Impfraten, auf die Teilnahme an anderen Impfungen und die Epidemiologie der Masern und anderer Erkrankungen.

In der Anlage 2 finden Sie neben obigen Kommentaren eine Fassung des Referentenentwurfes mit eingearbeiteten Kommentaren unserer Kommission für Infektionskrankheiten und Impfungen zu einzelnen Regelungen des Masernschutzgesetzes incl. einer gesonderten Auflistung der Kommentare.

Zusammenfassend begrüßt die DAKJ die Initiative des Bundesgesundheitsministers zur Verbesserung der Impfprävention in Deutschland und unterbreitet Vorschläge aus wissenschaftlicher und kinderärztlich praktischer Sicht, wie die gemeinsamen Ziele wie z.B. die Eliminierung der Masern in Deutschland erreicht werden können.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz
Generalsekretär der DAKJ

Anlagen:

1. DAKJ-Stellungnahme „Vollständiger Impfschutz nach den STIKO-Empfehlungen als Voraussetzung für den Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche“
2. Referentenentwurf mit Kommentaren