



Nationale Strategien der Impfprävention

PD Dr. med. Ole Wichmann
WichmannO@rki.de



- Der Nutzen von Impfungen
- Das Impfsystem in Deutschland
- Impfquoten in Deutschland
 - wo stehen wir?
 - Gruppen mit besonderem Handlungsbedarf
 - Konsequenzen nicht ausreichender Impfquoten
- Was sind Gründe für niedrige Impfquoten?
- Maßnahmen zur Steigerung von Impfquoten und Erfahrungen im Ausland

Der Nutzen von Impfungen

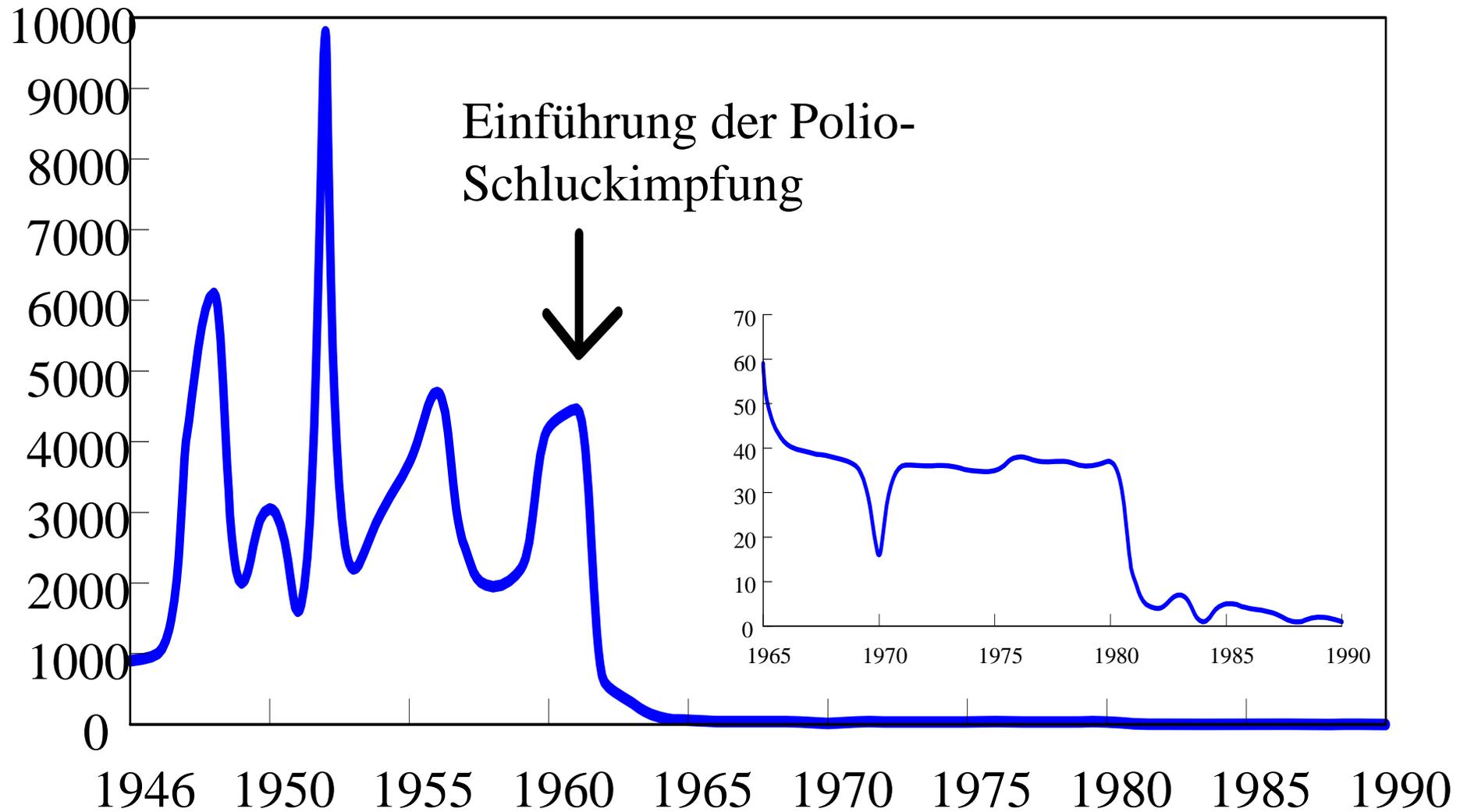


Individueller Nutzen	<ol style="list-style-type: none">1) Schutz vor Erkrankung, Komplikation, Tod2) Schutz vor Krebs3) Gesundes Reisen
Bevölkerungsnutzen	<ol style="list-style-type: none">1) Kontrolle von Infektionserregern<ul style="list-style-type: none">- Ausbruchprävention/-kontrolle- Elimination/Eradikation2) Schutz der ungeimpften Bevölkerung (Gemeinschaftsschutz)3) Ökonomische Effekte4) Reduzierung sozialer Ungleichheit von Krankheitsrisiken5) Reduzierung Antibiotika-Resistenzen6) Verhinderung von Erreger-Importen

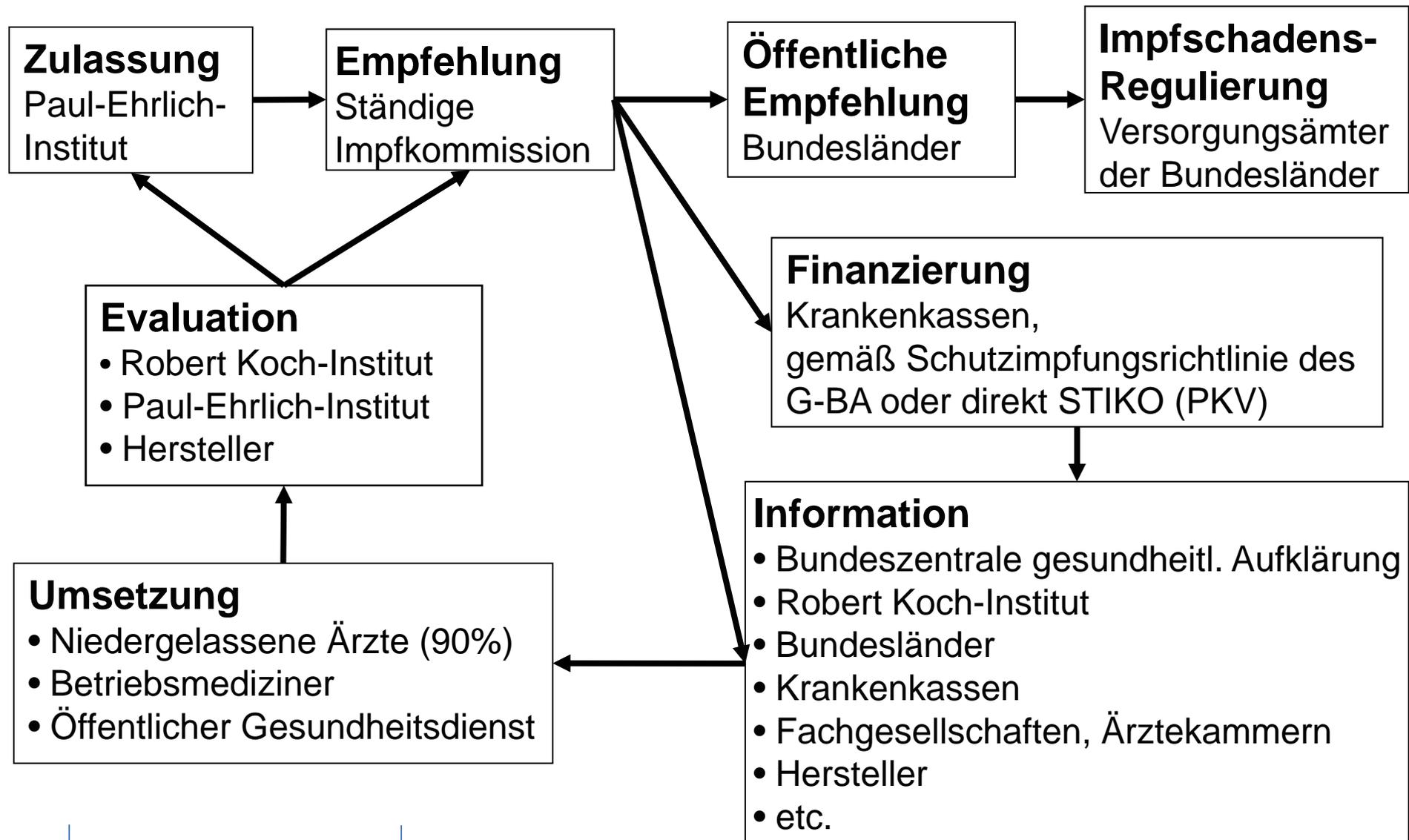
Poliomyelitis in Deutschland



Fälle



Das Impfsystem in Deutschland



Die Ständige Impfkommission



- Entwickelt Impfeempfehlungen für Deutschland
 - berücksichtigt dabei den Nutzen für das Individuum und für die gesamte Bevölkerung (öffentliches Interesse)
- Unabhängige Expertenkommission
 - 12–18 ehrenamtliche Mitglieder, berufen vom BMG
- Geschäftsstelle am Robert Koch-Institut
 - Logistik, Kommunikation, Koordination, Zusammenstellung wissenschaftlicher Evidenz
- Arbeitsweise
 - Standardvorgehensweise
 - evidenzbasierte Medizin → hohe Transparenz und Qualität
- Prüfung des Anscheins möglicher Befangenheiten
 - vor Berufung durch das Bundesgesundheitsministerium
 - vor jeder Sitzung, themenspezifisch, ggf. Ausschluss von Beratung



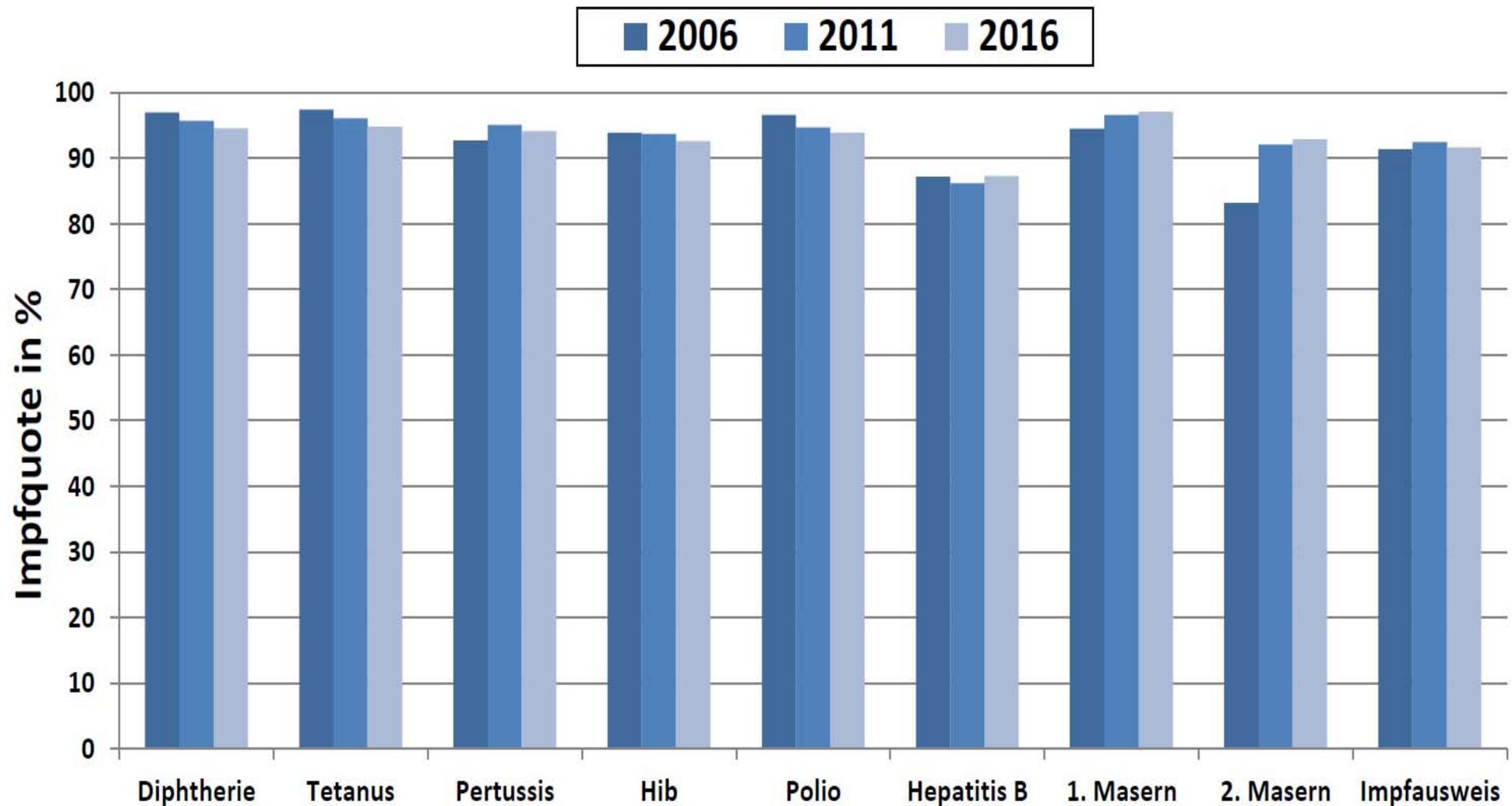
Impfquoten in Deutschland

-wo gibt es Lücken?

-Gruppen mit besonderem Handlungsbedarf

-was sind die Konsequenzen?

Impfquoten zum Schuleingang, Deutschland, Stand April 2018

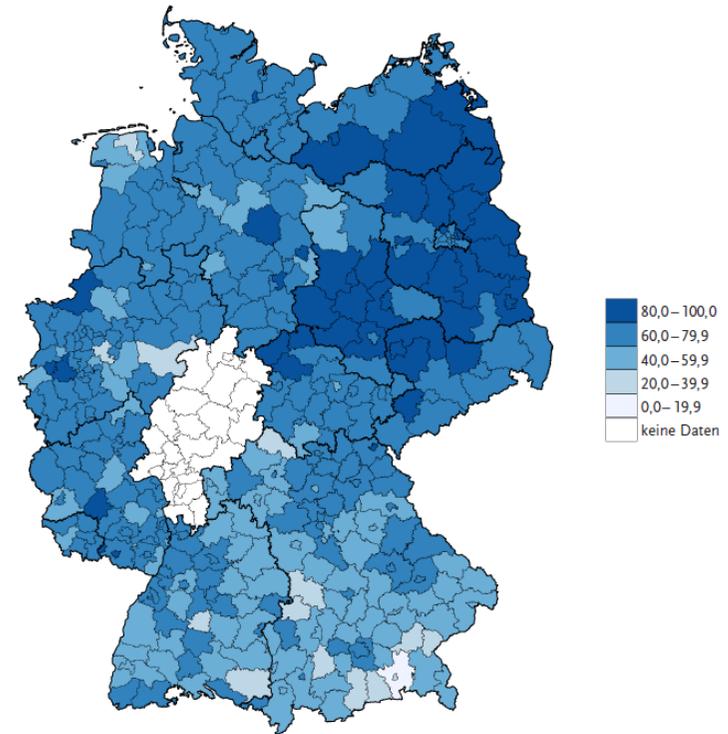
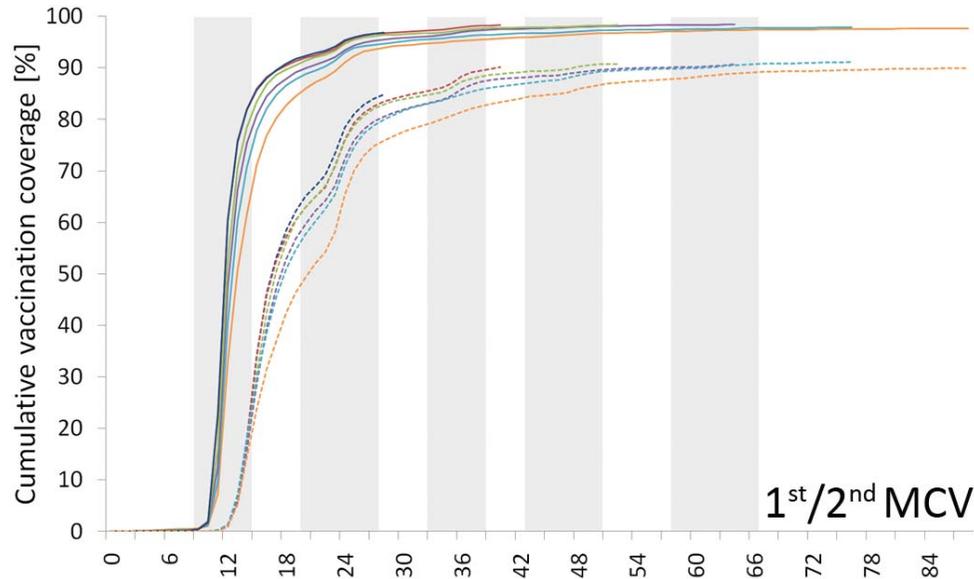


Impflücken bei Kindern



Starke Variation auf lokaler Ebene

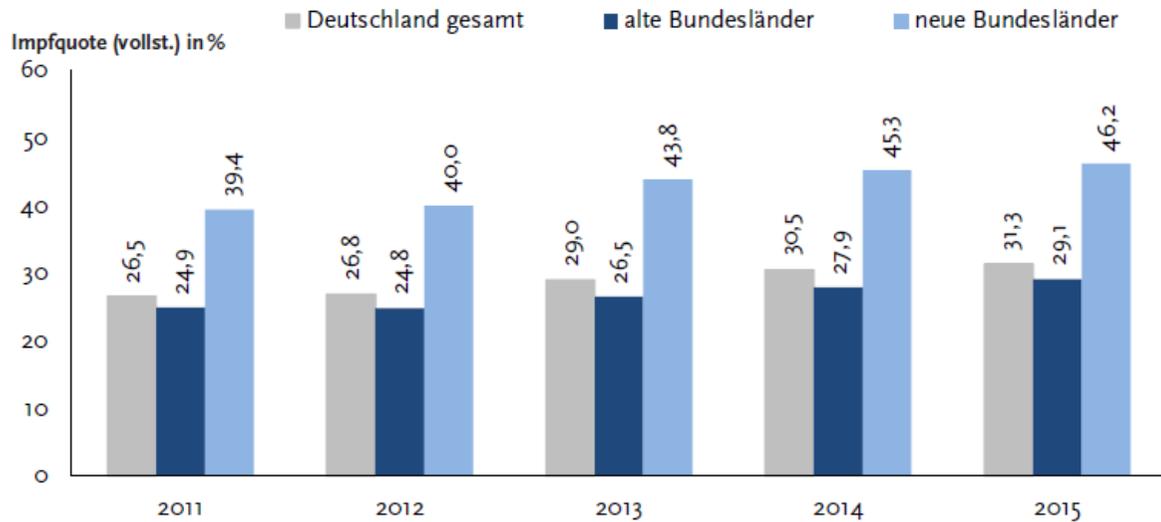
-Bsp. Rotavirus-Impfquoten bei Säuglingen



Es wird oft zu spät und nicht vollständig geimpft

-Bsp. Masern-Impfquoten bei Kleinkindern

Impflücken bei Jugendlichen und Erwachsenen

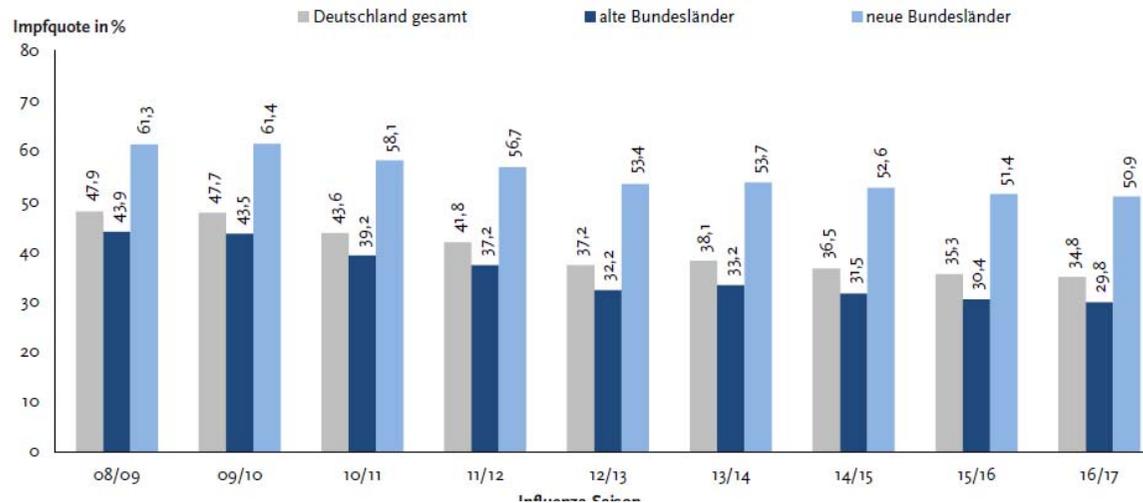


Niedrige Impfquoten mit Tendenz steigend

- HPV-Impfquoten bei 14-jährigen Mädchen (vollständig geimpft)

Niedrige Impfquoten mit Tendenz fallend

-Influenza-Impfquoten bei Senioren



(Rieck et al. KV-Impfsurveillance 2018)



Gruppen mit besonderem Handlungsbedarf für die Elimination der Masern & Röteln in Deutschland

Definiert im „Nationalen Aktionsplan 2015-2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland“

- Bevölkerungsgruppen mit potenzieller Unterversorgung bzw. im Ausland geboren (z.B. Roma, Flüchtlinge, Asylsuchende)
- Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlich motivierten Impfvorbehalten

Weitere Alters- bzw. Berufsgruppen

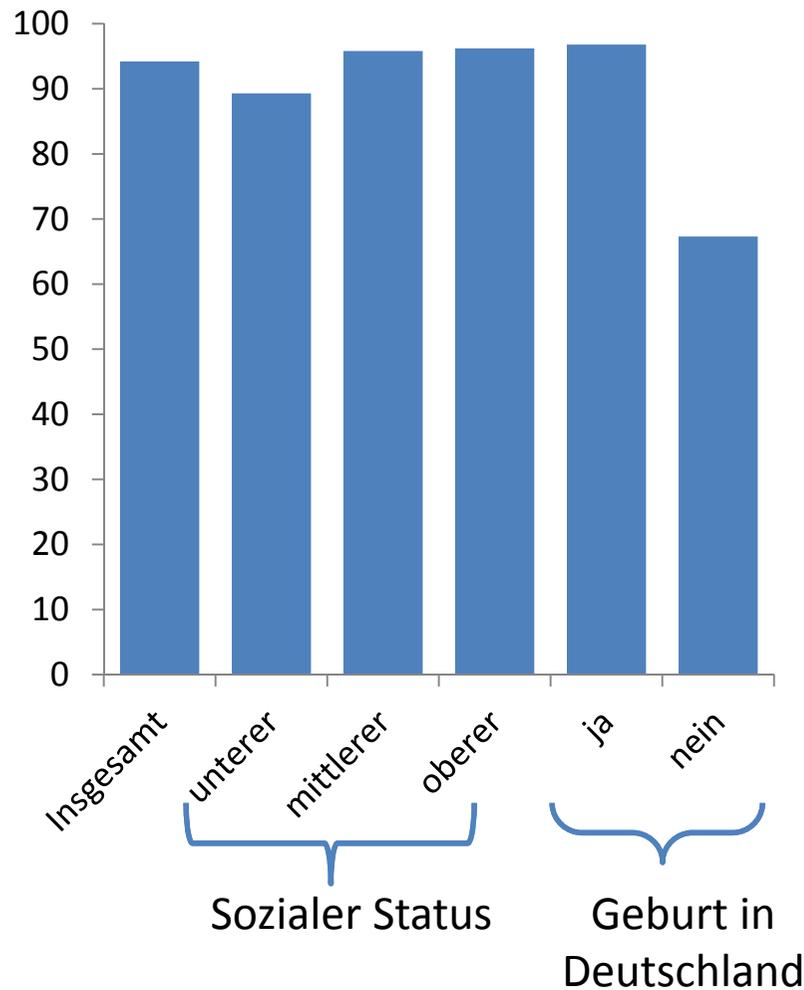
- Kinder im Alter 11-24 Monaten, insb. vor Eintritt in die Kita
- 10- bis 17-jährige Jugendliche
- nach 1970 geborene Erwachsene
- Beschäftigte im Gesundheitswesen

Sozialer Status und Migrationsmerkmale

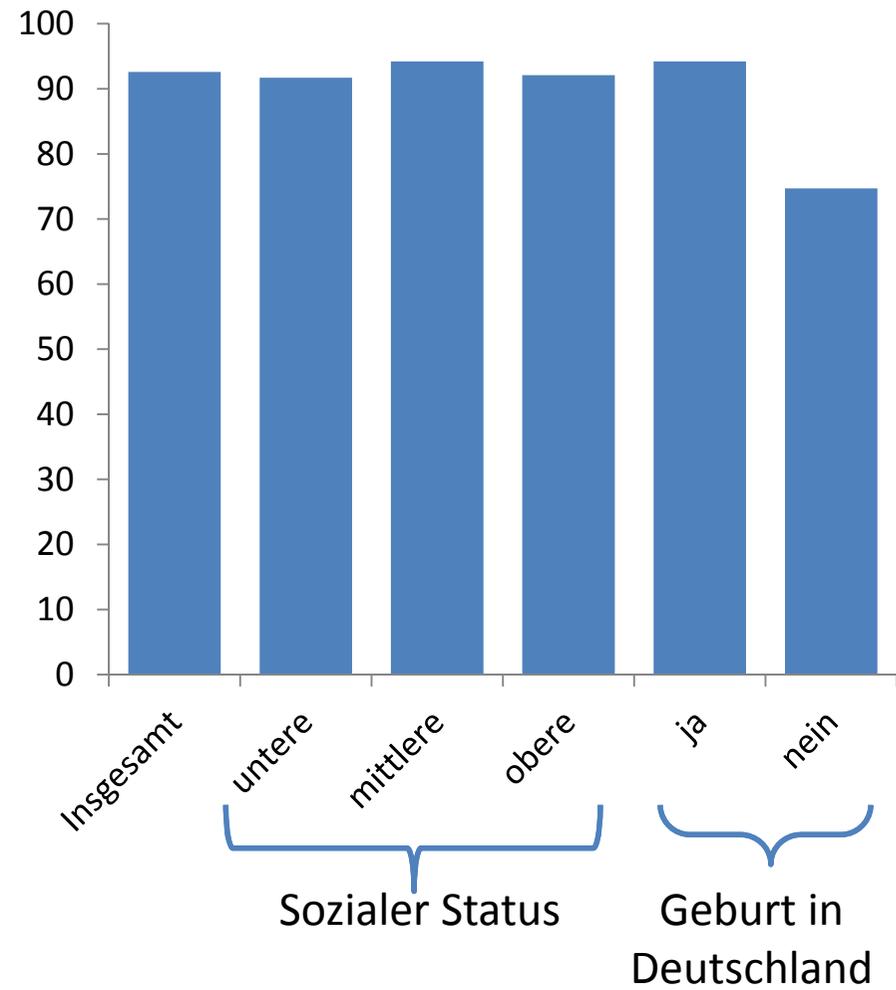


Impfquoten bei Einschulung, Berlin 2017

Tetanus



Masern 2 Dosen



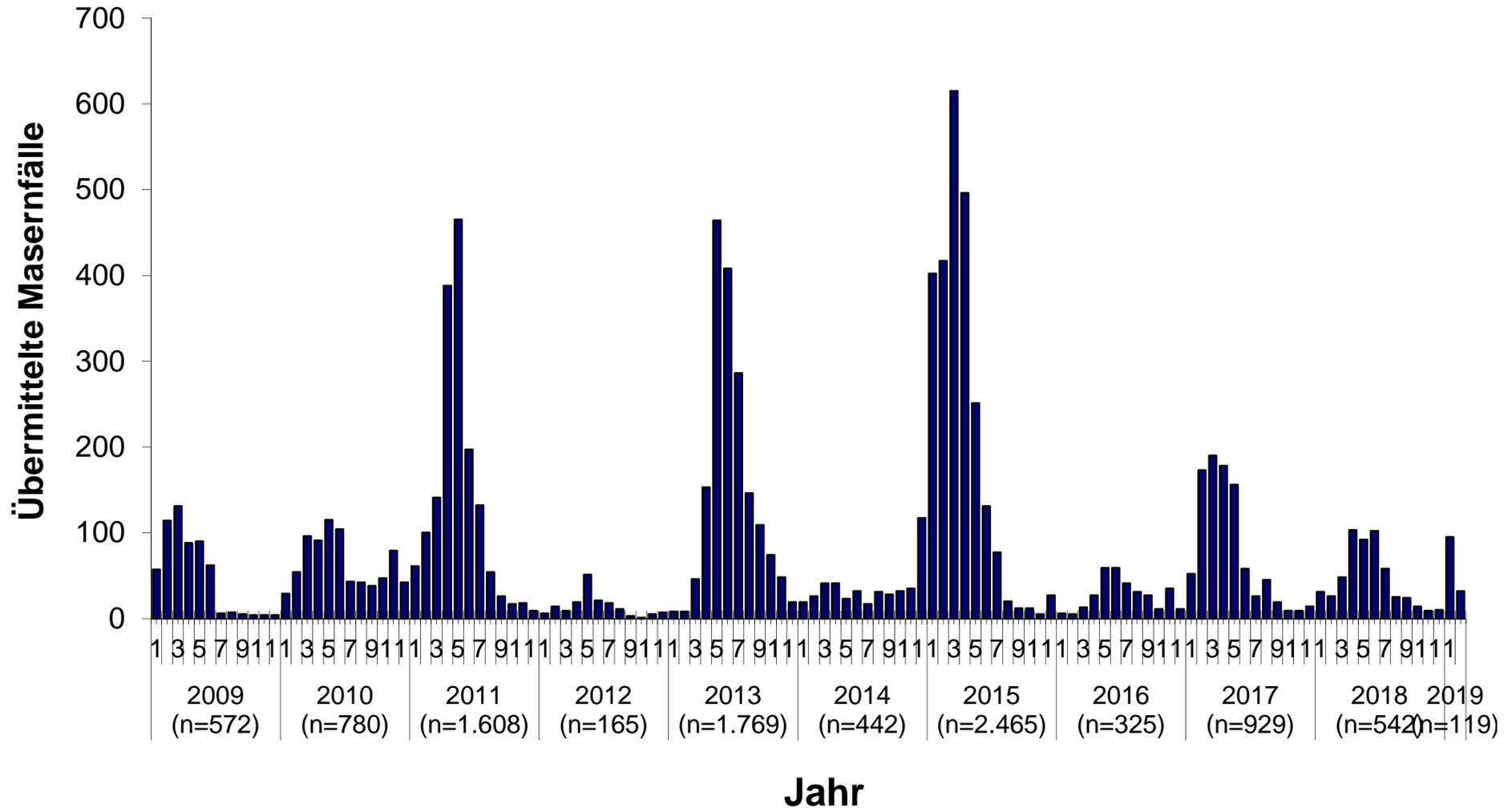
Impfpräventable Erkrankungen 2017



Erkrankung	Anzahl	Kommentar
Diphtherie	11	
FSME	485	
Haemophilus influenzae b	19	
Influenza	95.943	Nur laborbestätigte Fälle
Keuchhusten	16.834	
Masern	929	SSPE nicht meldepflichtig
Meningokokken, invasiv	283	
Mumps	652	
Pneumokokken, invasiv oder Lungenentzündung	40.081	Nicht meldepflichtig, Krankenhaus-Diagnose- statistik, Durchschnitt 2010-13, Alter 60+ J.
Poliomyelitis	0	
Rotavirus	38.251	Impfung nur im 1. Lebensjahr
Röteln, konnatal	0	
Windpocken	22.206	

Übermittelte Masernfälle

Deutschland, 2009-2019 (Stand: 18.02.2019)

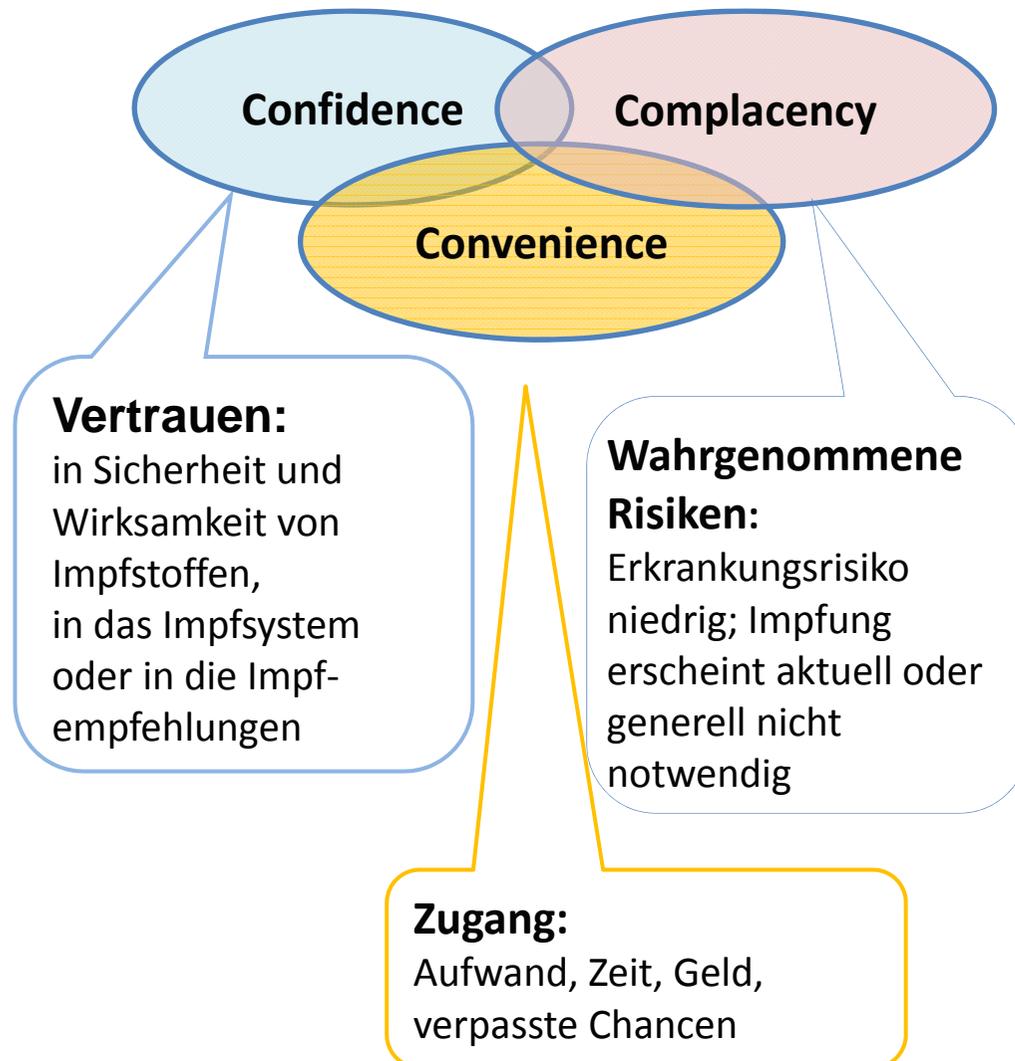




Gründe für niedrige Impfquoten

Herausforderungen bei der Erreichung hoher Impfquoten

Impfakzeptanz: Determinanten



Limitationen des Impfsystems

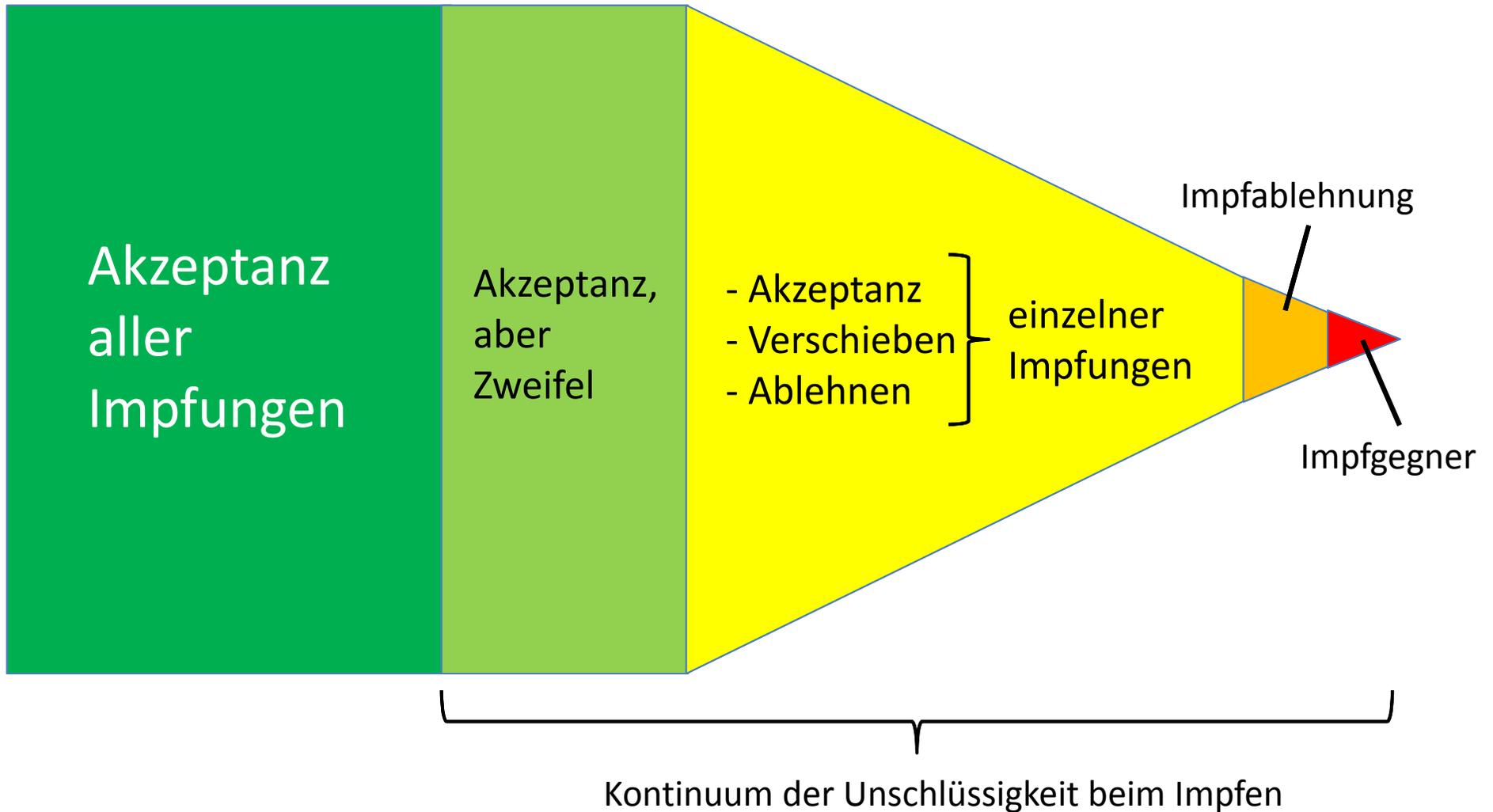
- Verfügbarkeit von Impfquoten
- Keine Möglichkeit der Nachverfolgung und Erinnerung ungeimpfter Personen (z.B. über zentrales Impfregister)
- Keine geeigneten/konzertierten Kommunikationsstrategien
- Gesundheitspersonal nicht ausreichend aus-/fortgebildet zum Thema Impfen
- Impfangebote wenig flexibel
- Lieferengpässe

Panoptikum der Impfakzeptanz



Hohe Nachfrage

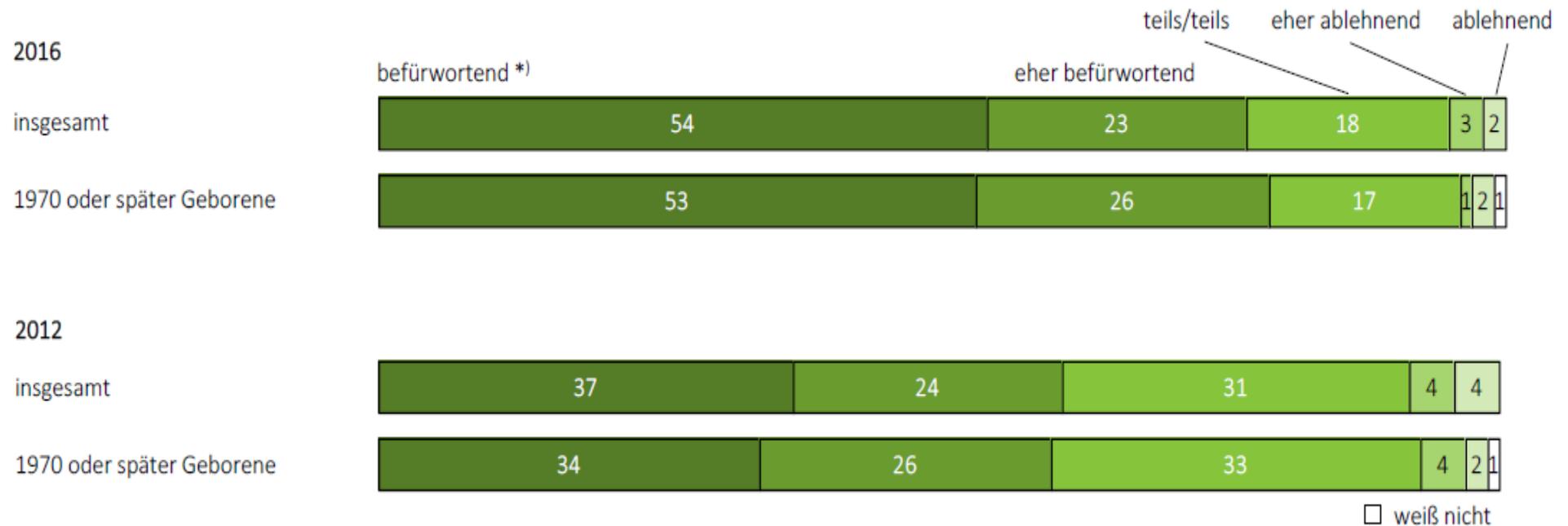
Niedrige oder keine Nachfrage



Impfakzeptanz in Deutschland



- Nur wenige Prozent sind entschiedene Impfgegner
- Etwa 20-30% sind **unentschlossen oder unsicher** über Impfungen
- Die Mehrheit der Bevölkerung steht dem Impfen im Allgemeinen positiv gegenüber





Impfakzeptanz ist kontextuell:

Jede Umgebung / Situation / Impfung ist anders!

Diverse Studien zeigen jedoch immer eine Konstante:

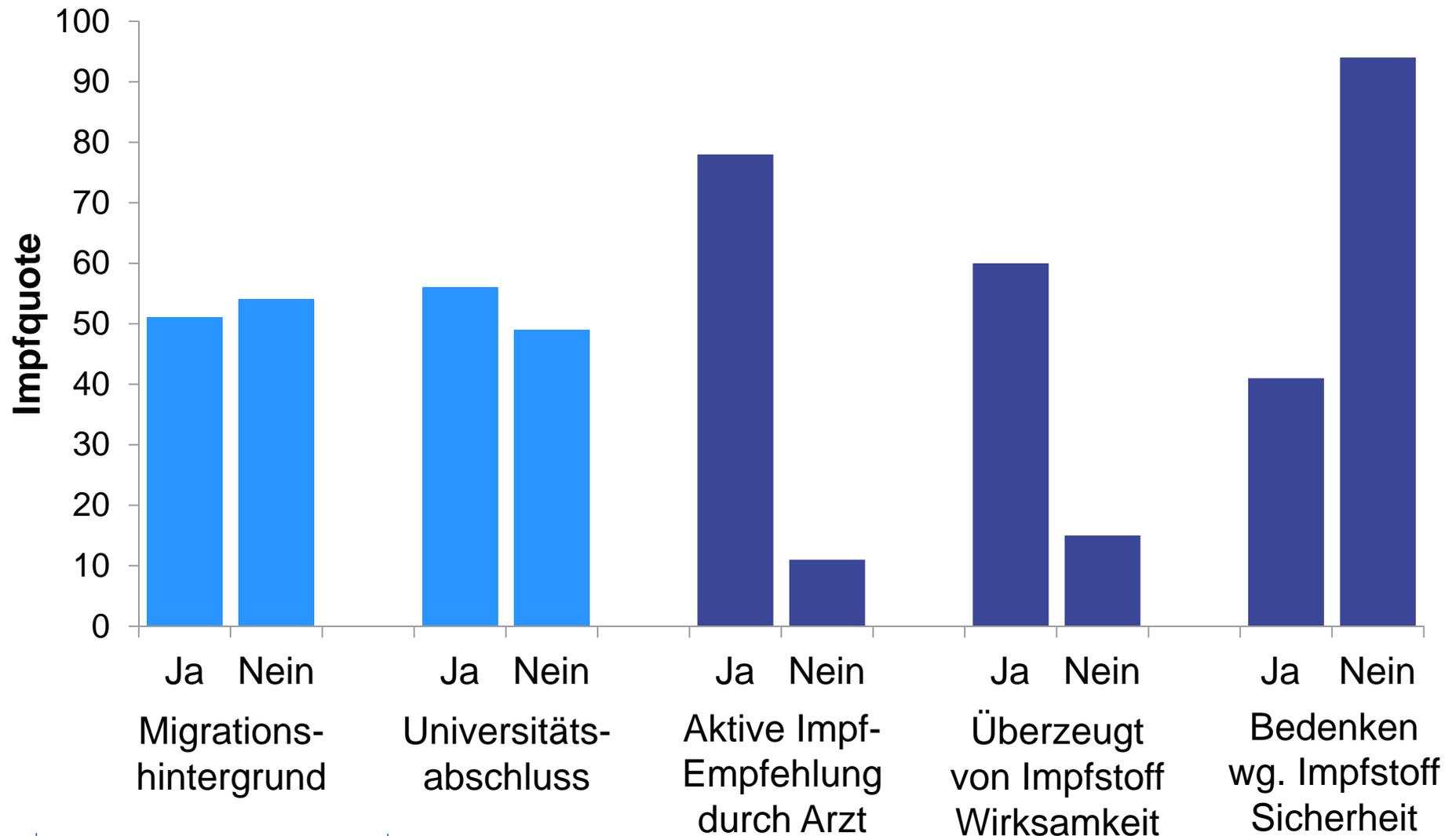
Der/Die impfende Arzt/Ärztin

Studie zur Akzeptanz der HPV-Impfung

ROBERT KOCH INSTITUT



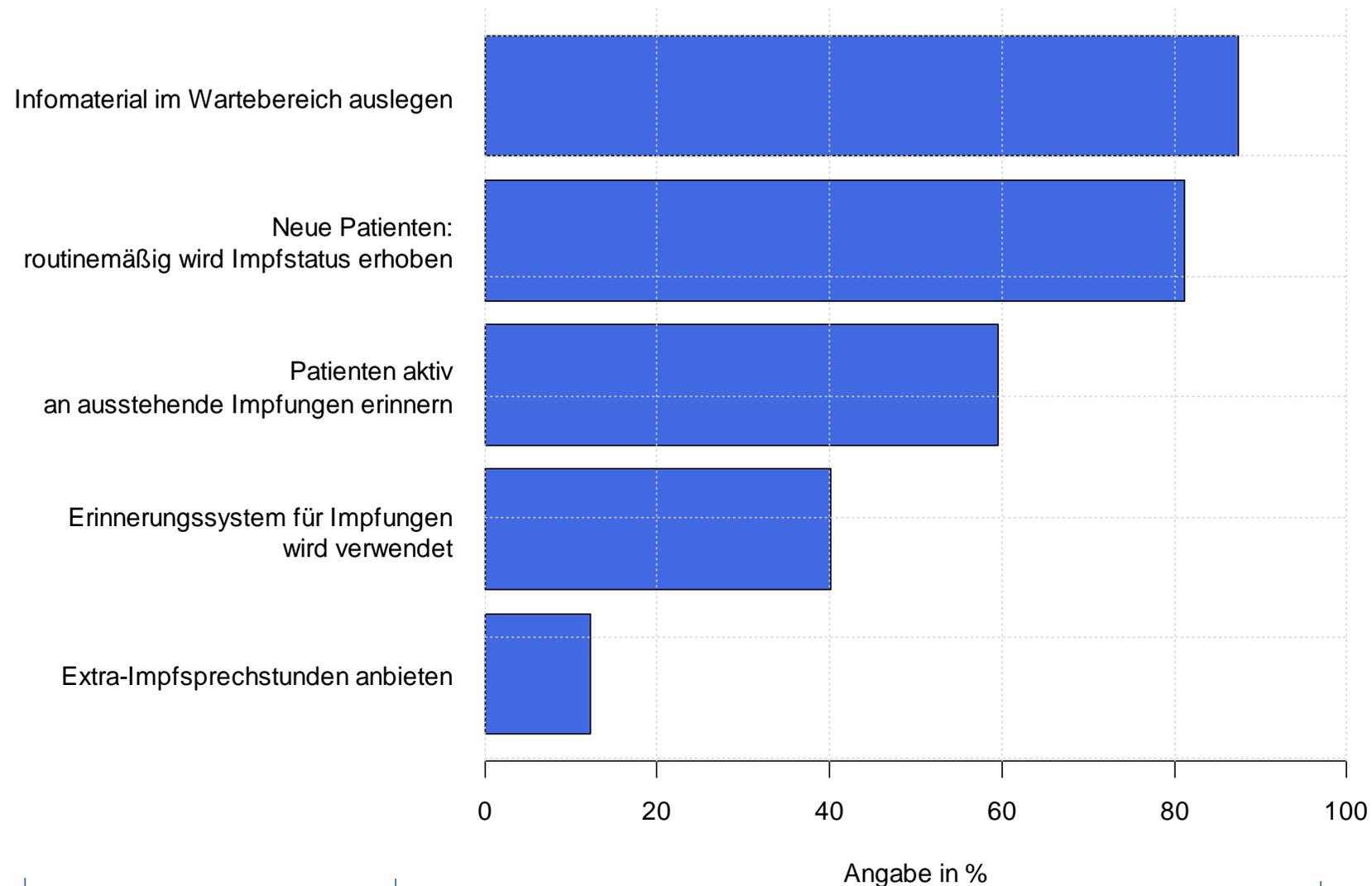
Befragung von 1.161 Frauen im Alter 18-25 Jahren, 2012/13



Im Praxisalltag integrierte Arbeitsabläufe, um Patienten impfen zu können



n=700 Allgemeinmediziner/-innen, Antwort: Ja/Nein. Mehrfachantworten möglich



Einfluss von impfkritischen Stimmen

- Viele Eltern recherchieren im Internet über Impfungen
- Weitere wichtige Informationsquellen:
 - Familie und Freunde
 - Haus- und Kinderärzte
- **Im Internet und den sozialen Medien** werden Informationen nicht nach Seriösität gewichtet
- Radikale Impfgegner (re)produzieren Impfmythen
- Surfen auf impfkritischen Websites verunsichert Eltern nachhaltig

ROBERT KOCH INSTITUT





Maßnahmen zur Steigerung von Impfquoten und Erfahrungen im Ausland

Beispiele zur Überwindung von Impf-Barrieren



Strategie & Einflussfaktoren	Anmerkung
Vertrauenswürdige Mitarbeiter in der Primärversorgung	Arzt/Ärztin als Vertrauensperson
Das vertrauenswürdige Gespräch	Offen und nicht kontrovers
Kommunikation zu Impfungen bereits in der Schwangerschaft	
Wissensdefizite ausgleichen	
Erinnerungsverfahren	Impfregister oder Praxissoftware. Über Post, E-Mail, soziale Medien
Staatliche Organisation des Impfens	Impfpflicht, Schularztsystem, subsidiäres Impfen des ÖDG
Niederschwelliges/unbürokratisches Impfangebot	Impfkliniken, Fachgruppenübergreifendes Impfen, Qualitätsmanagement Praxen

Impfakzeptanz *versus* aktive Nachfrage



Wenn Individuen und die Gemeinschaft **den Nutzen von Impfungen verstehen**, können sie diese **sowohl als allgemeines Recht** und auch als eigene **Verantwortung** begreifen und aktiv nachfragen

Maßnahmen, die dazu beitragen, die **Unschlüssigkeit** beim Impfen zu **reduzieren**, und Menschen in die Lage versetzen, **Impfungen zu akzeptieren** und **aktiv nach ihnen zu fragen** = „Demand Promotion“



- Kontrollierte randomisierte Feldstudie
 - Referat „wirksam regieren“ im Bundeskanzleramt
 - durchgeführt im 4. Quartal 2016
 - Zielgruppe: Nach 1970 geborene Erwachsene
- Design
 - 6 verschiedene Informationsangebote/grafische Aufarbeitung
 - per Brief an die Versicherten der Techniker Krankenkasse
 - Impfkaktivität gemessen anhand ärztlicher Abrechnungen an TK
- Ergebnisse
 - statistisch signifikanter Unterschied, wenn spezifisch auf Masern-Impfung angesprochen
 - größter Effekt: Flyer mit Pop-Art-Aufmachung
 - Erhöhung von 3 → 8 Impfungen / 1000 Versicherte im Quartal
 - 200 Anschreiben bzw. EUR 125 pro zusätzlicher Impfung



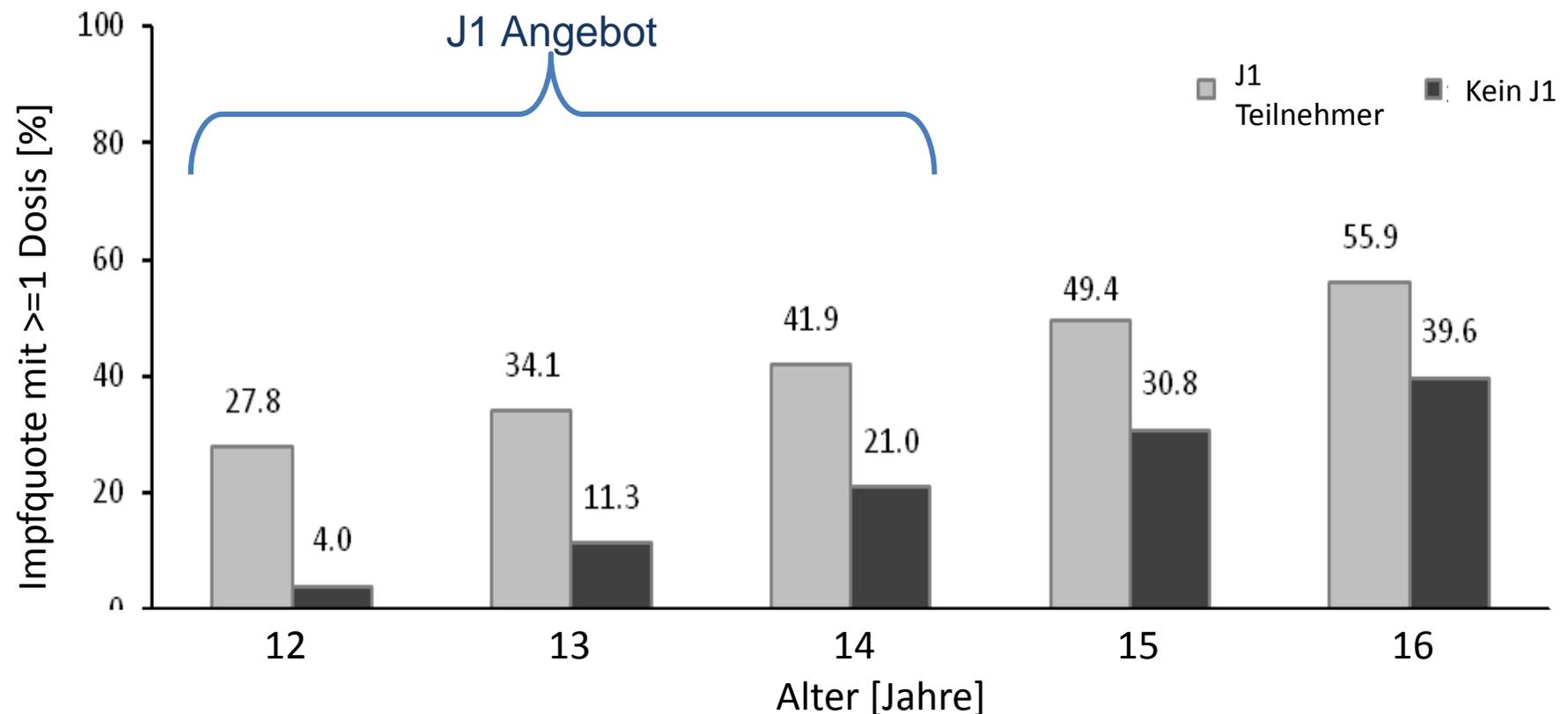


- **Impfschutz** soll bei allen Routine-Gesundheitsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sowie den Jugendarbeits-schutzuntersuchungen **überprüft** werden
- Bei der Aufnahme eines Kindes in die Kita muss ein **Nachweis** über eine **ärztliche Impfberatung** vorgelegt werden.
- **Krankenkassen** können Bonus-Leistungen für Impfungen vorsehen
- Auch **Betriebsärzte** sollen allgemeine Schutzimpfungen vornehmen können
- Beim Auftreten von **Masern in einer Gemeinschaftseinrichtung** (z. B. Kita, Schule, Hort) können die zuständigen Behörden ungeimpfte Kinder vorübergehend ausschließen
- Medizinische Einrichtungen dürfen die **Einstellung von Beschäftigten** vom Bestehen eines erforderlichen Impf- und Immunschutzes abhängig machen

HPV-Impfung und J1-Nutzung



- Jugendvorsorgeuntersuchung J1 im Alter von 12-14 Jahren
- Signifikanter Zusammenhang zw. HPV-Impfung und J1-Nutzung
- Aber: J1-Inanspruchnahme <50% --- nicht alle "J1er" geimpft



Impfpflicht – Globale Perspektive



- Übersichtsarbeit von 2018
- Es existiert kein Standardvorgehen für Impfpflicht
 - Altersgruppe, Programm-Flexibilität, Ausnahmen, Umsetzung inkl. Strafen oder Inzentivierung
 - muss den lokalen Gegebenheiten und der Kultur des Landes angepasst werden
- Vor Implementierung: Finanzierung, Impfstoff-Lieferfähigkeit, gleicher Zugang zu Impfungen, Informationsmaterialien notwendig
- Wenig Evidenz in Bezug auf den besten Ansatz, Kosten
- Unbeabsichtigte Konsequenzen:
 - Impfungen ohne Impfpflicht als weniger wichtiger empfunden
 - Problem bei Lieferengpässen (öffentliche Wahrnehmung)
 - Erreichbarkeit von Migranten?

Beispiel (I) zu Impfpflicht in Europa



Frankreich

- Früher 3 Impfungen Pflicht (Tetanus, Diphtherie, Polio)
 - jetzt Ausweitung auf 11
- Zielgruppe: Kinder bis 2 Jahre, geboren ab Januar 2018
- Seit Januar 2018
- Befreiung nur wegen medizinischer Gründe
- Bei Nichteinhaltung: kein Besuch von öffentlichen Gemeinschaftseinrichtungen oder -aktivitäten
- Wichtig: Begleitkommunikation (warum, wie gut, etc.)
- Erste Ergebnisse positiv:
 - Akzeptanz „macht Dinge einfacher“
 - Steigerung Anteil 6-fach Impfstoff (92% → 98%)



Finnland

- Impfpflicht für medizinisches Personal, seit 2018
- Zielgruppe: Personal, das Kontakt zu vulnerablen Patienten hat
- Verantwortung liegt bei der Klinikleitung
- Herausforderung:
 - Welche vulnerablen Gruppen? Welche Einrichtungen?
 - Fehlende Verfügbarkeit einer Pertussis-Monoimpfung für Personal in der Betreuung von Neugeborenen/Säuglingen
 - Mangel an Gesundheitspersonal
- Steigerung von 41% (2014/15) auf 84% (2017/18)

Fazit (I)



Impfquoten/Impfakzeptanz

- gute Akzeptanz von Routine-Kinderimpfungen
- aber:
 - deutliche geographische Unterschiede
 - oft zu spätes Impfen
- Problem:
 - Impfung von Jugendlichen und Erwachsenen
 - spezielle Zielgruppen

Gründe für niedrige Impfquoten

- multifaktoriell, je nach Impfung unterschiedlich
- Aspekte: Vertrauen, wahrgenommene Risiken, Zugang
- Barrieren des Impfsystems (insb. für Jugendliche/Erwachsene)
- dezentrales Impfsystem mit vielen Akteuren
 - Public-Health-Ziele nicht immer Priorität
 - Maßnahmen vermitteln oft nur Wissen und Akzeptanz (passiv)

Fazit (II)



- Es existieren diverse Ansätze zur Steigerung von Impfquoten
- In Deutschland impfen insb. **Ärzte/Ärztinnen der Primärversorgung**
 - fachgebietsübergreifendes Impfen
 - Impfmanagement in der Praxis
 - Erinnerungssysteme (Arbeitsaufwand)
- **Krankenkassen:** Aktive Einladungen (zur J1) oder Bonusprogramme
- **ÖGD:** J1 Einladung, Impfen während Schuleingangsuntersuchung
- Impfen „vor Ort“: **In der Schule oder im Betrieb**
- **Kommunikation:** Aspekte aus der Verhaltensforschung integrieren
- **Impfpflicht**
 - in mehreren Ländern Europas (unterschiedlich) etabliert
 - Impfquoten bei Schulanfängern kein wesentliches Problem
 - Einfluss auf Akzeptanz von Nicht-Pflicht-Impfungen?
 - Impfpflicht für medizinisches Personal?