6. MVF-Impfkongress „Impfpakt für Deutschland“

Brainstorming mit allen beteiligten Akteuren

Um die Impfempfehlungen der WHO, der STIKO und SIKO zu erreichen, braucht Deutschland den nächsten Schritt. Klar wurde in den bisher durchgeführten Impfkongressen von „Monitor Versorgungsforschung“: Bisher hat die Sache mit der Freiwilligkeit der Akteure im Gesundheitssystem nicht das gebracht, was man sich gewünscht hat. Ansonsten wären die tatsächlichen Impfquoten höher. Sie fallen zwar regional unterschiedlich aus, haben aber eines gemeinsam: Sie sind viel zu niedrig. Was ist zu tun? Wer ist verantwortlich? Wer übernimmt eine Koordinatorfunktion? Wie kann man es besser machen? Das war Thema des 6. MVF-Impfkongresses mit dem Titel „Impfpakt für Deutschland“.

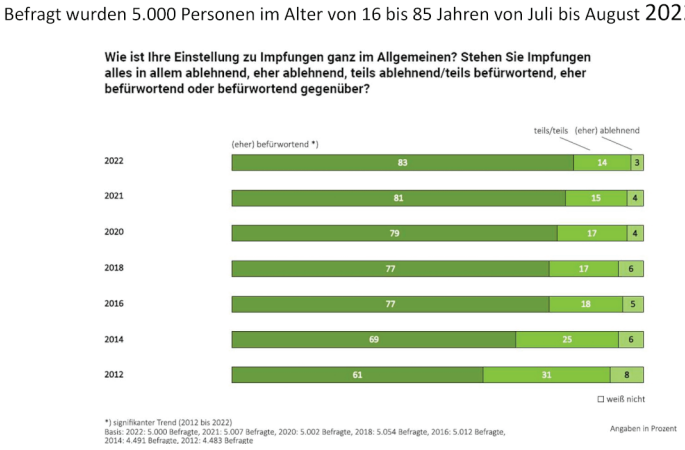
>> „Die Impfquoten sind bei allen impfpräventablen Krankheiten unbefriedigend. Dabei gibt es für Grippe sogar einen Nationalen Impfplan für Deutschland, nach dem eine Influenzaimpfquote von mindestens 75% erreicht werden soll.“ Mit diesem Statement eröffnete Prof. Dr. Reinhold Roski, Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung" und Moderator des 6. MVF-Impfkongresses mit dem Titel „Impfpakt für Deutschland“ die Onlineveranstaltung, zu der sich erneut über 100 Teilnehmende angemeldet hatten. Doch nach Corona, so Roski weiter, habe sich bei zu vielen Menschen eine Impfmüdigkeit auch bei den anderen Schutzimpfungen eingestellt. Impfziele, Impfvereinbarungen und Awarenesskampagnen würden hier sicher etwas, aber nur relativ wenig helfen. Denn, so Roski: „Die Bevölkerung will das nicht hören, schaltet ab und wehrt diese Informationen ab. Ähnlich den Informationen zu den schädlichen Wirkungen von Rauchen und Alkohol.“ Darum seien niederschwellige Impfangebote, wie sie bei dem letzten MVF-Impfkongress 2023 thematisiert wurden, ein guter Schritt. Doch nun brauche Deutschland den nächsten Schritt. Roski: „Wer ist dafür verantwortlich, diesen Schritt zu gehen? Oder besser: Wer nimmt die Verantwortung und auch die Pflicht wahr und auf sich, die sinnvollen Impfempfehlungen der WHO, der STIKO und SIKO umzusetzen? Denn auf die Freiwilligkeit der Akteure im Gesundheitssystem zu setzen, hat bisher nicht das gebracht, was man sich gewünscht hat. Ansonsten wären die tatsächlichen Impfquoten höher.“

Den Vortragsreigen begann Roski selbst, indem er einen inhaltlichen Überblick der fünf bisher stattgefundenen Impfkongresse gab, die „Monitor Versorgungsforschung“ seit 2021 veranstaltet hat (1). Die wichtigsten Erkenntnisse daraus:

1. Aufklärung, Wissensvermittlung und das persönliche Engagement von Gesundheitsfachkräften sind entscheidend. Es gibt erste niederschwellige Impfangebote (Covid-19/Grippe) in Apotheken, Betrieben, bei Ärzt:innen und im ÖGD. Es müssten aber mehr sein, auch für weitere impfpräventable Krankheiten.
2: Es braucht mutige „Überzeugungsimpfer:innen“, um niederschwellige Impfangebote umzusetzen, da es keine Verpflichtung gibt.
3: Der § 132e Absatz 4 wurde bundesweit nur unzureichend umgesetzt. Hauptsächlicher Grund: Unterschiedliche Budgetvorstellungen zwischen KVen und Kassen.
4: Wenn weiter nur auf Freiwilligkeit gesetzt und gehofft wird, dass die Selbstverwaltung oder die handelnden Akteure sich schon einigen werden, werden die empfohlenen Impfquoten auch in den kommenden Jahren nicht erreicht.
5: Deutschland braucht einen „Impf-Wumms“, den nur die Politik initiieren kann. Beispiel: verpflichtende Masernschutzimpfung seit Mai 2020.



Abb. 1: Aus Vortrag von Prof. Dr. Reinhold Roski, MVF: „Impfen von 2021 bis 2023 – eine Synthese der Impfkongresse von MVF“, MVF-Fachkongress „Impfpakt für Deutschland“ am 24.04.24.



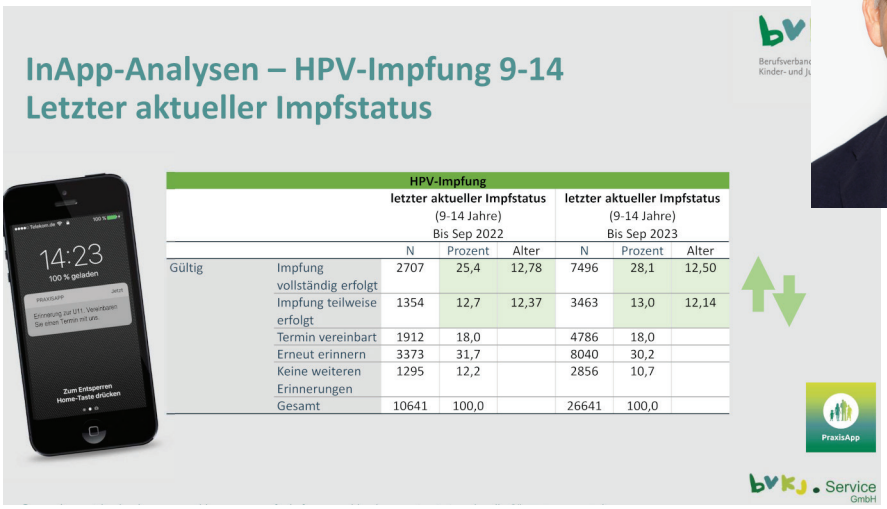
Link: https://relaunch.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/pressemitteilungen/daten_und_fakten/Infoblatt_BZgA_Impfsurvey-2022.pdf

Als probate Ansätze zur Erhöhung der Impfquoten identifizierte Roski nach dem Hinweis auf die aktuelle MVF-Umfrage zur Umsetzung von Impfvereinbarungen nach § 132e (2) und auf eine MVF-Übersicht aller regionaler Impfvereinbarungen (3) folgende Punkte:

- Aufklärungs- und Informationskampagnen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz für Versicherte in allen Medienformen: gegen Impfmythen und Fehlinformationen, aus den Informationskampagnen zu Corona-Impfungen lernen
- Digitale Unterstützung für Patient:innen: elektronische Patientenakte, eImpfpass (Erinnerungs-, Informations-, Monitoring- und Nachweisfunktion), digitale Plattformen zur Terminvereinbarung
- Nachverfolgung des Impfstatus und Bereitstellung von Erinnerungen

- Digitale Unterstützung für Ärzt:innen: Erinnerungsmanagement durch bessere Integration in das Praxismanagementsystem der Ärzt:innen
- Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik: Aufbau eines Impfregisters/ Impfsystems
- Die Finanzierung der Impfberatung muss dem hohen Aufwand entsprechen, der nötig ist, um mit den Sorgen der Versicherten und Patienten adäquat umzugehen
- Zusätzliche Gelegenheiten und Erhöhung der Impfbequemlichkeit: niedrigschwellige Angebote in Apotheken, bei Betriebsärzt:innen, im Öffentlichen Gesundheitsdienst (Schulen), bei mobilen Impfteams und in Pop-up-Kliniken; Bereitstellung der Kosten dafür durch die Krankenkassen
- „Schwierige Personengruppen" (Impfunin teressierte, Impfgegner:innen, Geflüchtete, sozial Schwache) besser erreichen: Zusammenarbeit mit Schulen, Gemeindezentren und anderen Organisationen, um auch diese Zielgruppen mit Impfungen zu erreichen
- Überwachung und Bewertung: regelmäßige Überwachung der Impfquoten und Identifizierung von Bereichen mit niedriger Impfrate, Bewertung der Wirksamkeit von Impfmaßnahmen und Vornahme von Anpassungen nach Bedarf.

Abb. 2: Aus Vortrag von Dr. med. Michael Hubmann, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V. : „Raus aus der Impfmüdigkeit – Welche konkreten Lösungsansätze und politischen Forderungen bietet die Digitalisierung?", MVF-Fachkongress „Impfpakt für Deutschland" am 24.04.24.



HPV-Impfung		letzter aktueller Impfstatus (9-14 Jahre) Bis Sep 2022			letzter aktueller Impfstatus (9-14 Jahre) Bis Sep 2023		
		N	Prozent	Alter	N	Prozent	Alter
Gültig	Impfung vollständig erfolgt	2707	25,4	12,78	7496	28,1	12,50
	Impfung teilweise erfolgt	1354	12,7	12,37	3463	13,0	12,14
	Termin vereinbart	1912	18,0		4786	18,0	
	Erneut erinnern	3373	31,7		8040	30,2	
	Keine weiteren Erinnerungen	1295	12,2		2856	10,7	
	Gesamt	10641	100,0		26641	100,0	

Hubmann: Erinnerungssysteme sind wichtig und funktionieren

„Raus aus der Impfmüdigkeit – Welche konkreten Lösungsansätze und politischen Forderungen bietet die Digitalisierung?" So betitelte Dr. med. Michael Hubmann, Präsident des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V. (BVKJ), seinen Vortrag. Zu Beginn wies er darauf hin, dass die Kinder- und Jugendärzt:innen die größte impfende Arztgruppe seien. Dies ist darin begründet, dass vor allem die Grundimmunisierungen vor dem Schuleintrittsalter engmaschig mit Vorsorgeuntersuchungen verzahnt sind und auch wahrgenommen werden. Insbesondere bei Erkrankungen mit komplizierten Krankheitsverläufen ist Hubmann zufolge die Durchimpfungsrate relativ hoch; auch wenn da nach wie vor Luft nach oben sei. Wie problembehaftet das Thema Impfen dennoch sei, machte er am Beispiel der neuen Impfempfehlung von Meningokokken B deutlich. Hubmann: „Wir Ärzte dürfen den Eltern erklären, dass wir vorhaben, ihr Kind dreimal zu stechen, und gleichzeitig müssen wir erklären, dass es einen Impfstoff gibt, den wir für sinnvoll halten und der nach zwölf Jahren auch eine STIKO-Empfehlung bekommen hat, aber für den es dennoch keine Rechtssicherheit gibt, dass dieser zulasten der Solidargemeinschaft anzuwenden ist." Da es aber Nebenwirkungen gebe, müsse zusätzlich eine prophylaktische Paracetamolgabe erklärt und am besten gleich bei der Impfung per Zäpfchen durchgeführt werden. Hubmann, mit dem Hinweis an die anwesenden Kassenvertreter:innen auf den damit verbundenen Zeit- und Aufklärungsaufwand: „Das ist nicht vergleichbar mit einer Auffrischimpfung, bei der die MFA quasi im Vorbeigehen gegen Influenza impft." Inhaltlich würde die Ärzteschaft die Impfung sehr begrüßen. Er hoffe jedoch, dass mit der Aufnahme in das Regelleistungssystem noch in diesem Jahr zu rechnen sei.

Während die nahezu vollständige Inanspruchnahme der U3- bis U9-Untersuchungen (ohne U7a) bei in Deutschland geborenen Kindern für hohe Impfquoten sorge, sehe das bei der Impfung gegen HPV anders aus. Hier seien deutlich niedrigere Impfquoten und geschlechtsspezifische Unterschiede erkennbar. So hätten sich die HPV-Impfquoten von 2011 bis 2021 bei Mädchen von knapp unter 30% auf inzwischen rund 54% erhöht, bei Jungen liegt die Impfquote 2021 bei circa 27%. Dabei hat die WHO in den europäischen Ländern ganz klar das Ziel einer 90%igen Durchimpfungsrate gesetzt, so Hubmann weiter. Was auch sinnvoll sei, weil man sich bewusst machen müsse, dass die HPV-Impfung die einzige Impfung sei, die präventiv gegen Tumorerkrankungen schützen könne. Dass es besser als in Deutschland funktionieren kann, zeigte Hubmann anhand europäischer HPV-Impfquoten 15-jähriger Mädchen mit einer vollständigen Impfserie im Jahr 2021. Alle EU-Länder, die die WHO-Ziele bereits 2021 erfüllt hatten, setzen auf Impferinnerungssysteme.

Welche Möglichkeiten es zur Steigerung von Impfquoten am Beispiel von HPV gibt, zeigt eine durch das BMG geförderte Interventionsstudie namens „InveSt HPV" (4), die federführend vom RKI durchgeführt und dem BVKJ unterstützt wird. Erste Ergebnisse der bundesweiten Umfrage in pädiatrischen Praxen und bei Eltern von Kindern im Alter von 9 bis 14 Jahren zeigt, dass

- sich Eltern Erinnerungen an Impfungen wünschen
- Eltern angeben, von der versorgenden Arztpraxis an die HPV-Impfung erinnert werden zu wollen
- Eltern es wichtig oder sehr wichtig ist, dass die Erinnerung an die HPV-Impfung personalisiert ist.

In Modul 1 des Projekts ging es um den Einsatz und die Nutzung von Recall-Systemen, die dabei helfen können, den zeitgerechten Arztkontakt zu unterstützen. Die Wirksamkeit von Recall-Systemen sei bereits wissenschaftlich belegt, trotzdem würden solche Systeme in Deutschland aus ungeklärten Gründen nicht flächendeckend genutzt. Das Modul 2 (5) umfasst u.a. Schulungen zu innovativen Ansätzen der Gesprächsführung und adressiert mit Ärztinnen und Ärzten sowie medizinischen Fachangestellten (MFAs) diejenigen Gruppen, die bei der Impfentscheidung die mit Abstand wichtigste Rolle spielen. Dabei werden die teilnehmenden Arztpraxen in den Interventionsregionen Bremen und (mehreren Landkreisen in) Bayern den drei Interventionsarmen randomisiert zugeteilt. Während die Praxen im ersten Interventionsarm klassische Schulungen zur HPV-Impfung erhalten, werden die Praxen im zweiten Interventionsarm zur Gesprächsführung (Motivational Interviewing) geschult, um diese im Rahmen der HPV-Impfaufklärung anzuwenden. Die Praxen im dritten Interventionsarm fungieren indes als Kontrollgruppe, um mögliche HPV-Impfquotensteigerungen während des Interventionszeitraums zwischen den verschiedenen Interventionsarmen vergleichen zu können. Erste Teilergebnisse aus Modul 2 sind ab Sommer 2024 zu erwarten.

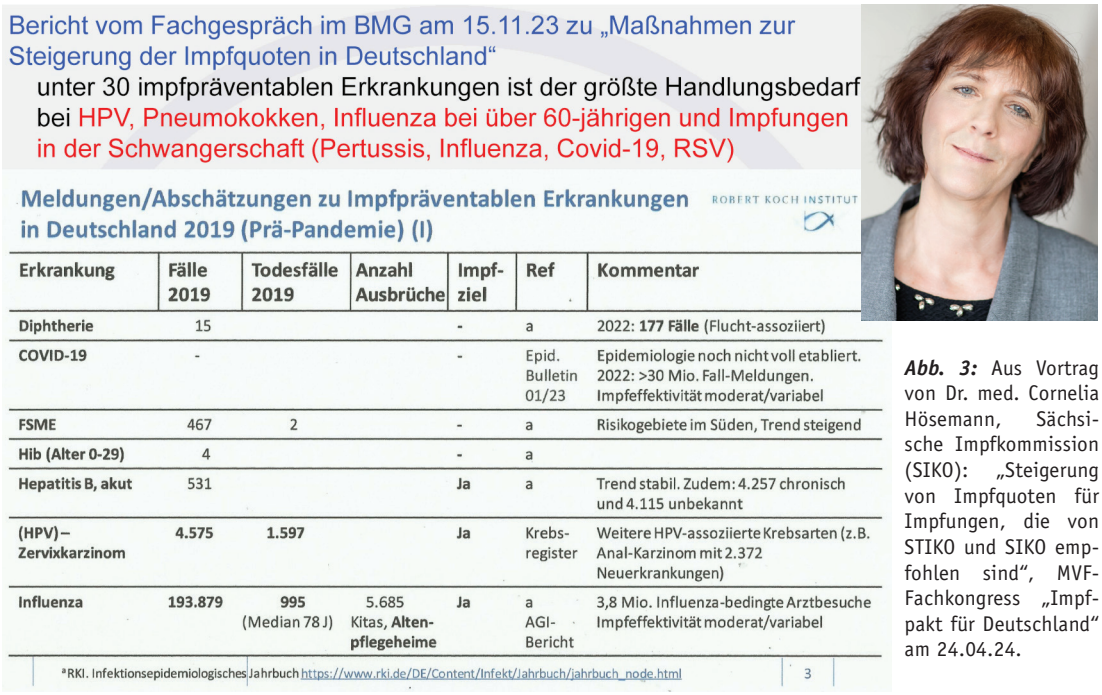
Zum Schluss seines Vortrags ging Hubman auf die PraxisApp „Meine pädiatrische Praxis“ ein, die aktuell in 1.204 Praxen von 2.108 KJÄ bei 1.039.601 Patient:innen eingesetzt wird. Neben einem praxiseigenen Patienteninformationskanal mit Push-Nachrichten) und einem Onlineterminvereinbarungssystem (OTV) bietet die PraxisApp beispielsweise die Möglichkeit für zertifizierte Videosprechstunden und seit Dezember 2021 auch ein Impfmanagement- & Vorsorgeerinnerungssystem. Dieses System startete mit der 1. und 2. HPV-Impfung (sowie der 1. und 2. Auffrischimpfung Wundstarkrampf, Diphterie und Keuchhusten in Kombination mit Poliomyelitis). Automatisiert gesendet wurden Impferinnerungsnachrichten entsprechend den STIKO-Empfehlungen und im Namen der behandelnden Praxis, die diese in der PraxisApp-Verwaltung individuell anpassen kann. Mit Erfolg: Von 285.769 Kindern und Jugendlichen wurden alle mindestens einmal an die vier empfohlenen Impfungen erinnert. Davon haben sich 69.257 (24,2%) an der zusätzlich durchgeführten Datenerhebung (RWD) beteiligt, sodass 86.454 gültige Fälle in 4 Impfgruppen ausgewertet werden konnten. Mit Hinweis auf die im Onlinekongress anwesenden Forscher:innen sagte Hubmann: „Daten von knapp 70.000 Kinder- und Jugendlichen in dem entsprechenden Impfalter sind Hintergrund dieser Studie. Das ist eine Zahl, die in der Versorgungsforschung erst einmal erreicht werden muss.“ Bei der InApp-Analyse der HPV-Impfung 9-14-Jähriger kam heraus, dass

- die Impfung im Jahr 2022 vollständig bei 25,4% erfolgt ist und im Jahr 2023 auf 28,1% gestiegen ist,
- die Impfung im Jahr 2022 teilweise bei 12,7% erfolgt ist und im Jahr 2023 auf 13,0% gestiegen ist,
- ein Termin vereinbart wurde bei 18,0% (Jahr 2022), gleich geblieben im Jahr 2023
- erneut an einen Termin erinnert wurde bei 31,7% (Jahr 2022) und im Jahr 2023 gesunken ist auf 30,2%.

Hubmanns Fazit: „Unsere deskriptiven InApp-Analysen von 2022 und 2023 zeigen einen positiven Trend durch Impferinnerungen.“ Die Impfbereitschaft (Termin vereinbart, Impfung erfolgt) könne durch Informationen, Erinnerung und Terminmanagement erhöht werden. Doch sehe man im Endeffekt auch, dass Erinnerungssysteme zwar wichtig sind und funktionieren, es für einen Impferfolg aber eine Gesetzesgrundlage und die Zusammenarbeit mit dem Bildungssystem und der Selbstverwaltung brauche.

Hösemann: „Unverständlich, dass wir nicht überrannt werden”

Eingangs ihres Referats mit dem Titel „Steigerung von Impfquoten für Impfungen, die von STIKO und SIKO empfohlen sind“, wies Dr. med. Cornelia Hösemann, 3. Vorsitzende des Berufsverbandes der Frauenärzte und Landesvorsitzende Sachsen sowie Mitglied der Sächsischen Impfkommission (SIKO) darauf hin, dass viele nicht wüssten, dass „jeder Arzt und in jeder Situation tatsächlich impfen soll bzw. zum Impfen beraten“ soll. Es sei richtig, dass Kinder- und Jugendärzt:innen einen langen Zeitraum Kinder und Jugendliche begleiten, beraten und impfen würden. Doch sei es auch in den weiteren Jahren wichtig, Menschen zum Impfen zu bewegen. Ihr Credo zu Beginn ihres Vortrags: „Jeder Arzt und jede Ärztin sollte sich in der Ausbildung und in den Weiter-


Bericht vom Fachgespräch im BMG am 15.11.23 zu „Maßnahmen zur Steigerung der Impfquoten in Deutschland“

unter 30 impfpräventablen Erkrankungen ist der größte Handlungsbedarf bei HPV, Pneumokokken, Influenza bei über 60-jährigen und Impfungen in der Schwangerschaft (Pertussis, Influenza, Covid-19, RSV)

Meldungen/Abschätzungen zu Impfpräventablen Erkrankungen in Deutschland 2019 (Prä-Pandemie) (I)

ROBERT KOCH INSTITUT

Erkrankung	Fälle 2019	Todesfälle 2019	Anzahl Ausbrüche	Impf-ziel	Ref	Kommentar
Diphtherie	15			-	a	2022: **177 Fälle** (Flucht-assoziiert)
COVID-19	-			-	Epid. Bulletin 01/23	Epidemiologie noch nicht voll etabliert. 2022: >30 Mio. Fall-Meldungen. Impfeffektivität moderat/variabel
FSME	467	2		-	a	Risikogebiete im Süden, Trend steigend
Hib (Alter 0-29)	4			-	a	
Hepatitis B, akut	531			Ja	a	Trend stabil. Zudem: 4.257 chronisch und 4.115 unbekannt
(HPV) – Zervixkarzinom	4.575	1.597		Ja	Krebs-register	Weitere HPV-assoziierte Krebsarten (z.B. Anal-Karzinom mit 2.372 Neuerkrankungen)
Influenza	193.879	995 (Median 78 J)	5.685 Kitas, Alten-pflegeheime	Ja	a AGI-Bericht	3,8 Mio. Influenza-bedingte Arztbesuche Impfeffektivität moderat/variabel

[a] RKI. Infektionsepidemiologisches Jahrbuch https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/jahrbuch_node.html

3

Abb. 3: Aus Vortrag von Dr. med. Cornelia Hösemann, Sächsische Impfkommission (SIKO): „Steigerung von Impfquoten für Impfungen, die von STIKO und SIKO empfohlen sind“, MVF-Fachkongress „Impfpakt für Deutschland“ am 24.04.24.

bildungen Impfwissen aneignen." Besonders wichtig sei das insbesondere 18-49-jährigen Risikopatient:innen, bei denen die Impfraten bei Influenza oder Pneumokokken – aber ebenso bei Schwangeren – unter 20% liegen. Dabei empfehle die WHO für Influenza eine Impfquote bei Senior:innen von über 75%. Bei einem Fachgespräch im BMG, an dem sie teilgenommen habe, seien im November 2023 Maßnahmen zur Steigerung der Impfquoten in Deutschland vorgestellt worden. Hier sei unter den 30 impfpräventablen Erkrankungen der größte Handlungsbedarf bei HPV, Pneumokokken, Influenza bei über 60-Jährigen und Impfungen in der Schwangerschaft (Pertussis, Influenza, Covid-19, RSV) identifiziert worden. Hier habe man tatsächlich die Möglichkeit, die Impfraten zu erhöhen. Dazu sei es notwendig, dass jeder eine medizinische Einrichtung aufsuchende Mensch stets nicht nur seine Krankenversichertenchipkarte, sondern auch seinen Impfausweis dabeihabe. Das sollte, so Hösemann, „in jeder Praxis gang und gäbe" sein.

Generell liegen Hösemanns Worten zufolge die Impfquoten insbesondere bei Influenza und Pneumokokken bei über 60-Jährigen zu niedrig. Dies führe zu einer unnötigen Belastung für das Gesundheitswesen, weil die Folgekosten bei möglichen Erkrankungen um ein Vielfaches höher liegen würden. Hösemann: „Von daher würde man sich eigentlich wünschen, dass die Krankenkassen mehr Engagement zeigen und auch mehr Geld in die Hand nehmen, damit das Impfen vorangetrieben wird, anstatt zu hoffen, dass nicht so viele Ausgaben im Krankheitsfall für die Krankenhausbetreuung anfallen."

Beispielsweise sei eine gesonderte Vergütung der Impfberatung, wie es bei der KV Nordrhein der Fall sei, sinnvoll. Hier gebe es eine gesonderte Abrechnungsziffer für die alleinige Abrechnung einer Impfberatung (4 Euro). Ähnliches habe es deutschlandweit bereits während der Corona-Pandemie gegeben, bei der eine Impfberatungsziffer in Höhe von sogar 10 Euro eingeführt worden war; die sei aber danach recht schnell wieder abgeschafft worden.

Hösemann: „Uns fehlt in Deutschland eine einheitliche Impfabrechnung, weil jeder der 17 KV-Bereiche anders abrechnet." So bewege sich das ärztliche Honorar beispielsweise bei der HPV-Impfung zwischen 6,90 und 9 Euro und das bei der gleichen Impfung. Es sei doch eigenartig, meinte Hösemann, dass es zwar einen einheitlichen Strafkatalog für „Verkehrssünder" gebe, aber keinen deutschlandweit gültigen Honorarkatalog für Impfungen. Auch fehle ein Impfregister, das Impferinnerungen durch die Krankenkassen ermöglichen würde.

Ebenso wie Hubmann ging Hösemann auf die ausbaufähigen Impfquoten bei HPV ein. Zwar sei die Impfquote der 15-jährigen Mädchen innerhalb der letzten Jahre angestiegen, doch sei es unverständlich, dass „wir nicht überrannt werden", weil wir seit nun über 15 Jahre eine Impfung gegen eine Krebserkrankung in der Hand haben. Eigentlich sollten viel mehr Eltern ihre Mädchen bzw. Jungs impfen lassen. Der Vorsitzende der STIKO, Prof. Dr. med. Überla, sprach sich unlängst für eine stärkere Rolle der Schulen in der Impfaufklärung aus und empfahl die Durchführung von HPV-Impfungen an Schulen.

Hösemann: „Wenn es eine Impfung gegen Brustkrebs gäbe, könnten Ärzt:innen wahrscheinlich 48 Stunden pro Tag in der Praxis arbeiten um zu impfen." Doch sei leider die Wirksamkeit und der Nutzen einer Impfung vielen Menschen gar nicht mehr bewusst. Dies gelte auch für das medizinische Personal. In der Ärzteschaft läge die Durchimpfungsquote bei 81% und im Pflegebereich bei nur 51%. Hösemann: „Wir sollten uns alle selbst an die Nase fassen, denn Ärzt:innen wie Pflegende sind ganz nah dran an den vulnerablen Menschengruppen."

Lämmel: eine nicht zu unterschätzende Komplexität

In ihrem Vortrag mit dem Titel „Können und wollen Krankenkassen eine Koordinatorfunktion bei Impfangeboten übernehmen?" ging Dr. Julia Lämmel, Geschäftsbereichsleiterin Arzneimittel der AOK PLUS, ganz explizit auf die Möglichkeiten des neuen § 25b SGB V ein, der seit seiner Aufnahme in das Gesetz zur Nutzung von Gesundheitsdaten (sog. Gesundheitsdatennutzungsgesetz – GDNG) Kranken- und Pflegekassen die Möglichkeit zur datengestützten Auswertung zur Erkennung individueller Gesundheitsrisiken einräumt. „Wir wollen diesen Paragrafen nutzen", erklärte dazu Lämmel. Denn dieser besage, dass Krankenversicherungen und Pflegekassen zum Gesundheitsschutz eines Versicherten nicht nur eine datengestützte Auswertung vornehmen können, sondern sie auch auf die Ergebnisse dieser Ausweitung hinweisen sollen." Doch bestünden für alle Kassen bei diesem doch neuen Themenfeld



Abb. 4: Aus Vortrag von Dr. Julia Lämmel, AOK PLUS: „Können und wollen Krankenkassen eine Koordinatorfunktion bei Impfangeboten übernehmen?", MVF-Fachkongress „Impfpakt für Deutschland" am 24.04.24.

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Brainstorming mit allen beteiligten Akteuren“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/24), S. 30–34. http://doi.org/10.24945/MVF.03.24.1866-0533.2611

etliche Herausforderungen. Zuallererst sei laut Lämmel vor einer derartigen Information die Aufsichtsbehörden der Länder und der jeweilige Verwaltungsrat zu informieren – alles keine trivialen Schritte. Dann erst müssen die Patient:innen darüber informiert werden, dass eine Kasse überhaupt vorhat, auf Basis des neuen § 25b SGB V eine entsprechende Auswertung vorzunehmen. Doch sei im Gesetz nicht geregelt, wie die Information gegeben werden muss: per Post auf der Website? Oder per postalischem Anschreiben an die Versicherten, um die es geht? Das Procedere befinde sich derzeit in der Prüfung, doch sei sie sicher, dass sich dafür eine Lösung finde. Mit dieser Erstinformation muss jedem Versicherten und jeder Versicherten die Möglichkeit eines Widerspruchs eingeräumt werden. Dieser könne die Detailtiefe einer Datenauswertung oder einen generellen Widerspruch jeglicher Datenauswertung beinhalten. Zum Beispiel könne ein Versicherter oder eine Versicherte erklären, dass er/sie es nicht möchte, über individuelle Krebsrisiken aufgeklärt zu werden, aber zustimmen, auf fehlende Schutzimpfungen natürlich hingewiesen zu werden. Ebenso bestehe ein Auskunftsrecht auf die Mitteilung der zu verwendenden Datengrundlage. Lämmel: „Diese Gesamtgemengelage birgt eine nicht zu unterschätzende Komplexität, der wir uns nähern und für die wir auch Lösungen finden werden, aber der neue § 25b SGB V ist nicht so trivial, wie er auf den ersten Blick erscheint.“

Ist die Erstinformation verschickt und der Consent bei der Kasse eingetroffen und in die ePA eingepflegt, kann die Auswertung beginnen. Ergeben sich aus der Datenauswertung dann Ergebnisse, entsteht daraus eine verpflichtende Information über – am Beispiel der Impfung – die betreffenden Impfindikationen und deren Stati. Diese Informationen müssen dann laut Lämmel in einer verständlichen Weise an den Versicherten und mit einer nachvollziehbaren Begründung der damit einhergehenden Impfempfehlung in adressatengerechten Kanälen gegeben werden. So müsse beispielsweise bei der Ansprache für eine HPV-Impfung anders agiert werden als bei einer Influenzaimpfung für über 60-Jährige.

Ist all das passiert und der oder die Versicherte auch willens, sich impfen zu lassen, und geht zur Ärzteschaft (oder bei Influenza auch zur Apothekerschaft), bilden die regionalen Impfvereinbarung der jeweiligen KV und der Kassen die Grundlagen, Die basieren wiederum auf den Empfehlungen der STIKO und SIKO sowie der Schutzimpfungsrichtlinie des G-BA.

Hier gibt es laut Lämmel das Problem, dass zwar bundeseinheitliche Dokumentationsziffern existieren, jedoch der jeweils zu verwendende Impfstoff nicht dokumentiert ist. Des Weiteren stünden alle vor der Herausforderung, dass durch die Abrechnungssystematiken ein 6 bis 9-monatiger Verzug zwischen erbrachter Leistung und der Übermittlung der Abrechnungsziffern bestehe. Lämmels Fazit: „Die Versicherten der AOK Plus sollen und werden zukünftig auf Basis neuen § 25b SGB V über den Nutzen von Schutzimpfungen informiert werden. Wir möchten, dass die AOK-Plus-Versicherten bei den Gesundheitspartnern das Angebot zu einem vollständigen Impfschutz in Anspruch nehmen.“

Dolfen: Brainstorming mit allen beteiligten Akteuren

Eine andere Position nahm Susanne Dolfen, Fachbereichsleiterin Arzneimittel der AOK Sachsen-Anhalt ein. Sie begann ihren Impulsvortrag nicht aus Sicht einer Kassenmanagerin, sondern der einer Versicherten, die sie ja auch ist. „Mir als Impfempfängerin ist es tatsächlich wichtig, dass ich niedrigschwellig an meine Impfung herankomme“, erklärte Dolfen. Dann wäre ihr ebenso wichtig, dass es eine tatsächlich digitale Dokumentation ihrer Impfungen gebe, die sie auf Knopfdruck öffnen und mit jedem Impfenden teilen kann.

Nach dieser sehr persönlichen Einlassung ging Dolfen auf den § 132e SGB V Abs. 4 ein. KVen und Kassen seien aufgefordert sich anzunähern, um Mittel und Methoden für eine Impfquotenerhöhung zu finden, doch sei das „Wie“ offen. Dolfens Fragen: „Tun wir uns als Beteiligte dieser Versorgungskette etwas Gutes, wenn wir immer nur über Geld diskutieren?“ Und: „Ist tatsächlich mehr Geld die Lösung für das Problem?“ Alle derzeit aktuell existierenden Impfvereinbarungen basieren auf dem § 132e SGB V, würden jedoch überwiegend keine Vereinbarung in Bezug auf den Absatz 4 enthalten. Mit diesen Worten wollte Dolfen nicht die Vertragsgrundlage an sich in Zweifel ziehen, sondern lediglich den Absatz 4, insbesondere wenn die Umsetzung nur dann zwischen impfender Ärzteschaft und Krankenkassen erfolgt, wenn ein Geldfluss damit verbunden sein muss. Insbesondere ist ein Geldfluss für eine Beratung ohne erfolgte Impfung nicht erstrebenswert, fügte Dolfen hinzu.



Abb. 5: Impulsvortrag (ohne Charts) von Susanne Dolfen, AOK Sachsen-Anhalt: „Welche Hemmnisse gibt es bei der Umsetzung des § 132e SGV V“, MVF-Fachkongress „Impfpakt für Deutschland“, am 24.04.24.

Seit langem sei Sachsen-Anhalt „der Impfmeister”. Trotzdem könne man sich auf den etwas höheren Impfquoten nicht ausruhen. Diese seien das Ergebnis harter Arbeit, die zurückreiche bis kurz nach der Wende, als Gesundheitsziele für das Land Sachsen-Anhalt formuliert wurden. Seitdem gebe es für das Land Sachsen-Anhalt einen regelmäßigen Austausch mit allen Beteiligten zum Thema Impfen. Ergänzend dazu habe das Land einen sehr deutlichen Hinweis an die Ärzteschaft und die Krankenkassen gesandt, sich gemeinsam intensiv um das Thema Impfquoten zu kümmern. Von daher brauche es ihrer Ansicht nach in Sachsen-Anhalt nicht unbedingt und nicht zwingend in der Impfvereinbarung einen Passus des Absatz 4 im § 132e SGB V. Dolfen: „Es gibt andere Mittel und Wege, die Bevölkerung für das Thema Impfen zu sensibilisieren und sich entsprechend von Ärzt:innen beraten zu lassen.” Ihre Anregung: „Ich habe zwar kein Musterrezept, wie man bestimmte Impfungen nach oben treibt. Doch sollten wir ganz offen in ein Brainstorming mit den Vertreter:innen aller am Impfen beteiligten Akteure, und hier ist auch die pharmazeutische Industrie angesprochen, einsteigen, um herauszuarbeiten, wie eine Impfempfehlung und eine ‚Vermarktung' ausgestaltet werden sollte, um möglichst frühzeitig den größtmöglichen Nutzeneffekt für die Bevölkerung zu erzeugen. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur

1: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/education/impf-kongresse/
2: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/wp-content/uploads/2023/03/MVF-UmfrageKV-Impfen_13Antworten.pdf
3: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/wp-content/uploads/2024/04/MVF-Uebersicht_Impfvereinbarungen.pdf
4: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Forschungsprojekte/InvestHPV/InvestHPV_Modul1.html
5: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Forschungsprojekte/InvestHPV/InvestHPV_Modul2.html
6: https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/vertraege/impfungen/impfvertrag.pdf?v=1706084265