7. MVF-Impfkongress „Impfstatus 2024“

Von HZV, Apotheken und Collective Responsibility

Wo wird was und mit welchem Erfolg geimpft? Das war Thema des 7. MVF-Impfkongresses mit dem Titel „Impfstatus 2024“, bei dem es – wie auch schon in den vergangenen Onlinekongressen – darum ging, wie man tatsächlich eine Erhöhung der Impfquoten erreichen kann. Denn die sind meist schlecht, will heißen: zu niedrig und zum guten Teil viel zu niedrig. Das gilt bei vielen impfpräventablen Krankheiten, so auch bei Influenza, Masern und RSV, einer Infektion, die schwere Komplikationen wie kardiovaskuläre Ereignisse verursachen kann und bei der es ganz neue Impfmöglichkeiten gibt.

>> Das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) warnt vor steigenden Masernfällen in Europa aufgrund unzureichender Impfquoten. Das EU-Zentrum erwartet in den kommenden Monaten einen weiteren Anstieg, da die Durchimpfungsrate in vielen Ländern viel zu niedrig ist.Das ECDC fordert daher die Gesundheitsbehörden der Länder auf, Immunitätslücken zu schließen und eine Impfquote von über 95% mit der zweiten Dosis zu erreichen. „Insgesamt sind die Impfquoten bei vielen impfpräventablen Krankheiten zu niedrig, was die Frage aufwirft, wie die Impfziele der WHO tatsächlich erreicht werden können”, führte der Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung”, Prof. Dr. Reinhold Roski, in seiner Kongressbegrüßung aus.



Prof. Dr. Reinhold Roski, MVF-Herausgeber und Moderator des MVF-Fachkongresses „Impfstatus 2024" am 4.9.2024

Sogar die BILD-Zeitung warnte vor Impfmüdigkeit und schrieb: „Sind die Deutschen impfmüde?” (1) Und in einem anderen Artikel derselben Zeitung: „Seuchenschutzbehörde warnt: Masern sind zurück! Allein in Berlin acht Fälle in sechs Wochen.“ Roski: „Wie kann man die Impfziele der WHO und der STIKO, über die sich alle einig sind, tatsächlich erreichen? Auch ein Nationaler Impfplan wie bei Influenza reiche offenbar nicht. Roski weiter: „Darum beschäftigen wir uns heute erneut mit der Frage: Wie kann man die Erhöhung der Impfquoten tatsächlich erreichen?”, „Wo wird was und mit welchem Erfolg geimpft?” Und: „In einem hat die BILD wohl recht: Vielleicht muss man, um die Menschen aufzurütteln, drastischere Worte finden, anstatt wie das ECDC nur eine ‚intensivere Impfaufklärung‘ und einen möglichst ‚gleichberechtigten Zugang zu Impfstoffen‘ einzufordern.”

Schifelbein: „Die Impfversorgung muss neu gedacht werden”

Tina Schifelbein, Referentin Infektionsschutz im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, erörterte in ihrem Vortrag ausführlich Impfstrategien in Deutschland. Sie konzentrierte sich aus der ministerialen Sicht der Fachebene insbesondere auf die nationalen und regionalen Bemühungen zur Erhöhung der Impfraten. Sie behandelte verschiedene Aspekte wie den rechtlichen Rahmen, Initiativen im Bereich der öffentlichen Gesundheit und spezifische Kampagnen, die sich an verschiedene Bevölkerungsgruppen richten. Die wichtigsten Punkte sind:

1. **Nationale Koordinierung:** Die Einrichtung der Nationalen Lenkungsgruppe für Impfungen (nali) zielt darauf ab, die Impfanstrengungen auf Bundes- und Länderebene zu koordinieren, wobei die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens ohne den Einfluss der Impfstoffhersteller im Vordergrund steht.
2. **Lokale Umsetzung in Brandenburg:** Der öffentliche Gesundheitsdienst in Brandenburg betreibt 18 Gesundheitsämter, die Impfdienste und Aufklärungsarbeit leisten. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen verpflichten diese Ämter zur Förderung einer flächendeckenden Impfung.
3. **Schulische Gesundheitsinitiativen:** Die Überprüfung des Impfstatus ist gemäß dem Infektionsschutzgesetz in die schulärztlichen Untersuchungen, insbesondere auf Masern, integriert. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die Kinder vor der Einschulung die erforderlichen Impfstandards erfüllen.
4. **Kommunale Partnerschaften:** Verschiedene Bündnisse wie „Gesundes Aufwachsen“ und „Gesundes Altern“ konzentrieren sich auf bestimmte Altersgruppen und fördern das Impfbewusstsein und den Zugang zu Impfungen, insbesondere für Kinder und ältere Menschen.
5. **Öffentliche Sensibilisierungskampagnen:** Kampagnen wie „Deutschland sucht den Impfpass“ und lokale Maßnahmen während der Covid-19-Pandemie zielen darauf ab, die Öffentlichkeit einzubeziehen und durch verständliche Botschaften zum Impfen zu ermutigen.
6. **Digitale Innovationen:** Die Diskussion deutet auf das Potenzial eines digitalen Impfpasses hin, um die Verfolgung des Impfstatus zu vereinfachen, sowie auf Erinnerungshilfen für anstehende Impfungen, um die Impftreue zu verbessern.
7. **Zugangsinitiativen:** Mobile Impfteams und Impfbusse wurden eingesetzt, um unterversorgte Bevölkerungsgruppen zu erreichen, darunter solche mit Sprachbarrieren oder niedrigem sozioökonomischem Status.
8. **To-dos in der Zukunft:** Es wird auf die Notwendigkeit fortlaufender Aufklärungs- und Sensibilisierungskampagnen hingewiesen, insbesondere in Bezug auf die HPV-Impfung, die für die Krebsprävention unerlässlich ist.

Insgesamt hob Tina Schifelbein in ihrem Vortrag einen vielschichtigen Ansatz zur Erhöhung der Impfraten hervor, der sich auf rechtliche, pädagogische und gemeindebasierte Strategien konzentriert, um eine umfassende Abdeckung der öffentlichen Gesundheit zu gewährleisten. Sie erklärte zudem, welche spezifischen Maßnahmen schon auf nationaler Ebene ergriffen wurden, um die Impfquoten zu erhöhen?, wie die nationale Lenkungsgruppe Impfen (NaLI) konkret

IMPFSTATUS 2024

funktioniert und welche Rolle die Gesundheitsämter in Brandenburg bei der Impfstrategie spielen. Ebenso: Wie die Impfquoten bei Kindern und Jugendlichen durch gesetzlich vorgeschriebene Untersuchungen (Schuleingangs- und Schulabgangsuntersuchung) kontrolliert werden und welche Strategien bei älteren Menschen in Brandenburg zur Impfvermeidung empfohlen werden.

Bei allem müsse man, so Schifelbein, immer die regionalen Gegebenheiten vor Ort im Blick haben: Brandenburg sei das Bundesland mit der zweitniedrigsten Bevölkerungsdichte Deutschlands. Das heißt, dass in Brandenburg im Schnitt ungefähr 86 Einwohnende pro Quadratkilometer wohnen. Auch sei die Arztdichte recht unterschiedlich: Während beispielsweise in Potsdam, der kreisfreien Landeshauptstadt Brandenburgs, mit seinen knapp 180.000 Einwohner:innen laut Landesärztekammer 321 ambulant niedergelassene Ärzt:innen tätig sind, gebe es in Prignitz mit seinen rund 76.000 Einwohner:innen nur 78 ambulant niedergelassene Ärzt:innen. Dies bedeute, dass in Potsdam rein rechnerisch eine Ärzt:in 570 Patient:innen versorgt in Prignitz hingegen komme mit 972 Patient:innen auf eine Ärzt:in fast die doppelte Anzahl. Dies zeige, dass alleine schon wegen der unterschiedlichen Ärzteverteilung und infolge des zunehmenden Fachärztemangels die gesundheitliche Versorgung und so auch die mit Impfungen generell neu gedacht werden müsse.

Eine Frage ist hier laut Schifelbein vorrangig zu beantworten: Wie können niedrigschwellige Impfangebote in die Bevölkerung gebracht werden? Im Rahmen der Corona-Pandemie seien neben Impfzentren beispielsweise mobile Impfteams eingesetzt worden, um insbesondere vulnerable Personengruppen in Pflegeheimen mit Impfungen zu versorgen. Nun müsse bei allen Impfarten die gesamte Bevölkerung mitgedacht werden; so unter anderem auch Personen mit Migrationshintergrund, was manchmal mit einer sprachlichen Barriere einhergehe. Schifelbein: „Aufklärung und Impfkampagnen dürfen eben nicht nur auf deutscher Sprache stattfinden, sondern müssen mehrsprachig verfügbar sein und soziale Faktoren berücksichtigen."

Impfen findet vorrangig bei der niedergelassenen Ärzteschaft statt, jedoch sollten auch die Apotheken mitgedacht werden. Impfen, ist Schifelbeins Ausführungen zufolge eine komplementäre Aufgabe der Gesundheitsämter, die sie zusammen mit den Kassenärzten wahrnehmen.





Abb. 1: Aus dem Vortrag von Tina Schifelbein, Referentin Infektionsschutz im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg: „Was man tun kann, um die Impfquote (weiter) zu erhöhen?"; MVF-Fachkongress „Impfstatus 2024" am 4. September 2024.

Doch nun gehe es darum, möglichst viele Impfungen in die Bevölkerung zu bekommen, von daher müsse man wie zu Coronazeiten auch die Apotheken ermächtigen. Ein neuer Entwurf des aktuellen Apothekenreformgesetzes besage hier, dass das Impfen in den Apotheken im Rahmen von Totimpfstoffen ausgeweitet werden soll. Dies sei gerade im Zuge des Ärztemangels eine Option, um wieder mehr Impfangebote an die Bevölkerung richten zu können. Tina Schifelbeins Aufforderung: „Um unserer Impfaufgabe nachkommen zu können, sollten wir alle Akteure an einen Tisch bringen." Die wichtige Frage sei an der Stelle, wer die Verantwortung für den ersten Schritt haben würde, einen ‚Runden Impf-Tisch' ins Leben zu rufen, fragte „Monitor Versorgungsforschung" mit dem Hinweis auf die vergangenen sechs Impfkongresse mit ähnlich vorgebrachten Forderungen. Ihre Antwort, gegeben aus der Fachebene eines Gesundheitsministeriums: „Wir würden es begrüßen, wenn ein durch das Ministerium moderierter Runder Impf-Tisch auf Landesebene etabliert würde.

Matusiewicz: „Apotheken sind die Tankstellen der Gesundheit"

Mit der Rolle der Apotheken bei den Impfbemühungen in Deutschland beschäftigte sich denn auch Prof. Dr. David Matusiewicz von der Hochschule für Oekonomie & Management, Essen, in seinem Impulsvortrag. Der Referent, unter anderem ein anerkannter Spezialist auf dem Gebiet der digitalen Medizin, beleuchtete in seinem Vortrag mit dem Titel „Die Rolle der Apotheken beim Impfen: Heute und in Zukunft" verschiedene Aspekte der Beteiligung von Apotheken an Impfungen, einschließlich Herausforderungen und Chancen. Die wichtigsten Punkte seines Vortrags:

1. **Erweiterte Rolle der Apotheken:** Seit der Corona-Pandemie dürfen Apotheken Impfstoffe verabreichen, was sowohl von den Apothekern als auch von der Öffentlichkeit positiv aufgenommen wurde. Diese Ausweitung der Dienstleistungen wird als eine Möglichkeit gesehen, die Rolle der Apotheke im Gesundheitswesen zu stärken. Detailproblem: Mehrfachdosenbehältnis (6er-Packung) – immer sechs Personen, sonst muss der Rest weggeworfen werden (nicht nachhaltig und unwirtschaftlich); bei Grippe Einzelverpackung (wenig Verwurf).
2. **Herausforderungen bei der Umsetzung:** Trotz des positiven Feedbacks gibt es logistische Herausforderungen, wie z. B. die Notwendigkeit mehrerer Impfstoffdosen und Bedenken hinsichtlich der Rentabilität, die Apotheken hindern können, Impfdienste in vollem Umfang zu übernehmen.
3. **Öffentliche Wahrnehmung und Zugang:** Viele Patienten bevorzugen es, sich in Apotheken impfen zu lassen, weil sie dort kürzere Wartezeiten haben und es weniger überfüllt ist als in Arztpraxen. Nutzenstiftend ist, dass Apotheken als bequeme Anlaufstellen für Impfungen dienen können, insbesondere außerhalb der Stoßzeiten; inbesoidnere auch zu Randzeiten, wenn Arztpraxen zu sind (Mittwochnachmittag oder Samstag).
4. **Wirtschaftliche Erwägungen:** Die finanzielle Tragfähigkeit von Impfdiensten in Apotheken stellt ein Problem dar. Der Referent weist darauf hin, dass die Vergütung für Impfungen die Kosten möglicher-

weise nicht ausreichend deckt, was dazu führt, dass einige Apotheker zögern, diese Dienste anzubieten.

5. **Zusammenarbeit mit Gesundheitsdienstleistern:** Es besteht ein Bedarf an einer besseren Zusammenarbeit zwischen Apothekern und Ärzten, um die Impfbemühungen zu rationalisieren. Der Referent erwähnt die bestehenden Spannungen zwischen den beiden Berufsgruppen hinsichtlich der Zuständigkeiten und der Vergütung.
6. **Potenzial für Innovationen:** Der Referent plädiert für den Einsatz digitaler Hilfsmittel, z. B. einer App, mit der der Impfstatus verfolgt werden kann, um das Engagement und die Compliance der Patienten zu verbessern. Dies könnte dazu beitragen, das Problem veralteter Impfbücher zu lösen.
7. **Zukünftige Wege:** Er betont, wie wichtig es ist, die Apothekenpraxis an die sich wandelnden Bedürfnisse des Gesundheitswesens anzupassen, einschließlich der Integration von pharmazeutischen Dienstleistungen und einer verbesserten Patientenaufklärung über Impfungen.

Insgesamt unterstreicht der Impulsvortrag von Matusiewicz, der anlässlich der Vorbereitung auf sein aktuelles Buch „Apotheke der Zukunft" (2) mehrere Wochen in einer Offizin ein Praktikum absolviert hat, das große Potenzial der Apotheken, durch Impfungen einen Beitrag zur öffentlichen Gesundheit zu leisten. Er räumt jedoch ein, dass es noch verschiedene Hindernisse gibt, die beseitigt werden müssen, bis Apotheken ihre volle Wirkung entfalten können. Dies zu tun,sei indes höchst sinnvoll, da die Apotheke „einer der wenigen Orte im Gesundheitswesen ist, wo ich einen Akademiker oder Termin aufsuchen kann". Das sei, so Matusiewicz, ein wahres Pfund, ein absolut niedrigschwelliger Zugang zu welchem gesundheitlichen Problem auch immer oder zur Frage, wie man schnell und spontan an eine Impfung kommen kann, ohne schon Wochen vorher einen Termin ausmachen oder im Wartezimmer viel Zeit verbringen zu müssen.

Auch aus rein ökonomischer Sicht gehörte das Impfen in die sich ändernde Wertschöpfungskette der Apothekenschaft: Hätte es früher noch „around the pill", dann „beyond the pill" geheißen, sei nun „around the customer" angesagt. Das Impfen in der Apotheke sei jedoch mehr als nur ein niederigschwelliger Zugang oder eine zusätzliche Einnahmequelle. Aus Sicht der Apotheke bedeute diese Ermächtigung viel mehr: eine Kompetenzerweiterung für die Apothekerschaft, welche vor allem die Attraktivität für den Nachwuchs erhöhe. Matusiewicz: „Wenn in Zukunft die Apotheke noch mehr beraten, Apps erklären und auch impfen kann, bekommt das tradierte Arbeitsbild ein anderes, vor allen Dingen modernes Setting." Sein Fazit: „Apotheken können zu Entlastung von Arztpraxen und zur Erhöhung der Impfraten in der Bevölkerung beitragen. Sie stehen dem positiv gegenüber, jedoch muss die Aufgabe in das jeweilige Konzept passen und sich wirtschaftlich auszahlen, weil der Apotheker nun einmal ein Kaufmann ist."

Göbel/Birkner: „HZV-Vertrag führt zu höheren Impfraten"

Über die „Auswirkung der Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) auf die Impfquote" berichteten Daniela Göbel, Manager HzV-Vertrag, und Dr. Benjamin Birkner, Senior Manager Data Science der GWQ ServicePlus AG, in ihrem gemeinsam gehaltenen Vortrag. Ihren Ausführungen zufolge ist der „HausarztPlus"-Vertrag ein Vollversorgungsvertrag für die hausarztzentrierte Versorgung. Damit wird, wie Daniela Göbel erklärte, „ein paralleles System zu den regulären Gesundheitsleistungen geschaffen". Die HzV konzentriert sich auf Hausärzte, um eine engmaschige Betreuung der Versicherten zu gewährleisten. Die Patient:innen suchen zunächst den von ihnen gewählte Hausärzt:in im Rahmen des Programms auf, der dann ihre weitere Betreuung koordiniert. Dies setzt die Hausärzt:in in den Fokus: Die HzV verfolgt das Ziel, Hausärzt:innen als erste Anlaufstelle und Lotse im Gesundheitswesen einzusetzen. In dieser Rolle ermöglichen Hausärzt:innen eine gezielte und individuelle Versorgung der Versicherten durch z. B. Präventionsleistungen, Impfungen, Vermeidung von Doppeluntersuchungen oder Krankenhausaufenthalten.". Ein weiterer Schwerpunkt von HausarztPlus ist die Förderung digitaler Strukturen, wobei durch Pilotprojekte Versorgungsmodule schnell umsetzbar sind, womit den Versicherten Leistungen angeboten werden können, die im regulären Gesundheitssystem noch nicht verfügbar sind.

So erhalten beispielsweise Ärzt:innen, die innovative Instrumente wie die Videosprechstunde oder die gemeinsame Entscheidungsfindung nutzen, einen Innovationszuschlag. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf Präventivleistungen: Beispielsweise kann der Check Up jährlich abgerechnet werden, statt alle drei Jahre wie es in der Regelversorgung der Fall ist. Einen zentralen Baustein der Prävention bilden Impfungen, welche die GWQ seit 2014 neben einer Vielzahl weiterer Leistungen in den HausarztPlus-Vertrag integriert hat.



Prof. Dr. David Matusiewicz, Professor für Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Gesundheitsmanagement an der Hochschule für Oekonomie & Management in Essen.

Ziel der begleitenden Analyse ist die Messung des Effekts der Einschreibung in den HausarztPlus-Vertrag auf die Impfquote innerhalb der vulnerablen Gruppe der über 60-jährigen Versicherten. Es wird ein longitudinales quasi-experimentelles Analysedesign gewählt, um den Effekt einer Einschreibung insbesondere im Zeitverauf quantifizieren zu können. Hierbei berücksichtigt die Analyse sowohl zeitliche, als auch individuelle konstante Effekte aller beobachteten Individuen. Insgesamt wurden für diese Analyse 24.459 Versicherte mit einer beobachteten Teilnahme am HausarztPlus im Zeitraum von 2015-2022 mit einer Kontrollgruppe von 232.694 ausschließlich regelversorgten Versicherten verglichen.

Die von Benjamin Birkner vorgestellte Analyse zeigt, dass die Wahrscheinlichkeit einer Impfung mit der Einschreibung in den Hausarzt+ Vertrag um durchschnittlich 1,85 Prozentpunkte steigt. Am stärksten zeigt sich der durchschnittliche Anstieg für die Grippeschutzimpfung mit +3.32 Prozentpunkten. Über die Teilnahmedauer hinweg zeichnet sich ein positiver und intensivierter Effekt der Einschreibung auf die allgemeine Impfquote. In den ersten drei Teilnahmejahren ist eine konstante Steigerung der Impfquote um durchschnittlich rund 2 Prozentpunkte ersichtlich. Mit längerer Einschreibung vergrößert sich dieser Effekt. Im fünften Teilnahmejahr zeigt sich für die Impfquote der stärkste Effekt mit einem Anstieg von mehr als 5 Prozentpunkten.

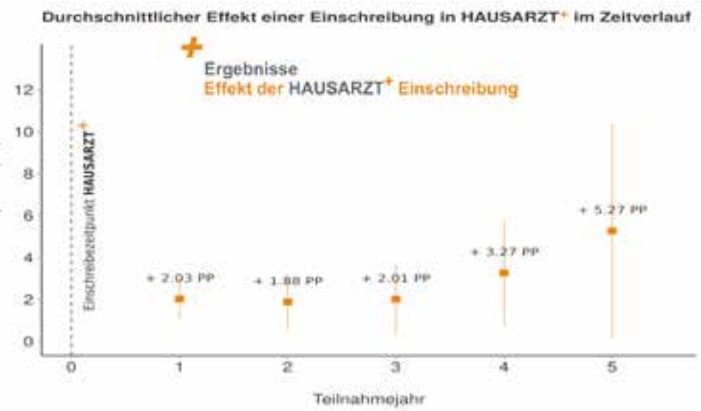
Das Besondere daran: Die Impfrate steigt auch ohne besondere finanzielle Anreize, was nach Ansicht von Birkner die Wirksamkeit des GWQ-Vertrags zur Förderung der Vorsor-

ge beweist. Birkner: „Zusammenfassend lässt sich sagen, dass wir erfolgreich nachgewiesen haben, dass die Einschreibung in den HZV-Vertrag zu höheren Impfraten führt, insbesondere über einen längeren Teilnahmezeitraum. Dies zeigt, dass der HZV-Vertrag eine positive und nachhaltige Wirkung auf die Gesundheitsvorsorge hat."





Abb. 2: Aus dem Vortrag von Daniela Göbel, Manager HzV, und Dr. Benjamin Birkner, Senior Manager Data Science der GWQ ServicePlus AG: „Auswirkung der Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung auf die Impfquote"; MVF-Fachkongress „Impfstatus 2024" am 4. September 2024.



Pletz: „Die Krankheitslast der RSV-Infektion ist massiv unterschätzt"

Auf die seiner Meinung nach oft unterschätzten respiratorischen Virusinfektionen – insbesondere das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV) – ging Univ.-Prof. Dr. med. Mathias W. Pletz, Institutsdirektor, Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie und Facharzt für Innere Medizin/Pneumologie des Instituts für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene des Universitätsklinikums Jena ein. In seinem Vortrag mit dem Titel „Bedeutung von RSV-Impfungen – Neugeborene, Kinder, Schwangere, Ältere" führte er aus, dass diese Infektionen nicht nur „leichte Erkältungen" sind, sondern neben einer Lungenentzündung auch schwere Komplikationen wie kardiovaskuläre Ereignisse (z. B. Herzinfarkt oder eine Herzschwäche) verursachen können, die jedoch oft nicht kausal mit der Infektion in Verbindung gebracht werden. Ein Beispiel, das er anführte: „Ein Patient erleidet Wochen nach einer RSV-Infektion einen Herzinfarkt, aber niemand fragt nach einem Zusammenhang mit einer früheren Erkältung." Dabei ist die RSV-Krankheitslast mit jährlich rund einer halben Million Todesfällen weltweit erheblich – besonders bei Kindern unter zwei Jahren – das war seit längerem bekannt- aber, nach neueren Daten auch bei älteren Erwachsenen und immungeschwächten Patient:innen. Pletz: „Die Krankheit kann in ihrer Schwere für den einzelnen Patienten mit der Influenza vergleichen werden, obwohl RSV-Fälle oft untererfasst werden." Doch auch die Langzeitfolgen sind nach Pletz gravierende kardiovaskuläre Ereignisse und treten bei einem Drittel der Patient:innen auf.

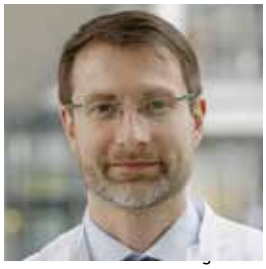
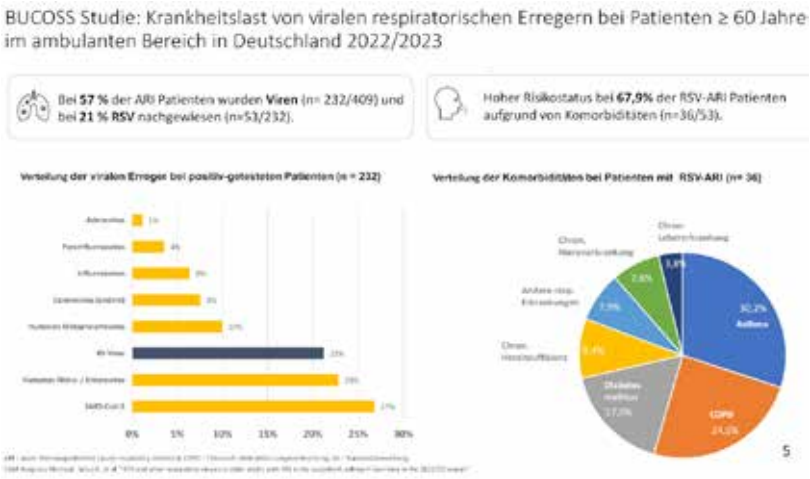


Abb. 3: Univ.-Prof. Dr. med. Mathias W. Pletz, Institutsdirektor, Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie, Facharzt für Innere Medizin/Pneumologie des Instituts für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene des Universitätsklinikums Jena: „Bedeutung von RSV-Impfungen – Neugeborene, Kinder, Schwangere, Ältere"; MVF-Fachkongress „Impfstatus 2024" am 4. September 2024.

Bereits in den 1960er Jahren wurde erstmals eine RSV-Impfung an Säuglingen getestet, bei der das Virus durch Formalin inaktiviert wurde. Die laut Pletz „desaströse" Studie führte vor mehr als 50 Jahren zu schweren Komplikationen: 80% der geimpften Kinder mussten ins Krankenhaus, zwei starben. Daher gab es für Kleinkinder lange Zeit keine aktive Impfung, sondern nur einen passiven Schutz durch die Gabe monoklonaler Antikörper. Der erste monoklonale Antikörper (Palivizumab) vermitteltete einen Schutz über 4 Wochen und mussten über die erste (und für den Säugling gefährlichste) Wintersaison 5-6mal intramuskulär gespritzt werden. Daher wurde dies auch nur für Säuglinge mit schweren Begleiterkrankungen empfohlen, die ein besonders hohes individuelles Risiko für einen schweren Verlauf haben, obwohl auch viele ansonsten gesunde Säuglinge schwer an RSV erkranken können. Für diese wurde nun ein neuer Antikörper, Nirsevimab, entwickelt, dessen Schutzwirkung 6 Monate und damit über die gesamte Wintersaison nach nur 1 Injektion anhält.

Das Versagen der aktiven Impfung in den 1960igern lag – wie Pletz weiter erklärte – daran, dass durch die damals angewandte Formalinmethode, die Struktur des Impfvirus so verändert wurden, dass die entstehenden Antikörper das Virus bei einer Infektion nicht neutralisierten, sondern – in die Zellen eingeschleust – die Krankheit nur verschlimmerten. Moderne RSV-Impfstoffe hingegen würden diesen Fehler vermeiden, indem sie das Fusionsprotein des Virus in seiner natürlichen Struktur stabilisieren. Damit



Zitationshinweis

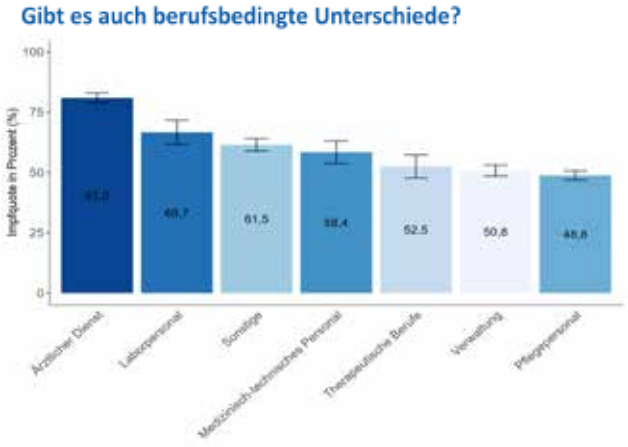
Stegmaier, P.: „Von HZV, Apotheken und Collective Responsibility“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/24), S. 30–34. http://doi.org/10.24945/MVF.05.24.1866-0533.2657

gibt es Pletz Worten zufolge heute sowohl passive Immunisierungen mit monoklonalen Antikörpern (z.B. Nirsevimab) für Säuglinge, die diese über sechs Monate schützt und RSV-Infektionen und Krankenhauseinweisungen deutlich reduziert. Es sind aber auch aktive Impfstoffe für ältere Erwachsene und Schwangere verfügbar. Die STIKO empfiehlt den Einsatz von Nirsevimab für alle Neugeborenen vor ihrer ersten RSV-Saison, um Krankenhausaufenthalte und Todesfälle zu reduzieren. Bei älteren Erwachsenen wird die Impfung vor allem für alle über 75 Jahre sowie für Personen über 60 Jahre mit Vorerkrankungen und Komorbiditäten empfohlen. Nun hat aber der G-BA zur aktuellen Empfehlung der STIKO zu einer Prophylaxe gegen das RSV bei Neugeborenen mit dem Wirkstoff „Nirsevimab” Folgendes klargestellt: „Ein Leistungsanspruch für gesetzlich Versicherte kann in diesem Fall nicht durch die Schutzimpfungs-Richtlinie geregelt werden.” Die Begründung seitens des G-BA: Hierbei gehe es nicht um eine klassische Schutzimpfung, bei Nirsevimab handele es sich nicht um einen Impfstoff gegen das RS-Virus, sondern um einen monoklonalen Antikörper, dessen Gabe eine „andere Maßnahme der spezifischen Prophylaxe“ darstellt (§2 Nr. 10 Infektionsschutzgesetz). Pletz sieht diese Begründung auf Nachfrage von MVF als nicht haltbar an. Aus immunologischer und medizinischer Sicht wird zwischen aktiver Impfung, bei der das Immunsystem die Antikörper selbst bildet und passiver Impfung, der Gabe von Antikörper, unterschieden. Somit handelt es sich bei der Gabe von Nirsevimab auch um eine Impfung. Die Bewertung einer passiven Impfung ist für den G-BA offensichtlich ein Novum, hier muss noch ein wenig dazugelernt werden”.

Wulkotte: „Maßgeblich ist der Wille, andere durch die eigene Impfung zu schützen”

Elisa Wulkotte MSc PH, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachgebiet Impfprävention/STIKO, Abteilung für Infektionsepidemiologie am Robert Koch-Institut, stellte schließlich das Thema „Impfverhalten von Klinikpersonal verstehen – aktuelle Studienergebnisse zur Influenza-Impfung” vor. Dabei rekurrierte sie auf die Ergebnisse einer Onlinebefragung von Klinikpersonal zur Influenza-Impfung (OKaPII-Studie), die in diesem Jahr vom 22. April bis zum 02. Juni stattfand.

Abb. 4: Aus dem Vortrag von Elisa Wulkotte, wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung für Infektionsepidemiologie, Fachgebiet Impfprävention des RKI: „Impfverhalten von Klinikpersonal verstehen – aktuelle Studienergebnisse zur Influenza-Impfung”; MVF-Fachkongress „Impfstatus 2024“ am 4. September 2024.



Es handelte sich um eine Stichprobe aus 8.351 Mitarbeitenden aus 72 Kliniken, die sich nach eigenen Angaben in der Saison 2023/24 (September bis einschl. März) zu 58,0% (KI: 56,9; 59,1) gegen Influenza impfen haben lassen. Indes werden laut Elisa Wulkotte in der OKaPII-Studie nicht nur die Impfquoten untersucht, sondern ein sozial- und verhaltenswissenschaftlicher Ansatz verfolgt, um die Bedenken, Vorbehalte und Motivationen des Klinikpersonals zur Influenza-Impfung zu verstehen. Denn ohne ein tiefes Verständnis dieser Faktoren könnten keine gezielten Maßnahmen entwickelt werden. Von daher liege der Fokus auf der Frage, warum Menschen sich impfen lassen oder eben nicht, um darauf basierend maßgeschneiderte Strategien zu entwickeln.

Die Ergebnisse zeigen unter anderem, dass Männer häufiger geimpft sind als Frauen und dass die Impfquote mit zunehmendem Alter steigt. Relevante Impfquotenunterschiede sieht man jedoch v. a. zwischen den Berufen: Risikopersonal, das regelmäßig mit vulnerablen Patientengruppen wie onkologischen oder geriatrischen Patient:innen in Kontakt stehe, sei häufiger geimpft, wobei allerdings der Unterschied nicht so groß ausfalle, wie man erwarten würde. Außerdem fällt auf, dass der ärztliche Dienst mit einer Impfquote von 80% am besten vor Influenza geschützt war, während die Impfquoten bei Pflegepersonal und therapeutischen Berufen mit etwa 50% deutlich niedriger waren. Die Gründe für die Entscheidung für oder gegen eine Impfung sind vielfältig: Geimpfte gaben am häufigsten den Selbstschutz als Motiv an, gefolgt von der Empfehlung durch andere und dem Schutz des Umfelds. Bei den Ungeimpften spielten vor allem eine geringe Risikowahrnehmung und Ängste eine Rolle. Viele sehen sich zudem persönlich nicht in Gefahr oder glauben, die Impfung könne die Krankheit auslösen – laut Wulkotte „ein Mythos, der sich hartnäckig hält”. Praktische Hürden wie ungünstige Impfzeiten würden hingegen seltener genannt.



Um das Verhalten besser zu erklären, wurde das 5C-Modell angewendet, das psychologische Faktoren wie Vertrauen in die Impfung, Risikowahrnehmung und die Bereitschaft, Verantwortung für die Gemeinschaft zu übernehmen, beschreibt. Die Analyse des RKI zeigt hier, dass der wichtigste Faktor für das Impfverhalten das Verantwortungsgefühl für andere ist, gefolgt von Vertrauen in die Sicherheit der Impfung.

In ihrem Fazit führte Elisa Wulkotte aus, dass die Gründe für das Nicht-Impfen von Klinikpersonal vielfältig sind: Geimpfte nannten vor allem den Selbstschutz als Hauptmotiv, während bei den Ungeimpften eine geringe Risikowahrnehmung, Bedenken zur Sicherheit der Impfung sowie eine fehlende Priorisierung ausschlaggebend waren. Generell werde die Impfentscheidung maßgeblich vom Vertrauen in die Sicherheit der Impfung sowie vom Gefühl der Verantwortung gegenüber anderen, der „collective responsibility”, beeinflusst. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur:
1: https://t1p.de/jjw6p
2: https://t1p.de/nkik2

Link zur Dokumentation:
https://t1p.de/ota5k

oder per QR-Code: