



Positionierung des BVÖGD zu Masernimpfungen (Stand: 17.09.2013)

In den letzten Wochen wurde eine verstärkte Diskussion zu Masernimpfungen öffentlich in den Medien geführt. Mit der Debatte um Impfkontrollen und vermehrte Impfangebote wurde auch der öffentliche Gesundheitsdienst häufig genannt. Aus diesem Grund hat der Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) das vorliegende Positionspapier erstellt.

I. Positionen zu den Themen Impfbereitschaft, -pflicht und -lücken

Die u.a. von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr vertretene Position, eine Impfpflicht gegen Masern zwar nicht auszuschließen, jedoch alles zu tun, um sie zu vermeiden, wird vom BVÖGD geteilt. Dies gilt auch für die Einschätzung, dass eine Impfpflicht als Ultima Ratio dann nicht ausgeschlossen werden kann, wenn es in den nächsten Jahren nicht gelingt, die Masern in Deutschland zu eradizieren. In diesem Fall wird an der Debatte über eine Impfpflicht kein Weg vorbei führen.

Eine Impfpflicht bei Masern wirft eine Reihe von rechtlichen aber auch ethischen Problemen und Fragestellungen auf. Schon derzeit ist es nach §20 Abs (6) möglich *„anzuordnen, dass bedrohte Teile der Bevölkerung an Schutzimpfungen oder anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe teilzunehmen haben, wenn eine übertragbare Krankheit mit klinisch schweren Verlaufsformen auftritt und mit ihrer epidemischen Verbreitung zu rechnen ist.“*

Es besteht – auch im Rahmen der Diskussionen der nationalen Impfkongresse – einhellig die Auffassung, dass eine Impfpflicht allgemein nur als letztes Mittel in Frage kommt und gut begründet werden muss. Ob das aktuelle Maserngeschehen schon die Anforderungen durch die derzeitige Gesetzeslage erfüllt, erscheint eher fraglich. Sodann ist eine Impfpflicht mit dem Grundgedanken des Infektionsschutzgesetzes, der stärker auf Eigenverantwortung und Aufklärung setzt, schwer vereinbar.

Grundsätzlich muss festgestellt werden, dass Impfungen in der Bevölkerung gut akzeptiert sind. Jedoch ist seit Jahren beim Thema Impfen eine deutliche Verunsicherung zu beobachten. Insbesondere die in den letzten Jahren zum Teil von „Pseudoexperten“ in den Medien geführte Diskussion zur Impfung gegen die echte Influenzagrippe („Schweinegrippe“, Influenzapandemie 2009), aber auch im Rahmen der HPV-Impfung hat dies verstärkt. Eine Impfpflicht wäre eher geeignet, kritische Kräfte und Impfgegner zu stärken und unentschiedene Eltern weiter zu verunsichern.

1. Aktuelle Erhebungen zu Impfbereitschaft und Impfpflicht

Nach der jetzt veröffentlichten und viel zitierten FORSA-Umfrage (repräsentative Bevölkerungsbefragung für die DAK Gesundheit, 1.002 Befragte ab 18 Jahre, Erhebungszeitraum: 8. und 9. Juli 2013) sprechen sich bundesweit immerhin 19% der

Befragten gegen eine allgemeine Impfpflicht aus. Im Osten beträgt der Anteil zwar nur 6%, im Norden Deutschlands sind dagegen 26% und in Bayern 28% gegen eine allgemeine Impfpflicht für Kinder. Es sind somit Zweifel angebracht, wie sich diese Personen bei Einführung einer Impfpflicht verhalten.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung 2011/2012 in Bayern, dem Bundesland mit den regional größten Impflücken bei Masern, haben nur 1,5 % der Eltern alle Impfungen für ihre Kinder abgelehnt.

In einer BZgA-Studie aus dem Jahr 2010 zeigte sich, dass zwar mehr als ein Drittel der Eltern in Deutschland teilweise skeptisch sind und zumindest Vorbehalte gegenüber Impfungen haben (forsa-Telefoninterviews mit 3.002 Eltern 0- bis 13-jähriger Kinder: 35% Eltern mit Vorbehalten, 64% Eltern ohne Vorbehalte, 1 % Impfgegner). Auch hier ist die Rate der Impfgegner nur bei 1%. Erschreckend ist jedoch, dass, wenn eine Impfung bei Impfskeptikern unterlassen wurde, bei 41% der Arzt von der Impfung abgeraten hatte! Immerhin 15% der Skeptiker hatten die Impfung einfach nur vergessen.

In einer neueren FORSA-Umfrage der BZgA aus dem Jahr 2012 (n=4.483) standen je 4% der 16- bis 85-Jährigen Impfungen ganz ablehnend oder überwiegend ablehnend gegenüber, 31% hatten zumindest gegen einzelne Impfungen Vorbehalte (Vortrag Frau Prof. Pott, 3. Nationale Impfkongress 2013).

Trotz eines über die Medien verbreiteten Eindrucks kann man somit getrost feststellen: deutlich über 95 % der Bevölkerung in Deutschland sind Impfungen gegenüber aufgeschlossen und lediglich ein sehr kleiner Anteil gehört zu den absoluten Impfverweigerern.

Insofern ergeben sich auch aus Sicht des BVÖGD gute Chancen, über verstärkte Aufklärung und gezielte Impfangebote eine notwendige weitere Erhöhung des Impfschutzes zu erreichen und einer Ausrottung der Masern näher zu kommen.

2. Impfstatus

Schon jetzt erfolgt eine Überprüfung des Impfstatus bei verschiedenen Gelegenheiten. Im Rahmen der Kindervorsorgeuntersuchungen wird regelmäßig eine Impfkontrolle durchgeführt. Bei den für jedes Kind verpflichtenden Schuleingangsuntersuchungen, die von den Gesundheitsämtern durchgeführt werden, erfolgen grundsätzlich ein Impfbuchcheck sowie die Dokumentation des Impfstatus. Bei fehlenden Impfungen wird eine Aufklärung und Beratung für die Eltern durchgeführt.

Die Gesundheitsämter vor Ort informieren zudem die Bevölkerung über die Bedeutung von Schutzimpfungen und anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten.

Den weitaus größten Anteil an regelmäßigen Impfungen und Impfberatungen führen dagegen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte durch, insbesondere die Kinderärzte.

Eine Überprüfung des Impfstatus vor dem Besuch einer Kinderkrippe, Kindertagesstätte oder eines Kindergartens ist sehr sinnvoll. Zum einen wird dadurch dem erhöhten Infektionsrisiko, dass mit dem Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung verbunden ist, Rechnung getragen. Zum anderen ergibt sich hierdurch die Möglichkeit, die STIKO-Empfehlung einer vollständigen Grundimmunisierung bis zum Ende des 2. Lebensjahres zu überprüfen. Die Überprüfung des Impfstatus sollte durch medizinisches qualifiziertes Personal erfolgen. Dies als zusätzliche Aufgabe für den ÖGD einzuführen ist bei den aktuell fehlenden finanziellen und personellen Ressourcen

im ÖGD illusorisch. Wenn diese medizinisch und gesellschaftlich durchaus sinnvolle Aufgabe durch den ÖGD erfolgen soll, dann müssen dafür zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt werden.

3. Impflücken

Lücken im Impfschutz bestehen weiterhin bei Kleinstkindern (bis zu 2 Jahre) und bei Jugendlichen und Erwachsenen. Kleinkinder im Alter von 5 bis 6 Jahren weisen dagegen bei Betrachtung der durchschnittlichen Impfquoten sehr hohe Impfraten bei den Grundimmunisierungen auf (vgl. Epidemiologisches Bulletin 16/2013). Hohe Durchschnittswerte schließen jedoch auch hier regionale oder lokale Impflücken nicht aus. Die kürzlich (18.07.2013) vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland veröffentlichten Daten bei Kleinstkindern unter zwei Jahren geben Hinweise auf solche regionalen und lokalen Unterschiede, sind jedoch aufgrund ihrer primären Bestimmung zur Abrechnung als alleinige Informationsquelle mit Vorsicht zu betrachten. Demgegenüber ist bei Jugendlichen und (jungen) Erwachsenen von systembedingt größeren Impflücken auszugehen. Am Beispiel der Masernimpfung und der aktuellen Epidemiologie wird deutlich, dass die Immunität bei den Jahrgängen nach Einführung der Impfung (in der DDR 1970, in der BRD 1973) offensichtlich unzureichend ist (bis 1991 war zudem auch nur eine Impfung empfohlen). So waren bei den Masernausbrüchen der letzten Jahre verstärkt diese Altersgruppen betroffen. Durch die Erweiterung der Meldepflichten gemäß Infektionsschutzgesetz um Röteln-, Mumps- und Varizella-Zoster-Virus werden, neben den Erhebungen des Impfstatus im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung, die Impflücken und deren Auswirkungen in den nächsten Monaten und Jahren besser auswertbar werden.

Im Sinne eines umfassenden Präventionskonzeptes kann die Ausweitung von Impfberatung bei Kindern und Jugendlichen - auch in den Kindertagesstätten - somit einen wichtigen Baustein darstellen. Eine Steigerung der Impfquoten ist durch ein kombiniertes Untersuchungs- und Impfangebot zu erreichen. Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern erreicht man am besten in ihrem direkten Lebensumfeld, also in Kindertagesstätten und Schulen. Dies gilt nicht zuletzt für Kinder aus sozial benachteiligten Familien oder Kinder mit Migrationshintergrund.

Dies ist sicherlich eine der Gruppen, bei der es auch Bedarf geben kann. Die eigentlichen Problemgruppen sind aber eher die verunsicherten Erwachsenen und Eltern, die Impfungen - teils durch Fehlinformation auch der Medien und von Impfkritikern im Internet - gegenüber skeptisch sind. Eltern und Jugendliche mit Migrationshintergrund können durch aufsuchende Impfberatung und Setting bezogene Maßnahmen erreicht werden.

4. Ausschluss ungeimpfter Kinder vom Schulbesuch

Zur Frage des Ausschlusses ungeimpfter Kinder vom Schulbesuch im Falle eines Masernausbruches gibt es derzeit keine klaren Regelungen. In der Praxis ist dies immer wieder problematisch. Daher begrüßt der BVÖGD die Initiative, hier eine eindeutige gesetzliche Regelung für diese Fälle zu schaffen.

Auf der 3. Nationalen Impfkonzferenz am 16. Mai 2013 wurde von Dr. Feil aus dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration ein Vortrag zur aktuellen Rechtsprechung zum Ausschluss nicht geimpfter Schüler während eines Masernausbruchs gehalten. (<http://www.nationale-impfkonzferenz.de/download/doc/feil.pdf>).

Demnach kann unter bestimmten Voraussetzungen auf Grundlage des § 28 IfSG ein Schulbetretungsverbot gegenüber Ansteckungsverdächtigen angeordnet werden.

Dabei ist es wichtig, dass es sich um Maßnahme der Gefahrenabwehr handelt, es gibt keinen Impfbzwang. Alle Maßnahmen müssen auf den konkreten Fall bzw. das Ausbruchsgeschehen ausgerichtet sein, es darf keine Automatismen geben. In Abhängigkeit von der Lage müssen Ermittlungen sorgfältig durchgeführt werden. Ungeimpfte sind nicht grundsätzlich ansteckungsverdächtig. Das Vorgehen muss konsistent sein. Die Anhörungsrechte der Betroffenen müssen beachtet werden.

II. Positionen zum Thema Impfverträge mit den Krankenkassen für den ÖGD

1. Rechtliche Rahmenbedingungen

Grundsätzlich sind Schutzimpfungen gemäß § 20d Absatz 1 SGB V seit 2007 eine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) auf Basis der STIKO-Empfehlungen bestimmt, der dazu die Richtlinie über Schutzimpfungen nach § 20d Absatz 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie) erlässt.

Im § 20d Absatz 1 SGB V wird für die Krankenkassen oder ihre Verbände festgeschrieben, dass vorrangig die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte berechtigt sind, Schutzimpfungen zu Lasten der Kostenträger vorzunehmen. Zur Förderung von Schutzimpfungen sind aber auch eine Zusammenarbeit und vertragliche Beziehungen zwischen den Krankenkassen und dem öffentlichen Gesundheitsdienst vorgesehen. Diese Regelung ist im § 20d Abs. 3 SGB V enthalten. Allerdings hat der Gesetzgeber hier auch grundsätzlich festgelegt, dass solche Verträge nur auf eine Erstattung der Sachkosten abzielen (dürfen).

Zu Organisation von Schutzimpfungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung wurde der § 132 e SGB V ergänzt. Damit sollte verhindert werden, dass die Kosten für Impfstoffe und für die ärztliche Dienstleistung dem Arzneimittelbudget und der vertragsärztlichen Gesamtvergütung unterfallen. Im § 132e SGB V ist in Absatz 1 ebenfalls angeführt, dass die Krankenkassen oder ihre Verbände auch mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst Verträge über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 und 2 abschließen können.

2. Stand der Umsetzung in einzelnen Bundesländern - Ergebnisse einer Umfrage des BVÖGD

Eine flächendeckende Übersicht über den aktuellen Stand der Verträge zwischen Krankenkassen und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst hat der BVÖGD nicht. Allerdings gibt es einzelne Bundesländern, in denen solche Vereinbarungen abgeschlossen wurden. Eine aktuelle Umfrage des BVÖGD bei seinen Landesverbänden führte zu folgenden Erkenntnissen:

Bayern

In Bayern gibt es einen Vertrag des Landes nach § 20d Absatz 1 SGB V für die Gesundheitsämter; trotzdem werden nur noch von wenigen Ämtern Impfungen durchgeführt. Einer der Gründe hierfür ist die Notwendigkeit der individuellen Abrechnung mit den Krankenkassen und der hohe organisatorische Aufwand der Impfaktionen (Einverständniserklärung, zusätzliches Angebot zur individuellen und persönlichen Beratung über die Aufklärungsbögen hinaus beispielsweise durch abendliche Sprechstunden etc.)

In praktisch allen Ämtern werden im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen und den Impfbuchkontrollen in den 6. Klassen konkrete und individuelle Impfpfehlungen gegeben und an die niedergelassenen Kinder- und Hausärzte verwiesen. Mit einem Recall-System wird durch die Gesundheitsämter nachgefragt, ob diese Impfungen auch zu einer Impfung führen.

Über die Möglichkeit alle Impfungen der gesamten Bevölkerung anbieten und im Sinne des § 132e SGB V abrechnen zu können, wird derzeit diskutiert.

Neue Verträge mit den Kassen werden nicht dazu führen können, dass wieder flächendeckend durch den ÖGD geimpft wird. Durch die angespannte Personalsituation nicht nur im ärztlichen Bereich sondern auch bei den Sozialmedizinischen Assistentinnen (SMA) sind Impfprogramme nur eingeschränkt zu realisieren. Schon heute sind die Pflichtaufgaben nicht mehr überall zu erfüllen.

Angesichts der personellen Engpässe auch in den bayerischen Gesundheitsämtern, scheinen die von Minister Huber vorgeschlagenen 450.000 € für 3 Jahre kaum ausreichend. Der genannte Betrag kann nur für flankierende Maßnahmen gedacht sein. So wird in Bayern auch darüber nachgedacht, Honorarkräfte bei Impfkationen einzusetzen. Impfkationen in Schulen und flächendeckende Impfbuchkontrollen vor der Aufnahme in Kitas und Kindergärten mit etwaigen Impfangeboten direkt vor Ort lassen sich damit sicher nicht umsetzen.

Baden-Württemberg

In BW wird seit Jahren nicht mehr vom ÖGD geimpft. Vor Jahren wurden seitens des ÖGD mit Rötelnimpfstoffen geimpft; die Kassen zahlten lediglich den Impfstoff.

Argumente gegen eine Reihenimpfung durch den ÖGD bestehen in:

- Problemen bei der Einverständniserklärungsregelung – viele Kinder konnten nicht geimpft werden, weil das Einverständnisformular nicht ausgefüllt wurde oder nicht auffindbar war.
- Da man die Kinder vorher nicht kennt (anders als der Kinderarzt), können individuelle Probleme wie z. B. Allergien übersehen werden.
- Die Inanspruchnahme war bei den letzten Impfkationen sehr schlecht.
- Die personellen Kapazitäten sind nicht vorhanden, weder im ärztlichen noch im restlichen Personalbereich.
- Die Aufklärung der Eltern müsste rein schriftlich erfolgen. Das ist rechtlich problematisch.

Berlin

Für Berlin gibt es einen Vertrag mit den Primärkassen zur Refinanzierung der Impfstoffkosten - sozialkompensatorisch für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre. Personal und Verbrauchsmittel werden von den Ämtern gestellt. Aufgrund der unterschiedlichen Strukturen in den Bezirken (z. B. Durchimpfungsraten der Kinder, Anteil der Impfgegner, etc.) wird dies sehr unterschiedlich genutzt. Der Aufwand für den ÖGD ist ziemlich groß, für jedes Kind wird die Versichertenkarte benötigt, damit dann einzeln mit den Kassen abgerechnet werden kann. Die Abrechnung mit den Kassen wird von einem Bezirk für alle erledigt, der dafür Personalmittel von den anderen 11 Bezirken erhalten hat.

In 2012 wurden in Berlin bis einschließlich September 1.582 Impfungen durchgeführt, am meisten wurde durch den ÖGD in Mitte geimpft (907), am wenigsten durch den ÖGD in Marzahn-Hellersdorf. Dort gibt es aber laut Impfbuchkontrollen bei den Einschulungsuntersuchungen die höchsten Durchimpfungsraten, dort waren also die meisten Kinder schon außerhalb des ÖGD geimpft.

Festzustellen ist also, dass trotz Vertrag mit den Primärkassen Impfangebote durch den ÖGD nicht sehr intensiv - aber auch bezirksweise sehr unterschiedlich - genutzt werden.

Für die Impfungen bei den Asylbewerbern hat das in Berlin für diese Personengruppe zuständige LAGeSo am 22.07.2013 an die Bezirke geschrieben, dass alle Asylbewerber gegen Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (auf freiwilliger Basis) geimpft werden sollten. Da die Gesundheitsämter überlastet sind, sollten dies Allgemeinmediziner und Kinderärzte im Umfeld der Unterkünfte erledigen. Die Betreiber der Unterbringungseinrichtungen sind beauftragt, mit den in Frage kommenden Ärzten der Umgebung in Kontakt zu treten und zu vereinbaren, dass ein Arzt in regelmäßigen Abständen in die Einrichtung kommt und Impfungen dort durchführt. Die notwendigen Kosten für diese Impfungen werden im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes getragen.

In Berlin ist ein verstärkter Zuzug von Familien aus den Ländern der EU – Osterweiterung festzustellen. Hierbei sind viele Familien, die nicht krankenversichert sind und die nicht über ausreichende finanzielle Mittel verfügen, Impfstoffe selbst zu finanzieren. Um die Impflücken bei diesen Kindern zu schließen, hat der Senat von Berlin den Bezirken für das Jahr 2013 außerplanmäßig Geld für Impfstoff zur Verfügung gestellt. Diese Kinder werden von den bezirklichen Gesundheitsämtern geimpft.

Brandenburg

In Ostdeutschland gibt es eine lange Tradition, dass bei Reihenuntersuchungen auch geimpft wurde. Neben der Impfpflicht war dies die Ursache für den hohen Durchimpfungsgrad in der ehemaligen DDR. Auch nach der Wende wurden Kinder in Brandenburg bei Reihenuntersuchungen geimpft. Dazu gibt es eine Impfvereinbarung mit den Krankenkassen zur Kostenübernahme bei den Impfstoffen. Dies ist in den letzten Jahren völlig verloren gegangen, da die Personaldecke so dünn ist, dass auch andere Aufgaben nicht mehr vollständig erfüllt werden können. Der organisatorische Aufwand beim Impfen ist erheblich – Kühlkette, Impfeinwilligung der Eltern, fehlende Impfbücher usw.

Bremen

Das Gesundheitsamt Bremen hat bereits 1999 eine Vereinbarung über die Beteiligung an den Kosten für Impfstoffe mit den gesetzlichen Krankenkassen (§20 SGBV) abgeschlossen. Die Vereinbarung gilt weiterhin.

Eine Beteiligung im Sinne des § 132e SGB V wird derzeit nicht diskutiert.

Hamburg

In Hamburg gibt es eine Impfvereinbarung, wie in den §20 Absatz 3 und § 132 e SGB V vom Gesetzgeber intendiert, seit ca. 13 Jahren. Die Vereinbarung funktioniert nach Einschätzung des dortigen Landesverbandes bis zum heutigen Tage sehr gut. Im Jahr 2012 wurden durch den ÖGD von insgesamt 19.500 Impfungen ca 1.500 Impfungen durchgeführt (7,6%). Im Rahmen der Impfungen gegen Schweinegrippe übernahm der ÖGD in 2010 allein 30.000 von 100.000 Impfungen (30 %).

Niedersachsen

In Niedersachsen gehört es nach § 3 Abs. 1 des dortigen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NÖGDG) auch zu den Aufgaben der Landkreise und kreisfreien Städte, auf die Erhöhung der Impfquote für öffentlich empfohlene Schutzimpfungen hinzuwirken. Die landesgesetzliche Regelung wurde im damaligen

Gesetzgebungsverfahren vom niedersächsischen ÖGD-Landesverband „erstritten“ um damit gerade die besondere bevölkerungsmedizinische Bedeutung von Impfungen hervorzuheben.

Indes war und ist die politische Realität eine andere. Obwohl seit Jahren seitens des Landes auf die Möglichkeiten, die sich durch die Paragraphen § 20d Abs. 3 und § 132e SGB V ergeben, wiederholt hingewiesen wurde, ist in der kommunalen Praxis diese Option nicht flächendeckend, soweit erkennbar auch nur vereinzelt genutzt worden. Als Hauptgründe werden erhebliche Verwaltungshindernisse mit zu aufwändiger Buchführung und Einzelabrechnung bei stark eingeschränkten Personalressourcen und der Bedeutungsabbau des kommunalen ÖGD genannt.

Nordrhein-Westfalen

In NRW wurde bislang eine Impfvereinbarung nicht abgeschlossen. Zur Vorbereitung einer solchen Impfvereinbarung wurden für eine AG mit den Krankenkassen vom Land auch Vertreter der Gesundheitsämter benannt.

Die Anforderungen an die Impfaufklärung, Bevorratung, an Hygiene und eine fachgerechte Notfallversorgung erfordern sowohl sächliche wie auch personelle Ressourcen, die nicht durch die Erstattung von Impfstoffkosten gedeckt sind. Auch das Vorhalten einzelner Impfstoffe macht aufgrund von nicht genau kalkulierbaren Abgabemengen und angesichts nur begrenzter Lagerungszeiten wenig Sinn.

Gleichwohl wird regelmäßig und aktiv der Impfgedanke gefördert durch Aktionen und "Bewerbung" von Schutzimpfungen und J1-Teilnahme und natürlich bei jedem Kind/Jugendlichen und deren Eltern zu einem durch was auch immer ausgelösten Kontakt/Termin. Auch Impfbuchkontrollen werden regelmäßig zumindest in den Förderschulen und teilweise auch in "Sonderaktionen" an anderen Schulen durchgeführt. Impfmobil, Check your kid, "Tag der Vorsorge" etc. sind Aktivitäten, die durchgeführt werden.

Mecklenburg-Vorpommern

Seit Jahren werden Impfvereinbarungen über das Ministerium mit den Krankenkassen geschlossen. MMR wird natürlich auch geimpft. Auch die niedergelassenen Kinder- und Hausärzte sind recht rege im Impfen. So spielen die Gesundheitsämter nicht die Hauptrolle. Aber der ÖGD in MV hat nicht unerheblich dazu beigetragen hervorragende Impfquoten zu erzielen. Gerade bei der Auswertung der Impfdaten der Einschüler wurden bundesweit die höchsten Quoten verzeichnet.

Der Jugendärztliche Dienst sieht nahezu komplette Jahrgänge bei der Einschulung, in den Reihenuntersuchungen der 4. und 8. Klassen und außerdem ein bis zwei Jahre vor der Einschulung. Wenn auch nicht immer Impfangebote direkt umgesetzt werden können, wird jedem Kind bei Bedarf eine Impfempfehlung mit nach Hause gegeben.

Als hilfreich werden auch Vereinbarungen mit betriebsärztlichen Praxen gesehen, die ebenfalls mit Impfstoff versorgt werden.

Hervorgehoben wird auch eine sehr gute und in Notfällen unkomplizierte Zusammenarbeit mit dem zuständigen Ministerium und dem Landesamt für Gesundheit und Soziales.

Homogen ist das Bild der einzelnen Gesundheitsämter in MV jedoch nicht. Eine Steigerung der Imp fzahlen durch den ÖGD ist natürlich möglich. Limitiert wird dies durch die Personalausstattung der Ämter und insbesondere stellenweise auftretenden Ärztemangel.

Rheinland-Pfalz

Es gibt sehr vereinzelte Gesundheitsämter, die auch in Abhängigkeit von der personellen Ausstattung solche Vereinbarungen getroffen haben. Dies sind aber nur solche Ämter, die über ausreichende personelle Ressourcen verfügen. Für die übrigen Ämter gilt: vor dem Hintergrund des Personalmangels (insbesondere an Ärzten) sind diese gar nicht mehr „impffähig“.

Die Gesundheitsämter haben sich in der Vergangenheit aus dem aktiven Impfen in die Subsidiarität der Impfberatung zu Gunsten der niedergelassenen Kollegen zurückgezogen und können neue wie wiederbelebte Aufgaben nur mit zusätzlichem Personal erledigen.

Der Benachteiligung der Ärzte im ÖGD im Hinblick auf die Vergütung kommt dabei eine entscheidende Rolle zu.

Sachsen-Anhalt

Eine Impfvereinbarung des Landes mit den Krankenkassen nach § 20d Abs.

3 SGB V bzw. nach § 132e Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 20d Abs. 1 und

2 SGB V gibt es nicht, da der bürokratische Aufwand die personellen Möglichkeiten übersteigt.

Jedoch stellt das Land jährlich finanzielle Mittel für die Durchführung von Impfungen in den Gesundheitsämtern bereit. Das Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt ermittelt den Bedarf, schreibt die Impfstoffe aus und organisiert die bedarfsgerechte Versorgung der Gesundheitsämter. Allerdings hat sich die Zahl der durchgeführten Impfungen in den letzten Jahren deutlich verringert: von 2553 im Jahr

2006 auf 592 im Jahr 2011. Im Jahr 2011 impften noch 9 der 14 Gesundheitsämter. Größere Aktionen in Schulen werden jedoch immer seltener organisiert und durchgeführt, da das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zunehmend kritisch gesehen wird.

Alle Gesundheitsämter kontrollieren den Impfstatus der Kinder im Rahmen der Einschuluntersuchung sowie der Jahrganguntersuchungen in den 3. und 6. Klassen, beraten und geben individuelle Impfempfehlungen. Außerdem geben sie die Daten aus dem Impfausweis taggenau in das PC-Modul Kinder- und Jugendärztlicher Dienst ein und sind unter Nutzung der Auswertesoftware in der Lage, sozialräumliche Analysen der Durchimpfung vorzunehmen um ihre Aktivitäten und Aktionen zielgerichtet zu steuern.

Schleswig-Holstein

Früher führte der ÖGD ziemlich flächendeckend im Land Impfaktionen in Schulen durch. Dies kann jetzt nur noch von vereinzelten Ämtern geleistet werden. Hauptgrund hierfür ist zum einen der steigende Personalmangel sowie ein sehr viel komplizierter gewordenes Abrechnungsverfahren mit den Krankenkassen. Diese haben früher die pauschale Angabe, wie viele Kinder welche Impfungen von den Gesundheitsämtern erhalten haben, akzeptiert und den Impfstoff entsprechend der zahlenmäßigen Angaben bezahlt. Seit einigen Jahren muss mit den Krankenkassen unter Angabe der persönlichen Daten und der Versicherungsnummern spitz abgerechnet werden. Das wurde als „Todesstoß“ für flächendeckende Impfaktionen in Schulen angesehen, weil die Eltern den Kindern (verständlicherweise) die Versichertenkarte nicht mitgeben und weil die Buchführung vor Ort bzw. Abrechnung das Ganze bei gleichzeitigem massiven Personalmangel unpraktikabel machte.

III. Positionen zur Personalausstattung in den Gesundheitsämtern

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD ist seit Jahren rückläufig. Dies steht ganz im Gegensatz zur insgesamt steigenden Zahl von berufstätigen Ärztinnen und Ärzten.

Waren **1995** noch rund **3.700 – 3.800** hauptamtliche tätige Ärztinnen und Ärzte in den deutschen Gesundheitsämtern beschäftigt, so sind es nach der letzten amtlichen Statistik der Bundesärztekammer vom **30.12.2012** nur noch **2.370!**

Dies entspricht einem **Rückgang von 37% in 18 Jahren**. Mit 2.370 Ärztinnen und Ärzte arbeiten im ÖGD gerade einmal 0,7 Prozent aller berufstätigen Mediziner in Deutschland. Hinzu kommt noch, dass von den 2.370 Kolleginnen und Kollegen viele auf Teilzeitbasis tätig sind, was 1995 noch nicht so verbreitet war.

Diese Zahlen sprechen für sich. Insofern begrüßt der BVÖGD ausdrücklich die Forderungen des Bundesgesundheitsministers, die Einsparungen im ÖGD zu stoppen. Auch die Gesundheitsministerkonferenz der Länder hat bei ihrer letzten Sitzung Ende Juni 2013 einstimmig festgestellt, dass die Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten für den ÖGD eine zunehmende Herausforderung darstellt und hierfür konkrete Maßnahmen vorgeschlagen. Die GMK erneuert damit Ihre Position, schon 2010 hatte sie in einem Beschluss dafür ausgesprochen, die Ärztinnen und Ärzte des ÖGD in den Tarifvertrag TV-Ärzte einzubeziehen bzw. entsprechende Sonderregelungen auf Länderebene zuzulassen. (http://www.gmkonline.de/beschluesse/83-GMK_Beschluss_Feb2010_EingruppierungAerzte.pdf)

Gerade in der aktuellen Diskussion zeigen sich die Folgen der Sparpolitik der letzten Jahrzehnte. Der ÖGD ist aktuell kaum in der Lage, aktiv an einer Erhöhung der Maserndurchimpfungsrate mit zu arbeiten. Laut Gesundheitsminister Bahr könnte der öffentliche Gesundheitsdienst viel Aufklärungsarbeit leisten und vor Ort in die Kindertagesstätten und Schulen gehen. Dies sieht und unterstützt auch der BVÖGD.

Dafür ist jedoch eine Kehrtwende von allen Beteiligten notwendig. Vor allem müssen finanzielle Ressourcen auch von Seiten der Krankenkassen, Länder und Kommunen für die Gesundheitsämter zur Verfügung gestellt werden. An Einsichten fehlt es nicht: wie Bundesgesundheitsminister Bahr einräumt, ist in den letzten Jahren im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes massiv gespart worden. Auch der einstimmige Beschluss der Länder in der Gesundheitsministerkonferenz zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bestätigt, dass die Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten für den ÖGD eine zunehmende Herausforderung darstellt und der ÖGD für Ärztinnen und Ärzte attraktiver werden muss.

IV. Ansatzpunkte für Verbesserungen beim Masern-Impfschutz unter Beteiligung des ÖGD und der Gesundheitsämter

Die Abfrage des BVÖGD bei seinen Landesverbänden hat die zentralen Probleme aufgezeigt, die einer stärkeren Einbindung der Gesundheitsämter bei der Verbesserung des Masern-Impfschutzes im Wege stehen:

- Bürokratische Hindernisse bei der Umsetzung von Impfvereinbarungen mit den Krankenkassen und
- ausgedünnte personelle und finanzielle Ressourcen im ÖGD.

Das Zustandekommen und die erfolgreiche Umsetzung von Impfvereinbarungen scheitern häufig an Kompetenzgerangel von Krankenkassen und Ländern über die Bereitstellung von Finanzmitteln und schwer zu erfüllenden bürokratischen Hürden in der Umsetzung.

Ein zentrales Problem bei der Umsetzung von Impfvereinbarungen sind die erheblichen bürokratischen Hindernisse. So wird von den Kassen gefordert, dass für jede einzelne Impfung der Impfstoff individuell, d.h. unter Angabe der persönlichen Daten des Impflings und der Versicherungsnummern, mit der jeweiligen Kasse abgerechnet werden muss. Dieser Aufwand (Lesegerät, Vorhandensein der Versicherungskarte etc.) in Verbindung mit organisatorischen Schwierigkeiten (Einhaltung der Kühlkette, Vorhandensein der Impfeinwilligung der Eltern, Angebot einer persönlichen Beratung neben den Aufklärungsbögen, fehlende Impfbücher usw.) sind Faktoren dafür, dass an den Gesundheitsämtern Impfaktionen sehr aufwändig sind.

Hinzu kommt der Umstand, dass die Personaldecke im ÖGD immer dünner wird. In Ostdeutschland gibt es eine bessere Akzeptanz der Impfungen auf dem Boden der langen Tradition der Impfungen bei den auch früher durchgeführten Reihenuntersuchungen und -impfungen in Schulen. Neben der Impfpflicht war dies die Ursache für den hohen Durchimpfungsgrad in der ehemaligen DDR.

Der ÖGD hat in allen Bundesländern das Wissen, um die Impflücken regional und vor Ort zu erkennen sowie das Know-how und die Kompetenz sich aktiv und subsidiär ergänzend im Bereich der Impfprävention zu beteiligen

In diesem Kontext sind auch Lösungsansätze zu suchen:

1. Rückkehr zum „alten System“ einer pauschalen Abrechnung mit den Krankenkassen (wie viele Kinder haben welche Impfungen von den Gesundheitsämtern erhalten).
2. Man könnte sich zum Beispiel auch auf eine pauschale Aufteilung der Kosten unter den Krankenkassen ggf. unter Beteiligung der PKV entsprechend den Versichertenanteilen in einer Region (Kommune, Landkreis, Bundesland) ohne aufwändiges Abrechnungsverfahren verständigen.
3. Im Bedarfsfall könnte auch eine Erstattung nicht nur der Sachkosten, sondern auch eines Teils der Personalkosten durch die Kostenträger infrage kommen (z.B. Bezahlung von Überstunden des Personals bei Impfaktionen außerhalb der Dienstzeiten, Honorarkräfte).
4. Die Überprüfung des Impfstatus vor der Aufnahme in Kindergärten bzw. Kindertagesstätten sollte forciert werden. Dabei kann das Vorgehen in Schleswig-Holstein als Beispiel dienen. Dort wird die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung (z. B. durch den Kinderarzt) über den Impfstatus vor Aufnahme in der Landesverordnung über Mindestanforderungen für den Betrieb von Kindertageseinrichtungen und für die Leistungen der Kindertagespflege (Kindertagesstätten- und -tagespflegeverordnung - KiTaVO) vom 13. November 1992 geregelt. Der ÖGD erhält von dem dafür vorgesehenen Dokument einen anonymen Durchschlag zur Auswertung.

V. Konkrete Vorschläge zur Optimierung

Impfungen durch den ÖGD können im größeren Stil nur erfolgen, wenn die Personalsituation grundsätzlich verbessert wird sowie zusätzlich bürokratische Hemmnisse bei der Abrechnung von Impfstoffen reduziert werden.

Der ÖGD kann dann vor allem mit bereits erprobten und bewährten Mitteln im Bereich der Kinder und Jugendlichen über seine Kinder- und Jugendärztlichen Dienste aktiv Impfungen anbieten und durchführen.

Schwieriger ist es den Impfstatus im Bereich der **älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen** zu verbessern. Auch hier kann der ÖGD sich in verschiedener Weise subsidiär beteiligen. Schon jetzt werden Informationsangebote im Rahmen von Aktionen wie Familien- und Gesundheitstagen durchgeführt. Darüber hinaus ist es vorstellbar, durch gezielte Erhebungen einen umfassenderen Überblick über bestehende Impfdefizite zu erlangen. Datenquellen, die für einen solchen Ansatz genutzt werden können, sind z. B. Abrechnungsdaten der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen in Verbindung mit den Meldetatbeständen gemäß Infektionsschutzgesetz.

Eine weitere, im Rahmen der in manchen Gesundheitsämtern vorhandenen Gelbfieberimpfstellen, bereits genutzte Möglichkeit ist die **Reisemedizinische Beratung der Gesundheitsämter**, die auch und insbesondere die Standardimpfungen thematisieren. Hier kann man Impfungen und andere Präventionsmaßnahmen in einem positiven Kontext vermitteln und den Impfgedanken festigen.

Ein weiteres Setting für Impfberatung und Impfungen ist der **Arbeits- und Betriebsärztliche Bereich**. Dieser hat Zugang zu einer Altersgruppe, die sonst - ohne besondere Erkrankungen - vom niedergelassenen Hausarzt eher selten und unregelmäßig gesehen wird. Vereinbarungen zur Kostenübernahme von Impfungen mit betriebsärztlichen Diensten und Praxen könnten ein Baustein sein, die Impfraten zu erhöhen. Ebenso kann die Erfassung des Impfstatus der arbeitenden Bevölkerung mit Unterstützung durch den ÖGD dazu beitragen, gezielt Impflücken zu erkennen. Am Beispiel der entsprechenden Aktivitäten in Schleswig-Holstein wird deutlich, welcher Mehrwert von solchen Erfassungen ausgehen kann.

Informationen sollten auch verstärkt über **soziale Medien** (Web 2.0) an die Zielgruppe gebracht und dieser Bereich nicht (widerstandslos) den Impfgegnern überlassen werden. Interessant ist, dass etwa 20% der durch das Facebook-Angebot des Bayerischen Landesverbandes (<https://www.facebook.com/Impfen>) erreichten Personen Jungen zwischen 13 und 17 Jahren sind (Aktuell 18,9% bei 7,7% Anteil dieser Gruppe auf Facebook- Maximum im Sommer 2012: knapp 30%). Die zweitgrößte Gruppe sind Frauen im Alter zwischen 25 und 34 Jahren gefolgt von den Mädchen im Alter zwischen 13 und 17 Jahren. Die Gruppe der Jugendlichen wird mit diesem Thema auf Facebook gut erreicht.

Grafik der Nutzerstatistik Facebook.com/Impfen



VI. Fazit

Es gibt eine Vielzahl an Möglichkeiten zur Verbesserung der Impfraten in Deutschland, nicht nur gegen Masern. Dies wurde auch schon im Rahmen der 3. Nationalen Impfkonzferenz dargestellt. Der ÖGD versteht sich hierbei als wichtiger Partner und Akteur. Aktuell sind auf Grund der Sparpolitik der letzten Jahrzehnte die Ressourcen aber so eingeschränkt, dass in vielen Gesundheitsämtern jetzt schon verschiedenste Aufgaben nicht oder nur im begrenzten Umfang erfüllt werden können.

Der BVÖGD begrüßt grundsätzlich Überlegungen von Bundesgesundheitsminister Bahr, durch Änderungen im Infektionsschutzgesetz die Impfrate bei Masern zu erhöhen. Bei neuen und sinnvollen Aufgaben wie der Durchführung von Impfbuchkontrollen und Aufklärungsarbeit in den Kindertagesstätten als Aufgabenbereich der Gesundheitsämter und verstärkten Impfangeboten durch den ÖGD müssen hierfür auch die Voraussetzungen geschaffen werden.