

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Andrew Ullmann, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 19/9377 –**

Masern – Impfschutz in Deutschland 2019

Vorbemerkung der Fragesteller

Seit Menschengedenken waren Infektionen eine der Hauptursachen von Krankheit und Tod. Die Entdeckung der Immunität legte einen wesentlichen Grundpfeiler zum Schutz gegen diese Krankheiten. Ende des 18. Jahrhunderts führte der Landarzt Edward Jenner (1749 bis 1823) die ersten Impfungen gegen Pocken durch. Er setzte so als Erster die aktive Immunisierung als Mittel gegen Infektionskrankheiten ein. Der Beginn einer erfolgreichen Geschichte: Denn Impfstoffe trugen seither wesentlich dazu bei, dass die Lebenserwartung der Menschen überall auf der Erde in den letzten 100 Jahren dramatisch gesteigert werden konnte. Und anders als bei Antibiotika, die Anfang des 20. Jahrhunderts entdeckt wurden und ebenfalls zu den wichtigsten Mitteln gegen Infektionskrankheiten zählen, führen Impfungen nicht zur Bildung von Resistenzen.

Die Prävention durch natürliche Immunität und zwar durch Impfungen ist – dort wo es sie gibt und wo sie möglich ist – der beste Weg. Eine gute Impfquote in der Bevölkerung ist daher ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel. Infektionskrankheiten, wie Masern und Röteln, gelten als eliminiert, wenn eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung über einen Zeitraum von mindestens zwölf Monaten in einem regional begrenzten Bereich nicht mehr nachgewiesen werden kann. Für dieses Ziel ist eine Durchimpfquote von wenigstens 95 Prozent erforderlich.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut empfiehlt bei Kindern – anders als bei Erwachsenen – eine zweistufige Masernimpfung. Die zweite Impfung ist dabei keine so genannte Auffrischimpfung, sondern wichtig für einen sicheren und kompletten Impfschutz. Verpasste oder verschoebene Impfungen sollten so bald wie möglich nachgeholt werden. Nach den Empfehlungen der STIKO soll die erste Teilimpfung zwischen dem vollendeten elften und 14. Lebensmonat gegeben werden (frühestens mit neun Monaten, wenn z. B. Ansteckungsgefahr herrscht oder das Kind in einer Gemeinschaftseinrichtung betreut wird). Die zweite Impfung soll frühestens vier Wochen nach der ersten Impfung und spätestens gegen Ende des zweiten Lebensjahres, mit 23 Monaten, gegeben werden (www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2018/Ausgaben/34_18.pdf?__blob=publicationFile).

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 6. Mai 2019 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Im Nationalen Impfplan Deutschlands, der 2012 von den Bundesländern publiziert wurde, wurde das Ziel der Elimination der Masern und Röteln noch einmal bestätigt und hervorgehoben, dass insbesondere die Akzeptanz der zweiten Masernimpfung erhöht werden müsse. Als Fortschreibung und Konkretisierung des Nationalen Impfplans wurde der Nationale Aktionsplan 2015 bis 2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe erstellt, im Rahmen einer Nationalen Konferenz diskutiert und im Juni 2015 von der Gesundheitsministerkonferenz nachdrücklich unterstützt. Der Plan nimmt eine Bestandsaufnahme vor und erneuert nationale strategische und operationalisierbare Ziele. Ferner werden konkrete Maßnahmen genannt sowie mögliche Aktionen und Akteure vorgeschlagen, die zur erfolgreichen Elimination der Masern und Röteln beitragen können.

In einem zusammenfassenden Bericht (Stand: 14. September 2018) stellt die Nationale Verifizierungskommission Masern/Röteln (NAVKO) fest, dass „Deutschland zum wiederholten Male (nach 2010 und 2015) das Ziel der Elimination in der WHO-Region Europa verfehlen und die kritische Einordnung durch die Weltgesundheitsorganisation als „high priority country“ fortbestehen wird.“ Ferner wird im Bericht festgestellt, dass keines der im Nationalen Aktionsplan gesteckten Ziele bisher erreicht wurde und es bei den meisten Punkten kaum Fortschritte gegeben hat. Die Kommission fordert daher ein personell und finanziell stärkeres Engagement aller Beteiligten am Impfwesen (Bericht Nationale Verifizierungskommission Masern/Röteln – NAVKO, abrufbar im Internet: www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/NAVKO/Berichte/Bericht_2017_de.pdf?__blob=publicationFile).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Bundesregierung unterstützt die Bestrebung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Elimination von Masern und Röteln in der Europäischen Region der WHO zu erreichen und sieht hierfür die Impfung als wirksamste Maßnahme an. Das Ziel einer 95-prozentigen Bevölkerungsimmunität gegenüber den Masern ist in den vergangenen Jahren in Deutschland mit steigenden Impfquoten bei den Kindern, verstärkter Aufmerksamkeit gegenüber der Erkrankung und Impfung sowie besserer Akzeptanz der Masernimpfung zwar näher gerückt, bisher aber noch nicht erreicht worden. Wie im Nationalen Masernaktionsplan gefordert, sind zusätzliche Anstrengungen aller am Impfgeschehen Beteiligten notwendig, um die erforderlichen Impfquoten in allen Altersgruppen und die altersgerechten Impfschutz bei den Kindern zu erreichen. Die Bundesregierung hat in der vergangenen Legislaturperiode wichtige Schritte zur Erhöhung der Impfbereitschaft unternommen, indem sie unter anderem mit dem Präventionsgesetz 2015 ein Bündel von Maßnahmen zur Verbesserung des Impfschutzes und der Impfabzeptanz auf den Weg gebracht hat. Dazu zählen u. a. die Impfberatung vor Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung, Impfstatusüberprüfungen bei allen ärztlichen Routineuntersuchungen sowie verbesserte Möglichkeiten der Durchführung von Schutzimpfungen durch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte. Angesichts des jüngsten Auftretens von Masernerkrankungen an verschiedenen Gemeinschaftseinrichtungen (z. B. Schulen) prüft die Bundesregierung derzeit weitere Möglichkeiten, um die Durchimpfungsraten von Masern zu steigern. Nur so können die Ausrottung der Masern in Deutschland und letztlich damit auch die von der WHO vorgegebenen Ziele in diesem Bereich erreicht werden.

1. Welche gesundheitlichen Folgen können Maserninfektionen nach Kenntnis der Bundesregierung haben?

Für welche Teile der Bevölkerung sind Maserninfektionen nach Kenntnis der Bundesregierung besonders gefährlich?

In Industriestaaten sind häufige Komplikationen einer Maserninfektion

- Mittelohrentzündungen,
- bakterielle Lungenentzündungen, sowie
- akute postinfektiöse Gehirnentzündungen (Enzephalitis).

Eine seltene, tödlich verlaufende Spätfolge einer Masernerkrankung ist die subakute sklerosierende Panenzephalitis (SSPE). Sie tritt durchschnittlich etwa sieben Jahre nach der Maserninfektion ein. Insgesamt versterben in Industrieländern etwa 1 bis 3 Personen/1 000 Maserninfektionen an den Masern. Das Risiko schwerwiegender Komplikationen ist bei Kindern unter fünf Jahren und Erwachsenen über 20 Jahren am höchsten. Auch schwangere Frauen haben ein erhöhtes Risiko, Komplikationen im Rahmen einer akuten Masernerkrankung zu erleiden.

2. Wie viele Fälle von Masern gab es nach Kenntnis der Bundesregierung in den letzten zehn Jahren jährlich in Deutschland?

Von den Jahren 2009 bis 2019 (Stand: April 2019) wurden nach Infektionsschutzgesetz insgesamt 9 907 Masernfälle an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. Die Verteilung der Fälle nach Jahren ist in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Anzahl der nach dem Infektionsschutzgesetz gemeldeten Masernfälle in Deutschland in den Jahren 2009 bis 2019 (Stand: 8. April 2019)

Jahr	Fallzahl
2009	572
2010	780
2011	1.608
2012	165
2013	1.768
2014	442
2015	2.465
2016	325
2017	929
2018	543
2019	310

Quelle: Survstat des RKI

3. Wie verteilten sich diese Masernfälle nach Kenntnis der Bundesregierung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland?

Welche Gemeinden in den Flächenländern bzw. Bezirke in den Stadtstaaten waren in der Vergangenheit überdurchschnittlich von Masernfällen betroffen (bitte nach Gemeinde bzw. Bezirk und Jahr aufschlüsseln)?

Welche Gründe sieht die Bundesregierung hierfür?

Die Verteilung der Masernfälle pro Land seit 2012 ist in Tabelle 2 dargestellt.

Gründe für die unterschiedliche Verteilung der Masernfälle begründen sich in Unterschieden in der Immunität einer Bevölkerung, der Bevölkerungsdichte und der Wahrscheinlichkeit eines Importes der Masern in verschiedene Regionen.

Tabelle 2: Verteilung der Masernfälle pro Land seit 2012 (Stand: 8. April 2019)

Land	2012-2016	2017		2018		2019	
	Inzidenz = Fälle pro 1 Mio. Einwohner (Median)	Fall- zahl	Fälle pro 1 Mio. Einwohner	Fall- zahl	Fälle pro 1 Mio. Einwohner	Fall- zahl	Fälle pro 1 Mio. Einwohner
Baden-Württemberg	2,0	53	4,9	89	8,1	47	4,3
Bayern	9,0	59	4,6	108	8,3	36	2,8
Berlin	38,0	69	20	30	8,1	12	3,2
Brandenburg	13,7	8	3,2	12	4,8	0	0,0
Bremen	3,1	3	4,5	2	2,9	0	0,0
Hamburg	7,9	8	4,5	14	7,6	4	2,2
Hessen	3,0	76	12,5	25	4,0	17	2,7
Mecklenburg-Vorpommern	0,6	1	0,6	1	0,6	0	0,0
Niedersachsen	2,1	15	1,9	18	2,3	46	5,8
Nordrhein-Westfalen	3,4	520	29,1	211	11,8	101	5,6
Rheinland-Pfalz	2,0	21	5,2	9	2,2	25	6,1
Saarland	0	2	2	0	0,0	0	0,0
Sachsen	8,1	69	16,6	8	2,0	15	3,7
Sachsen-Anhalt	4,9	9	3,8	10	4,5	0	0,0
Schleswig-Holstein	4,6	10	3,9	5	1,7	4	1,4
Thüringen	16,1	6	2,7	1	0,5	3	1,4
Gesamt	5,0	929	11,4	543	6,6	310	3,7

Quelle: Survstat des RKI

4. Wie verteilen sich diese Masernfälle nach Kenntnis der Bundesregierung auf die einzelnen Altersgruppen?

Das durchschnittliche Alter der Masernfälle ist seit Beginn der Meldepflicht im Jahr 2001 konstant gestiegen. Während der Anteil der gemeldeten Masernfälle bei Kindern im Alter von einem bis neun Jahren im Jahr 2001 bei rund 55 Prozent lag, betrug dieser Anteil im Jahr 2018 etwa 31 Prozent. Der Anteil der Masernfälle bei Erwachsenen im Alter von 20 Jahren und älter lag im Jahr 2001 bei 12 Prozent und im Jahr 2018 bei 47 Prozent (basierend auf Meldedaten des RKI). Die höchste Zahl an Neuerkrankungen wurde seit dem Jahr 2006 in jedem Jahr allerdings bei Kindern in den ersten beiden Lebensjahren beobachtet.

5. Wie stellen sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Impfquoten für eine vollständige Masernimpfung für Kinder im Alter von zwei Jahren derzeit dar?

Wie haben sich diese Impfquoten in den letzten zehn Jahren nach Kenntnis der Bundesregierung entwickelt?

6. Wie stellen sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Impfquoten für die erste Masernimpfung dar?

Wie stellen sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Impfquoten für die zweite Masernimpfung dar?

Welche Gründe bestehen aus Sicht der Bundesregierung für diese Diskrepanz?

Die Fragen 5 und 6 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Zum Schuleingang 2017 waren 97,1 Prozent der Kinder, die zur Einschulungsuntersuchung ihren Impfpass vorgelegt hatten, mindestens einmal gegen Masern geimpft. Wie bereits zum Schuleingang 2016 lag die Impfquote für die erste Masernimpfung in allen Ländern bei mindestens 95 Prozent, für die zweite Masernimpfung bei 92,8 Prozent. Die für die Masernelimination angestrebte Impfquote von mindestens 95 Prozent für die zweite Impfung wurde nur von Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg erreicht. Baden-Württemberg erreichte mit einer Impfquote von 89,1 Prozent für zwei Masernimpfungen den im Ländervergleich niedrigsten Wert bei den Schuleingangsuntersuchungen 2017.

Nach Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen zu Impfleistungen (KV-Impfsurveillance) lag die bundesweite Impfquote für die erste Masern-Impfung bei Kindern des Geburtsjahrganges 2014 (jüngster zzt. verfügbarer Jahrgang) im Alter von 15 Monaten bei 89,5 Prozent. In den Ländern wurden dabei Werte zwischen 83,6 (Baden-Württemberg) und 93,5 Prozent (jeweils Berlin und Hamburg) erreicht. In den westlichen Ländern lag die Impfquote mit 89,9 Prozent über der in den östlichen Ländern (87,5 Prozent). Auf Kreisebene stellte sich die Impfquote sehr heterogen mit einer Spannweite von 72,4 Prozent (Landkreis Görlitz, Sachsen) bis 97,5 Prozent (Stadt Zweibrücken, Rheinland-Pfalz) dar.

Zwischen den Geburtsjahrgängen 2004 und 2014 stieg die bundesweite Impfquote für die zweifache Masern-Impfung bei Kindern im Alter von 24 Monaten von 59,1 Prozent auf 73,9 Prozent.

Bei Kindern des Geburtsjahrganges 2014 lag die Impfquote für die zweite Masern-Impfung im Alter von 24 Monaten nach den Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Impfsurveillance bundesweit bei 73,9 Prozent. In den Ländern

erreichten Kinder des Geburtsjahrgangs 2014 mit 24 Monaten Impfquoten zwischen 24,9 Prozent (Sachsen) bzw. 68,9 Prozent (Baden-Württemberg) und 80,5 Prozent (Hamburg). In den westlichen Ländern lag die Impfquote von 76,9 Prozent über der in den östlichen Ländern (72,6 Prozent). Auf Kreisebene lag die Spannweite in dieser Altersgruppe zwischen 41,5 Prozent (Landkreis Main-Tauber-Kreis, Baden-Württemberg) und 89,1 Prozent (Landkreis Rhein-Kreis Neuss, Nordrhein-Westfalen).

Es kommen verschiedene Gründe für die unterschiedlichen Impfquoten bei erster und zweiter Masern-Impfung in Frage. Unter anderem können dies Erkrankungen des Kindes zum Zeitpunkt der zweiten Impfung oder Terminschwierigkeiten sein.

7. Wie verteilen sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Impflücken (überdurchschnittliche Abweichungen vom Ziel einer Impfquote von 95 Prozent nach unten) für die vollständige Masernimpfung regional in Deutschland (bitte nach Gemeinde bzw. Bezirk aufschlüsseln)?

Es wird auf die Antwort zu Frage 5 verwiesen. Weitere Daten können online unter www.vacmap.de interaktiv eingesehen werden.

8. Hat die Bundesregierung Kenntnis über die Zahl von Impfgegnern in der Bevölkerung?

Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil der Bevölkerung, die dem Impfen skeptisch oder kritisch gegenübersteht?

Wie verteilen sich diese regional in Deutschland (bitte soweit möglich nach Gemeinden bzw. Bezirken aufschlüsseln)?

Zur Identifizierung wesentlicher Einflussfaktoren auf das Impfverhalten (z. B. Einstellung zum Impfen, Informationsdefizite und Impfhindernisse) als Ansatz für die Entwicklung zielgruppenspezifischer Kommunikationsmaßnahmen zur Impfprävention führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) seit dem Jahr 2011 regelmäßig Bevölkerungsbefragungen durch.

Nach den Umfrageergebnissen der Repräsentativbefragung aus dem Jahr 2016 „Einstellungen, Wissen und Verhalten von Erwachsenen und Eltern gegenüber Impfungen“ lag der Anteil der Menschen, die Impfungen „ablehnend“ oder „eher ablehnend“ gegenüberstehen, bei insgesamt 5 Prozent. Das ist gegenüber dem Umfrageergebnis von 2012 ein Rückgang um rund 3 Prozentpunkte. In der Befragung von 2016 standen 18 Prozent der Befragten Impfungen unentschlossen („teils/teils“) gegenüber. Die Mehrheit der Bevölkerung (77 Prozent) steht dem Impfen im Allgemeinen positiv gegenüber („befürwortend“ oder „eher befürwortend“). Nahezu alle befragten Eltern (95 Prozent) sehen die Masernimpfung als notwendig für ihr Kind an. Ein Ziel im „Nationalen Aktionsplan 2015-2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland“ ist, dass 95 Prozent der Eltern der Impfung positiv gegenüberstehen. Die Impfung gegen Masern im Erwachsenenalter wird von 77 Prozent der Befragten, die nach 1970 geboren wurden, als „(besonders) wichtig“ eingeschätzt. Im Aktionsplan zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland wird angestrebt, den Anteil auf 80 Prozent zu steigern.

9. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil der Bevölkerung, der aus gesundheitlichen Gründen nicht geimpft werden kann?

Welche Gründe sind das?

Sind diese Bevölkerungsteile nach Auffassung der Bundesregierung im besonderen Maße auf eine hohe Durchimpfquote in der Bevölkerung angewiesen?

Je nach Impfstoffart (Lebendimpfstoff oder Totimpfstoff) können unterschiedliche medizinische Kontraindikationen für eine Impfung bestehen (z. B. akute schwere Erkrankungen, Allergien gegen Bestandteile des Impfstoffes, Immunsuppression und Schwangerschaft).

Diese sind in den Fachinformationen der einzelnen Impfstoffe ausgewiesen. Nach Schätzungen des Robert Koch-Instituts können insgesamt ca. zwei Prozent der Bevölkerung (d. h. ca. 1,7 Millionen Menschen (Säuglinge, Schwangere ohne Immunität, Immundefiziente ohne Immunität)) nicht selbst gegen Masern geimpft werden und sind auf hohe Impfquoten in ihrer Umgebung angewiesen.

10. Welche Maßnahmen zur Elimination von Masern in Deutschland nach dem Nationalen Aktionsplan hat die Bundesregierung bisher umgesetzt?
11. Welche Maßnahmen zur Elimination von Masern in Deutschland nach dem Nationalen Aktionsplan beabsichtigt die Bundesregierung in der laufenden Legislaturperiode umzusetzen, und wann genau?

Die Fragen 10 und 11 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Im Nationalen Aktionsplan ist der Bund vor allem im Zusammenhang mit Maßnahmen zur Steigerung der Aufmerksamkeit und der positiven Meinungsbildung gegenüber einer Masernimpfung als Akteur benannt. Konkrete Maßnahmen zur Steigerung von Impfquoten wie Impfkampagnen liegen in der Verantwortung der Länder.

Der Bund finanziert zu 50 Prozent die Geschäftsstelle der Nationalen Lenkungsgruppe Impfen (NaLI), die am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit eingerichtet wurde. Die NaLI ist das Gremium in Deutschland, das die Fortschreibung des Nationalen Impfplans und die Umsetzung des Masernaktionsplanes koordiniert. Sowohl das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als auch die Institute im Geschäftsbereich des BMG sind aktiv in den Arbeitsgruppen der NaLI vertreten. Im Vorfeld der diesjährigen Europäischen Impfwoche veröffentlichte die NaLI einen Handlungsleitfaden für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, um das Management von Masern- und Rötelfällen deutschlandweit zu harmonisieren.

Zur Umsetzung des Masernaktionsplanes wurden folgende konkrete Maßnahmen beigetragen:

- Entwicklung der „STIKO-App“ (Ärztinnen und Ärzte sowie weitere Multiplikatoren werden gezielt über aktuelle Empfehlungen der Ständigen Impfkommission, Neuerungen in den Fachinformationen der Impfstoffe, häufig gestellte Fragen und Antworten, Handlungsoptionen bei Impfstofflieferengpässen informiert.
- Erstellung von „Kurz & Knapp: Faktenblätter zum Impfen“

- Konzeption und Durchführung einer Studie zur Einstellung von Ärztinnen und Ärzten und zu möglichen Einflussfaktoren auf das Informations- und Impfverhalten von Ärztinnen und Ärzten.

Am RKI ist die Geschäftsstelle der Nationalen Verifizierungskommission für die Masern- und Rötelneliminierung (NAVKO) angesiedelt. Sie erstellt die Datengrundlage zur Bewertung des Stands der Masern- und Rötelnelimination in Deutschland. Auf dieser Basis bewertet die NAVKO die Qualität der Masernmeldedaten und ob die Eliminationsziele erreicht wurden.

Auf dieser Grundlage wird der jährliche Bericht an die WHO erstellt.

Seit 2012 führt die BZgA eine Kampagne zum Impfschutz gegen Masern durch („Deutschland sucht den Impfpass – Gegen Masern geimpft?“). Die Aufklärungskampagne richtet sich vor allem an Jugendliche und nach 1970 geborene Erwachsene mit unvollständigem Impfschutz und ergänzt die bestehenden Informationsangebote der BZgA für Eltern und ihre Kinder. Die Kampagne setzt auf mehreren Ebenen an und umfasst sowohl personalkommunikative Elemente (Printmedien zur Unterstützung der ärztlichen Impfberatung (Broschüre, Praxisplakate, Recall-Karten), das Internetangebot www.impfen-info.de mit MMR-Entscheidungshilfe, Erklärvideos, Impfvortrag für Multiplikatoren etc.) als auch massenmediale Elemente (Großflächenplakate, Kampagnen-Landingpage mit interaktivem Impfcheck, Kinospot, Hörfunkspots etc.).

12. Welche Maßnahmen zur Elimination von Masern in Deutschland beabsichtigt die Bundesregierung über den Nationalen Aktionsplan hinaus umzusetzen?
13. Zieht die Bundesregierung die Einführung einer flächendeckenden Impfpflicht für Masern in Erwägung?
Wenn ja, wie sollen Personen, die nicht geimpft sind, erfasst werden?
Wie sollen Personen, die nicht geimpft werden können, erfasst werden?
Welche Sanktionen erwägt die Bundesregierung bei der Verletzung einer solchen Impfpflicht?

Die Fragen 12 und 13 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Zurzeit wird der Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention zwischen den Ressorts abgestimmt. Die Prüfung innerhalb der Bundesregierung ist noch nicht abgeschlossen.