

Bericht über die Nationale Konferenz zum Stand der Elimination der Masern und Röteln in Deutschland 2019 in Berlin

Am 30. April 2019 fand am [Robert Koch-Institut \(RKI\)](#) in Berlin die zweite nationale Konferenz zur Masern- und Rötelnelimination in Deutschland statt. Die Konferenz verstand sich als Plattform für einen bundesweiten Dialog zwischen Akteuren der Masern- und Rötelnveillance in Deutschland. Die Veranstaltung hatte einerseits zum Ziel, eine Einschätzung der Qualität der Masern- und Rötelnveillance in Deutschland vorzunehmen, Schwachstellen zu identifizieren und mögliche Maßnahmen zu diskutieren, um den Indikatoren der [Weltgesundheitsorganisation \(WHO\)](#) zur Qualität der Surveillance zu entsprechen.¹ Der zweite Teil der Konferenz diente dem Austausch zu Möglichkeiten der Erfassung als auch der Steigerung von Impfquoten bei Menschen mit Migrationshintergrund. Hierzu wurden verschiedene Erkenntnisse hinsichtlich Migration nach Deutschland vorgestellt und die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund, insbesondere die Versorgung mit Impfungen, bewertet. Unter den insgesamt 41 Teilnehmenden der Konferenz waren VertreterInnen der europäischen Region der WHO, des [Bundesministeriums für Gesundheit \(BMG\)](#), der zuständigen Landesbehörden und der Gesundheitsämter, Mitglieder der [Ständigen Impfkommission \(STIKO\)](#) und der [Nationalen Verifizierungskommission Masern/Röteln](#), KollegInnen der [Geschäftsstelle der Nationalen Lenkungsgruppe Impfen](#) sowie KollegInnen des RKI.

Hintergrund

Die WHO verfolgt das Ziel, bis Ende 2020 in mindestens 5 WHO-Regionen die Masern und Röteln zu eliminieren.² Im Europäischen *Vaccine Action Plan 2015–2020* wurde festgelegt, dass die Elimination der Masern und Röteln in allen Staaten der europäischen WHO-Region bis 2018 verifiziert sein sollte.³ Die Elimination der Masern und Röteln ist definitionsgemäß erreicht, wenn die Mitgliedsstaaten eine Unterbrechung der endemischen Transmission der Viren für mindestens 36 Monate nachweisen können. Die endemische Transmission von Masern oder Röteln gilt als unterbrochen, wenn eine Übertragung derselben Virusvariante nicht länger als 12 Monate andauert. Die Darstellung der Transmissionsketten erfolgt anhand epidemiologischer und virologischer Daten (Genotypisierung). Elimination heißt damit nicht, dass keine Fälle mehr beobachtet werden. Das Vorhandensein eines qualitativ hochwertigen Surveillance-systems ist Voraussetzung für die Verifizierung des Eliminationsstatus. Dieses sollte ausreichend sensitiv und spezifisch sein, um alle Verdachtsfälle zu identifizieren, zu bestätigen und zu klassifizieren. Indikatoren der WHO hinsichtlich der Einschätzung der Qualität der Surveillance bewerten eine zügige Bearbeitung und vollständige Übermittlung von Masernverdachtsfällen (*Timeliness*), ihre ausreichende Laboruntersuchung (*Testing*), eine ausreichende Ermittlung der Herkunft der Masern (*Exposition*) sowie die summarische Übermittlung von ausgeschlossenen Masern- und Rötelnverdachtsfällen mit einer ent-

sprechenden klinischen Symptomatik jedoch negativem Laborergebnis (*Sensitivität*). Ein angemessen operierendes Surveillance-system für die Masern und Röteln zeichnet sich damit durch eine frühe und sichere Erkennung der Erkrankungen, durch eine zuverlässige Diagnostik durch Laboruntersuchungen sowie unverzügliche Maßnahmen zur Eindämmung der Krankheit aus. Um Transmissionsketten anhand epidemiologischer und virologischer Daten erkennen und bewerten zu können, sind die Erhebung des Expositionsortes, die Klassifikation der Fälle in importiert, import-assoziiert oder endemisch sowie eine Genotypisierung der Viren zum Erkennen der entsprechenden Sequenzvariante der detektierten Viren Voraussetzung.

Für das Jahr 2017 erhielten bereits 35 von 53 Staaten der europäischen WHO-Region (66 %) den Status der Elimination der Masern und Röteln, für weitere 5 Staaten (9 %) konnte eine Unterbrechung der endemischen Transmission der Masern für mindestens 12 Monate verifiziert werden. Deutschland gehört zu den Staaten, für die bisher eine endemische Transmission sowohl für die Röteln als auch für die Masern (mit Ausnahme des Jahres 2016) konstatiert wurde.⁴ Jährlich werden in Deutschland Ausbrüche mit zum Teil hohen Fallzahlen nach einem Import verschiedener Sequenzvarianten der Masernviren beobachtet. Die Unterbrechung der endemischen Transmission zu belegen, stellt in Deutschland für die Masern wie auch für die Röteln aus jeweils unterschiedlichen Gründen eine Herausforderung dar.

Hinsichtlich der Masern liegt dies unter anderem an einem konstanten Import der Masern nach Deutschland und der hohen Kontagiosität des Virus. Kommt wie in Deutschland eine hohe Bevölkerungsdichte insbesondere in Ballungsgebieten hinzu, in die die Masern naturgemäß häufig eingetragen werden, führt dies schnell zu größeren Ausbrüchen mit hoher Fallzahl, wie zuletzt im Ruhrgebiet oder in Berlin. Wiederholte Importe von international besonders häufig zirkulierenden sich nicht ändernden Sequenzvarianten der Masernviren (wie B3 4299 und D8 4563 in den letzten Jahren) täuschen zudem möglicherweise lange Transmissionsketten vor, wenn ein erneuter Import bzw. das Ende der Transmission nicht immer belegt werden kann.

Die Unterbrechung der Transmissionsketten für die Röteln in Deutschland ist sehr wahrscheinlich gelungen. Wegen fehlender Laboruntersuchungen von Rötelnverdachtsfällen und dem damit fehlenden Nachweis zirkulierender Sequenzvarianten, wurde Deutschland von Seiten der WHO jedoch eine schlechte Qualität der Surveillance attestiert. Eine gute Qualität der Surveillance ist Voraussetzung, um Transmissionsketten rechtzeitig zu erkennen und schnell zu unterbrechen aber auch um die Abwesenheit einer Virus-Transmission zu belegen. Da die WHO-Nachweiskriterien nicht erfüllt wurden, hatten in den letzten Jahren weder die Nationale Verifizierungskommission

am RKI noch die regionale Kommission der europäischen WHO-Region für Deutschland die Unterbrechung der Rötelntransmission verifizieren können.

Im Jahr 2015 wurde der „Nationale Aktionsplan 2015–2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland“ durch die Gesundheitsministerkonferenz verabschiedet.

Zwei Ziele aus diesem Plan betreffen die Qualität der Surveillance. So sollten bis 2018 über 80% der übermittelten Masern- und Rötelnverdachtsfälle labordiagnostisch bestätigt sein. Ferner sollte das Ausbruchmanagement durch die Publikation eines generischen Leitfadens aller Länder für das Management von Masern- und Rötelnfällen gestärkt und eine standardisierte Dokumentation der Ausbrüche im elektronischen Surveillancesystem realisiert werden. Ferner wurden im Nationalen Aktionsplan Bevölkerungsgruppen mit besonderem Handlungsbedarf identifiziert, zu denen solche gehören, die potenziell unterversorgt sind oder die im Ausland geboren wurden.

Inwieweit diese Ziele erreicht wurden und welche Hindernisse dabei bestehen, sollte auf der Konferenz diskutiert werden. Dies ist insbesondere deshalb ein wichtiges Thema, weil in den letzten Jahren Masern unter Menschen mit Migrationshintergrund aus der Europäischen Union gehäuft auftraten. Im Folgenden wird über die Diskussionen und Ergebnisse der Konferenz berichtet.

Teil 1 der Konferenz: Diskussion der Qualität der Surveillance

Zur Diskussion stand die Einschätzung der Qualität der Masern- und Rötelnveillance entsprechend der vorgegebenen Indikatoren der WHO. Das RKI berichtete über Aktivitäten zur Verbesserung der Surveillance. In einem zweiten Vortrag wurde die Rolle der molekularen Surveillance hinsichtlich der Verifizierung der Elimination von Frau Prof. Mankertz, Leiterin des Nationalen Referenzzentrums (NRZ) für Masern, Mumps und Röteln, vorgestellt.

Die Vorteile des deutschen Surveillancesystems zur Erhebung infektionsepidemiologischer Daten liegen in einer bundesweit einheitlichen und flächendeckenden, verpflichtenden und unverzüglichen elektronischen Erhebung einzelfallbasierter Informationen bereits bei Verdacht auf eine akute Masern- oder Rötelerkrankung. Allerdings ergibt sich hinsichtlich der Einhaltung der von der WHO vorgegebenen Indikatoren bei fast allen Handlungsbedarf (s. Tab. 1).

Die Notwendigkeit der Verbesserung wurde insbesondere hinsichtlich folgender Aspekte identifiziert:

1. die Erhebung von Daten zur Herkunft der Infektionen und Einordnung der Fälle in importiert, import-assoziiert oder endemisch,
2. eine repräsentative Erhebung ausgeschlossener Fälle für Masern und Röteln.

Indikator	Ziel	Für Masern	Für Röteln	
Zeitnähe	Übermittlung	80% der *LK/**SK übermitteln zeitnah an das Robert Koch-Institut	74% der Fälle in 3 Tagen 81% der Fälle in 4 Tagen	76% in 3 Tagen
	Untersuchung	80% der Fälle sind nach 48 h adäquat vom Gesundheitsamt untersucht	82% der Masernfälle haben alle relevanten Daten, ob innerhalb von 48 h ist nicht bekannt	60% der Rötelnfälle haben alle relevanten Daten, ob innerhalb von 48 h ist nicht bekannt
	Transport der Proben	80% innerhalb von 5 Tagen im Labor	Keine Daten	Keine Daten
	Laborbericht pünktlich	80% der IgM-Ergebnisse innerhalb von 4 Tagen nach Erhalt der Proben auf nationaler Ebene	Keine Daten	Keine Daten
Sensitivität	Ausgeschlossene Fälle	≥ 2/100.000 Einw. aus einer Region	12/100.000 Einw. (Laborerhebung mit 21 teilnehmenden Laboren)	Keine Daten
	Repräsentativität	80% klassifiziert	50% der Bundesländer, in denen die Labore liegen, ≥ 2 Fälle/100.000 Einw.	Keine Daten
Herkunft	importiert, import-assoziiert, endemisch	80% bestätigt	20%	6%
Labor	Bestätigung der Fälle	80% Ausbrüche	93%	28%
	Virusnachweis (PCR) in Ausbrüchen	80% Ausbrüche	66%	0% (keine Ausbrüche dokumentiert)
	Bestimmung von Sequenzvariante in Ausbrüchen	keine dezidierten Ziele der WHO	64%	0%
	Bestimmung von Sequenzvariante bei sporadischen Fällen	keine dezidierten Ziele der WHO	34%	0%

Tab. 1: Indikatoren der WHO zur Einschätzung der Qualität der Masern- und Rötelnveillance und ihre Umsetzung in Deutschland im Jahr 2018

* LK: Landkreise; **SK: Stadtkreise

Zu 1.: Die WHO schlägt zur Klassifikation der Masern- und Rötelfälle die folgenden Definitionen vor:

Importierter Fall: ein Fall mit Aufenthalt außerhalb Deutschlands während der gesamten Inkubationszeit (7–18 Tage [Masern] bzw. 12–23 Tage [Röteln]) vor Auftreten des Exanthems (virologische oder epidemiologische Evidenz).

Import-assoziiertes Fall: ein Fall mit in Deutschland erworbenen Masern oder Röteln in einer Transmissionskette, die durch einen importierten Fall ausgelöst wurde (virologische oder epidemiologische Evidenz). Die Transmissionskette darf nicht länger als 12 Monate andauern.

Endemischer Fall: ein Fall in einer Transmissionskette einer Virusvariante, die länger als 12 Monate andauert.

Die Klassifikation wurde bisher anhand von Algorithmen mithilfe der übermittelten Meldedaten am RKI berechnet. Dieses Verfahren erwies sich als zu ungenau und angesichts der sich verbessernden Datenlage hinsichtlich der Erhebung von Sequenzvarianten als nicht mehr zeitgemäß. Zur Klassifikation sollten nunmehr neben epidemiologischen Erkenntnissen zum Aufenthalt und zu Kontakten auch die virologischen Daten genutzt werden. Eine fallbasierte Erhebung der Klassifikationen über das elektronische Surveillance-System erscheint sinnvoll. Dazu wurde auf Grundlage der WHO-Definitionen in einer Arbeitsgruppe mit Vertretern der Länder ein Konzept erarbeitet und im Rahmen der Konferenz vorgestellt und diskutiert. Zur Unterstützung der verantwortlichen Behörden wurde zudem ein Algorithmus erstellt, der eine Klassifikation erleichtern soll. Eine Erhebungsmöglichkeit der Klassifikationen wird im elektronischen Meldesystem realisiert werden. Die Erhebung soll im Lauf des Jahres 2019 beginnen.

Zu 2.: Bisher waren lediglich rund 20 % der nach dem IfSG übermittelten Rötelfälle labor diagnostisch (Serologie) bestätigt worden. Diese sehr niedrige Bestätigung der Verdachtsfälle wurde immer wieder problematisiert, verbesserte sich jedoch in den letzten Jahren nicht wesentlich. Aufgrund einer seit 2017 rückläufigen an das RKI übermittelten Fallzahl ist allerdings davon auszugehen, dass Laboruntersuchungen durchgeführt werden, diese jedoch dann häufig die Röteln ausschließen. Allerdings können beim Nachweis von IgM-Antikörpern falsch positive Befunde auftreten, die durch persistierende IgM-Antikörper, polyklonale Stimulierung oder Kreuzreaktion mit anderen Viren (u. a. Parvovirus B19, EBV) oder Rheumafaktoren verursacht werden können. Ferner sinkt der positive prädiktive Wert der Serologie, je seltener die Röteln auftreten. Insgesamt ist jedoch zu vermuten, dass die Röteln nur noch sehr selten in Deutschland zirkulieren. Eine hohe Sensitivität des Surveillance-Systems lässt sich durch die Darstellung der ausgeschlossenen Fälle nachweisen. Die WHO fordert daher eine repräsentative Erhebung von mindestens 2 ausgeschlossenen Masern- oder Rötelfällen pro 100.000 Einwohner. Das heißt, dass von 80 % der Bundesländer jeweils diese ausgeschlossenen Fälle

dokumentiert sein sollten. Bisher werden allerdings Daten zu ausgeschlossenen Fällen nicht im Meldesystem erhoben. Eine Alternative stellte seit 2014 die Erhebung von ausgeschlossenen Masernfällen, bei denen eine akute Erkrankung durch Anforderung eines IgM-Titers angenommen wurde, durch insgesamt 21 zum Teil deutschlandweit arbeitenden Laboren dar. Diese Erhebung ergab jedes Jahr bundesweit weitaus mehr ausgeschlossene Fälle als von der WHO gefordert wird. Im Jahr 2018 wurden hierdurch z. B. bei 12/100.000 Einwohnern die Masern ausgeschlossen. Allerdings sind nicht alle Bundesländer in dieser Erhebung vertreten, die Repräsentativität der Erhebung kann nicht genau eingeschätzt werden. Ferner werden keine Daten zu den Röteln erhoben. Durch die immer noch stattfindenden Routine-Tests im Rahmen von Schwangerschaften und häufig positiven Befunden z. B. durch Kreuzreaktionen ohne den Anhalt einer akuten Erkrankung, erschien dies nicht sinnvoll. Für die Röteln ist die Darstellung von ausgeschlossenen Fällen allerdings für die Verifizierung der Elimination entscheidend, da erwartet wird, dass sie kaum noch in Deutschland zirkulieren und daher kaum Daten zu akuten Fällen vorliegen. Eine Alternative sieht das RKI in einer Änderung der Falldefinition für die Masern und Röteln mit Einbeziehung der ausgeschlossenen Fälle in das elektronische Surveillance-System. Diese würde eine flächendeckende und damit repräsentative Erhebung auch für die Röteln ermöglichen. Allerdings muss dazu die Labordiagnostik von Rötelnverdachtsfällen noch weiterhin verbessert werden (s. unten). Ein Entwurf einer überarbeiteten Falldefinition wird demnächst vorliegen und mit den Ländern diskutiert werden. Ferner wird die reziproke Testung von ausgeschlossenen Masernfällen hinsichtlich einer akuten Rötelninfektion an den Landesuntersuchungsämtern diskutiert, da zu wenig Materialien zur Untersuchung der Röteln bei fieberhaften exanthematischen Erkrankungen vorhanden sind. Diesbezügliche Ergebnisse liegen bereits vom NRZ vor und wurden von der WHO als hilfreich zur Einschätzung des Status der Elimination der Röteln angesehen.

Frau Prof. Mankertz hob in ihrem Vortrag den Stellenwert der molekularen Surveillance hervor, die durch die Bestimmung der verschiedenen Genotypen der Viren mit ihren Sequenzvarianten eine Grundlage zur Einschätzung der Länge von Transmissionsketten, zur Zuordnung von Fällen zu Ausbrüchen und zur Herkunft der Viren darstellt. Ferner kann durch die Genotypisierung eine Impfreaktion nach der Impfung mit den Lebendviren von einer Wildvirusinfektion abgegrenzt werden. Es ist der Genomnachweis über PCR, der eine Infektion sicher bestätigt. Die diagnostische PCR aus Rachenabstrich oder Urin stellt eine zuverlässige Methode dar, um den Verdacht auf eine Masern- oder Rötelninfektion zu bestätigen. Positive Materialien werden durch Sequenzierung des N-450-Bereichs des Genoms weiter genotypisiert. Die Untersuchung wird bei Verdacht auf akute Masern und Röteln kostenlos vom NRZ angeboten. Die Probenentnahme beim Patienten ist nicht invasiv. Die Modalitäten zur Einsendung der Proben sind auf der Webseite des Referenzlabors zu finden (<https://www.rki.de/nrz-mmnr>).

Insgesamt wurden einmal 24 Genotypen der Masern bekannt, von denen nur noch wenige aufgrund der weltweit durchgeführten Impfungen zirkulieren, insbesondere die Genotypen H1 und D9. Einzelne Varianten eines Genotyps werden mit Hilfe der *Distinct Sequence ID* in Zahlen dargestellt (z. B. Sequenzvariante B3 4299). Weltweit auftretende Sequenzvarianten werden in der MeaNS-Datenbank der WHO gespeichert. Dies ermöglicht die Einschätzung internationaler Transmissionsketten und eine Herkunftsanalyse von auch hier in Deutschland auftretenden Varianten. Die *Distinct Sequence ID* der Sequenzvarianten sind in den Befundbögen des NRZ MMR aufgeführt und sollten unbedingt in die elektronische Meldesoftware übertragen bzw. nachgetragen und übermittelt werden.

Die ausreichende Sequenzierung von zirkulierenden Viren ist ebenso ein entscheidender Indikator der WHO zur Einschätzung der Qualität der Surveillance (s. Tab. 1, S. 302). Hinsichtlich der Masern wird diese Untersuchung bereits gut genutzt, hinsichtlich der Röteln eher selten. Allerdings ergaben dann die angeforderten Untersuchungen zur Genotypisierung bei Verdacht auf akute Röteln einen in der Regel negativen Befund, da das Krankheitsbild unspezifisch ist und die Röteln extrem selten geworden sind. Um die molekulare Surveillance der Masern und Röteln zu intensivieren, sollte von jedem Masern- oder Rötelnverdachtsfall ein Rachenabstrich (und eine Urinprobe) an das NRZ MMR geschickt werden.

Bei der Diskussion wurde deutlich, dass die zum Teil immer differenziertere virologische Analyse der Transmissionsketten durch die Sequenzierung nur ein Aspekt im Hinblick auf die Verbesserung der Surveillance darstellt. Grundsätzlich sollten zudem Anstrengungen unternommen werden, die Anzahl der Masernfälle durch geeignete Maßnahmen wie rechtzeitige Impfungen und Eindämmung von Ausbrüchen in Deutschland so gering wie möglich zu halten. Damit ist das Erreichen der Elimination höchstens ein Zwischenziel auf dem Weg zu einer nachhaltigen Senkung der Fallzahl, insbesondere der Masern, auf ein sehr niedriges Niveau bis hin zur endgültigen Eradikation.

Um die verantwortlichen Behörden über die Anforderungen der WHO an die Qualität der Surveillance und über die oben beschriebenen und notwendigen Maßnahmen (z. B. Änderung der Falldefinition, Klassifikation der Masernfälle) ausreichend zu informieren, wird das RKI Ende 2019 einen Infobrief für die Gesundheitsämter zur Verfügung stellen.

Teil 2: Menschen mit Migrationshintergrund aus der EU – eine Bevölkerungsgruppe mit besonderem Handlungsbedarf?

Melddaten des RKI der letzten Jahre zu den Masern unter Berücksichtigung weiterer Berichte aus den Bundesländern lassen vermuten, dass die Impfquoten gegen Masern zum Beispiel bei Personen, die aus der Europäischen Union (EU) nach Deutschland kommen, nicht ausreichen,

um Ausbrüche unter ihnen wirksam zu verhindern. Eine Übermittlung von Daten zur Herkunft der Menschen, die an Masern und Röteln erkranken, ist im Infektionsschutzgesetz nicht vorgesehen, lediglich für wenige Krankheiten, wie Tuberkulose oder Hepatitis B, werden diese Angaben regulär erhoben.

Seit 2014 wanderten nach Daten des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge jährlich 1,2 Mio bis 1,8 Mio Menschen nach Deutschland ein. Von ihnen kamen rund 630.000 Menschen aus der EU, insbesondere aus Rumänien, Polen, Bulgarien und Kroatien, überwiegend um hier Arbeit zu finden. Die Zahl dieser Arbeitsmigranten steigt in der Tendenz eher an. Aus verschiedenen Gründen ist es sowohl für Menschen ohne definierten Aufenthaltsstatus als auch für BürgerInnen aus der EU, z. B. wenn sie noch keine Arbeit gefunden haben oder wenn sie auch im Herkunftsland nicht versichert sind, praktisch sehr schwierig Gesundheitsleistungen in Deutschland in Anspruch zu nehmen. Die Erstattung der Kosten für Impfstoffe für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr aus Mitgliedsstaaten der EU, deren Versichertenstatus in der gesetzlichen Krankenversicherung zum Zeitpunkt der Durchführung der Schutzimpfung noch nicht festgestellt ist, ist im Sozialgesetzbuch V geregelt. Zur Durchführung der Maßnahmen und zur Erstattung der Sachkosten sollen dazu die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam Rahmenvereinbarungen mit den in den Ländern dafür zuständigen Stellen abschließen. Wie wird diese gesetzliche Regelung umgesetzt? Die verschiedenen Vorträge zu diesem Thema gaben einen Überblick über die Datenlage zum Schutz der verschiedenen Bevölkerungsgruppen hinsichtlich impfpräventabler Erkrankungen, über die gesundheitliche Versorgung und Möglichkeiten der Verbesserung der beschriebenen Situation.

Zur Einschätzung der Impfquoten von Kindern mit Migrationshintergrund liegen aktuelle Daten der [zweiten KiGGS-Welle \(KiGGS – Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland\)](#) aus den Jahren 2014 bis 2017 vor. Ferner wurden zum Beispiel aus Berlin Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen zum Impfstatus von Kindern mit einem einseitigen oder zweiseitigen Migrationshintergrund veröffentlicht. Diese lassen vermuten, dass Kinder mit einem beidseitigen Migrationshintergrund häufig schlechter geimpft sind.⁵⁻⁶ Ferner scheint es sinnvoll, die Herkunft der Kinder näher zu differenzieren. So waren in Berlin Kinder aus Osteuropa, aus arabischen Ländern oder Westeuropa insgesamt zu den Schuleingangsuntersuchungen seltener zweimal gegen Masern geimpft, als z. B. türkische Kinder, die möglicherweise allerdings auch bereits länger in Deutschland leben. Die wenigen Daten, die zum gesundheitlichen Status von Migrantenfamilien aus Rumänien oder Bulgarien in Deutschland vorliegen, zeigen erheblichen Handlungsbedarf.⁷ Die vorgestellten Daten machen eindrücklich klar, dass EU-MigrantInnen, insbesondere aus Rumänien, Bulgarien, aber auch aus Polen und Kroatien, eine Gruppe mit

relevantem Handlungsbedarf bezüglich einer Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und insbesondere der Masernimpfquoten darstellen. Auch fehlen für diese Gruppen Beratungsangebote über Möglichkeiten ihrer gesundheitlichen Versorgung und Vorsorge während ihres Aufenthaltes in Deutschland. Internationale Datenquellen zu Impfquoten und Masernausbrüchen sind nicht immer aktuell oder spezifisch genug, um die Immunitätslage oder Bevölkerungsgruppen mit besonderem Handlungsbedarf in Deutschland valide identifizieren und bewerten zu können. Wege zur Erreichbarkeit dieser Bevölkerungsgruppen und Daten zum Versicherungsschutz sowie zur Umsetzung der gesundheitlichen Versorgung insbesondere bei Kindern fehlen. Es sollten gemeinsam mögliche Akteure identifiziert werden, um diese Situation zu verbessern. So berichtet Frau James von der Senatsverwaltung aus Berlin, dass Berlin z. B. dazu seit 2018 eine Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen eingerichtet hat. Hier werden Ansprüche geprüft und die Menschen bei der Umsetzung unterstützt. Problematisch sei, dass die Überprüfung der Leistungsansprüche oft langwierig ist. Von Seiten des Berliner Senats werden den Bezirken bis zu 100.000 EUR jährlich für Schutzimpfungen nicht krankenversicherter Menschen bereitgestellt.

Die Diskussion der vorgestellten Inhalte betraf einerseits die Verbesserung der Datenverfügbarkeit und -qualität in Bezug auf Impfquoten und Daten der Surveillance und andererseits Möglichkeiten der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und Erreichbarkeit der Menschen. Die Schuleingangsuntersuchungen böten ein hohes Potenzial, bundesweit Daten zur Herkunft der Kinder und zu ihrem Sozialstatus zu erheben. Welche Länder erheben, neben Berlin, Daten zum Impfstatus von Menschen mit Migrationshintergrund und in welchem Umfang? Es wird angeregt, dass das RKI eine Erhebung bei den Bundesländern vornimmt, welche Daten bereits in den einzelnen Ländern vorliegen. Basierend darauf, könnte eine Diskussion geführt werden, ob eine Harmonisierung bei der Erhebung und eine Zusammenführung der aggregierten Ergebnisse aus den einzelnen Ländern auf Bundesebene sinnvoll sind. Jeder Anlass eines Kontaktes sollte genutzt werden, um MigrantInnen über ihre Rechte hinsichtlich einer gesundheitlichen Versorgung aufzuklären und, wo möglich, zu impfen. Dabei stellt das fachübergreifende Impfen sicherlich eine gute Möglichkeit dar, dieses umzusetzen. Hilfreich könnte es sein, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst über niedrighschwellige, insbesondere erfolgreiche Impfangebote berichtet und diese ggf. ausweitet. Da die Menschen möglicherweise besonders gut bei ihrer Arbeit zu erreichen sind, könnte es sinnvoll sein, Arbeitgeber in die Konzepte einzubinden und die Stärkung der Betriebsmedizin hinsichtlich der Verabreichung von Standardimpfungen weiter voranzubringen. Auch Apps mit Informationen zu verschiedenen Impfungen in den relevanten Sprachen stellen eine Möglichkeit einer niedrighschwelliger Information der Menschen dar.

Fazit

Gerade in den letzten Jahren ist die Masernfallzahl in Europa wie auch weltweit deutlich gestiegen. Europaweit erhobene Impfquoten zeigen, dass die Impfquoten in Bezug auf zwei Masernimpfstoffdosen in Ländern der EU zum Teil deutlich unter 95% liegen.⁸ Aufgrund einer intensiven Reisetätigkeit und hohen Migration werden die Masern konstant nach Deutschland importiert und auch wieder exportiert. Eine gute Qualität der Surveillance und Darstellung der Transmissionsketten kann möglicherweise schnell zur Anerkennung des Eliminationsstatus insbesondere der Röteln in Deutschland führen. Daten belegen, dass die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund, nicht nur aus Osteuropa, verbesserungswürdig ist. Es ist wichtig, Menschen mit Migrationshintergrund aus der EU hinsichtlich einer ausreichenden gesundheitlichen Versorgung zu unterstützen und ihren Kindern die ihnen zustehenden Impfungen zu verabreichen. Die intensiven Diskussionen der Situation der Masern auf der Konferenz wie auch in der Öffentlichkeit unterstreichen das öffentliche Interesse an diesem Thema und den Wunsch einer schnellen Erreichung der Elimination der Masern. Weitere jährliche nationale Konferenzen zu diesem Thema sind sehr hilfreich, um gemeinsam Themen zu bearbeiten, die zu diesem Ziel führen.

Literatur

1. Guidance for evaluating progress towards elimination of measles and rubella. WHO Weekly Epidemiological Record 2018;41:544–552
2. WHO Library Cataloguing-in-PublicationData: Global Measles and Rubella: Strategic Plan: 2012–2020. World Health Organization 2012. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44855/9789241503396_eng.pdf;jsessionid=0A79606CFB700C2267927E2B4B93D6E3?sequence=1
3. WHO Europe: European Vaccine Action Plan 2015–2020. WHO Regional Office for Europe 2014. www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2014/european-vaccine-action-plan-20152020-2014
4. Bericht der Regionalen Verifizierungskommission der WHO Euro für das Jahr 2017: www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/measles-and-rubella/publications/2018/7th-meeting-of-the-european-regional-verification-commission-for-measles-and-rubella-elimination-rvc-report
5. Poethko-Müller C, Kuhnert R, Gillesberg Lassen S, Siedler A: Durchimpfung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Aktuelle Daten aus KIGGS Welle 2 und Trends aus der KIGGS-Studie. Bundesgesundheitsbl 2019; 62: 410–421
6. Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin: Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2017 <https://www.berlin.de/sen/gesundheits/service/gesundheitsberichterstattung/veroeffentlichungen/grundausswertungen/>
7. De Bock F: Der Gesundheitsstatus von Migrantenfamilien aus Rumänien und Bulgarien. Kinderärztliche Praxis 2018; 89 (1): 59–60
8. UNICEF: Global Immunization Data: <https://data.unicef.org/topic/child-health/immunization/>

■ **Dr. Dorothea Matysiak-Klose | **Dr. Anette Siedler | *Michaela Diercke | ***Sandra Dudareva | ***Dr. Ole Wichmann

Robert Koch-Institut | Abteilung für Infektionsepidemiologie | *FG32 Surveillance | **FG 33 Impfprävention | ***FG 34 HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen, Hepatitis
Korrespondenz: Matysiak-KloseD@rki.de

■ Vorgeschlagene Zitierweise:
Matysiak-Klose D, Siedler A, Diercke M, Dudareva S, Wichmann O: Bericht über die Nationale Konferenz zum Stand der Elimination der Masern und Röteln in Deutschland 2019 in Berlin.
Epid Bull 2019;32/33:301–305 | DOI 10.25646/6212