

OKaPII: Influenza-Impfquoten-Monitoring im Krankenhaus

Hintergrund

Die **Ständige Impfkommission (STIKO)** empfiehlt medizinischem Personal die jährliche Influenza-Impfung sowohl zum individuellen Schutz als auch zum Schutz der Patientinnen und Patienten.^{1,2} Gesundheitspersonal hat durch die vielen Kontakte zu akut erkrankten Patientinnen und Patienten ein erhöhtes Infektionsrisiko.³ Darüber hinaus stellt diese Berufsgruppe aber auch eine Infektionsquelle für von ihnen betreute vulnerable Patientengruppen dar, die ein erhöhtes Risiko für schwerwiegende Krankheitsverläufe haben.³⁻⁵ Internationale Studien sowie in Deutschland durchgeführte Erhebungen an einzelnen Krankenhäusern weisen auf eine nur ungenügende Umsetzung dieser Impfempfehlung hin.⁶⁻⁹ Bisher gab es für Deutschland kein bundesweites Monitoring von Impfverhalten bei Krankenhauspersonal. Um Erkenntnisse über aktuelle Influenza-Impfquoten und entsprechende Impfmotivation bei Klinikpersonal zu gewinnen und um zeitliche Entwicklungen und Trends abzubilden, wurde mit OKaPII ein neues Monitoring-Tool am **Robert Koch-Institut (RKI)** eingerichtet. Die Hauptergebnisse von OKaPII werden künftig einmal jährlich an dieser Stelle veröffentlicht.

Methodik

Es handelt sich bei OKaPII um eine Onlinebefragung von Krankenhaus-Personal zur Influenza-Impfung, die seit 2017 jährlich bundesweit an interessierten Krankenhäusern durchgeführt wird. Unter Krankenhauspersonal werden hier alle im Krankenhaus Tätigen (d. h. neben Ärzteschaft und Pflegepersonal auch Verwaltungsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter etc.) gefasst. Im Rahmen der Studie werden neben soziodemografischen und berufsspezifischen Informationen Angaben zum Influenza-Impfstatus aus der vorherigen Influenza-Saison sowie Gründe für bzw. gegen die Inanspruchnahme der Impfung erfragt. Seit 2018 wird zusätzlich der Impfstatus weiterer für medizinisches Per-

sonal indizierter Impfungen erhoben: Im Jahr 2018 wurden einmalig Angaben zum Masern-Impfstatus und 2019 zur Hepatitis-B-Impfung gemacht.

Im Jahr 2016 erfolgte für die Influenza-Saison 2015/16 zunächst eine Pilotierung der Studie an zwei Universitätskliniken.¹⁰ In den darauffolgenden Jahren erfolgte dann die bundesweite Umsetzung. Während die Studie 2017 im Herbst durchgeführt wurde, erfolgte sie 2018 und 2019 bereits im Frühling jeweils nach den entsprechenden Influenza-Saisons (2016/17, 2017/18 und 2018/19).

Im Rahmen der Studie erhalten interessierte Kliniken per E-Mail an eine von ihnen genannte zentrale Person einen Link zur Onlinebefragung, der dann intern an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weitergeleitet wird. Um die Response innerhalb der Klinik zu erhöhen, haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Möglichkeit, an einem Gewinnspiel, bei dem Tablets verlost werden, teilzunehmen. Im Anschluss an die Befragung bekommen die Kliniken einen individuellen Ergebnisbericht, um eigene Interventionen planen bzw. evaluieren zu können. Weitere Informationen zur Methodik wurden bereits publiziert.^{10,11} Um annähernd repräsentative Ergebnisse darstellen zu können, werden die Daten auf Basis der Grunddaten der Krankenhäuser des Statistischen Bundesamtes nach Berufsgruppe, Geschlecht und Krankenhausgröße gewichtet.

Ergebnisse

Während im Jahr 2017 bereits 54 Kliniken mit 5.821 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern teilnahmen, stieg die Anzahl 2018 auf 141 teilnehmende Kliniken und 2019 auf 171 teilnehmende Kliniken mit jeweils 18.354 bzw. 27.164 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Die Influenza-Impfquoten je Saison sind stratifiziert nach Berufsgruppen in Abbildung 1 aufgeführt. In den Saisons 2016/17 und 2017/18 lag

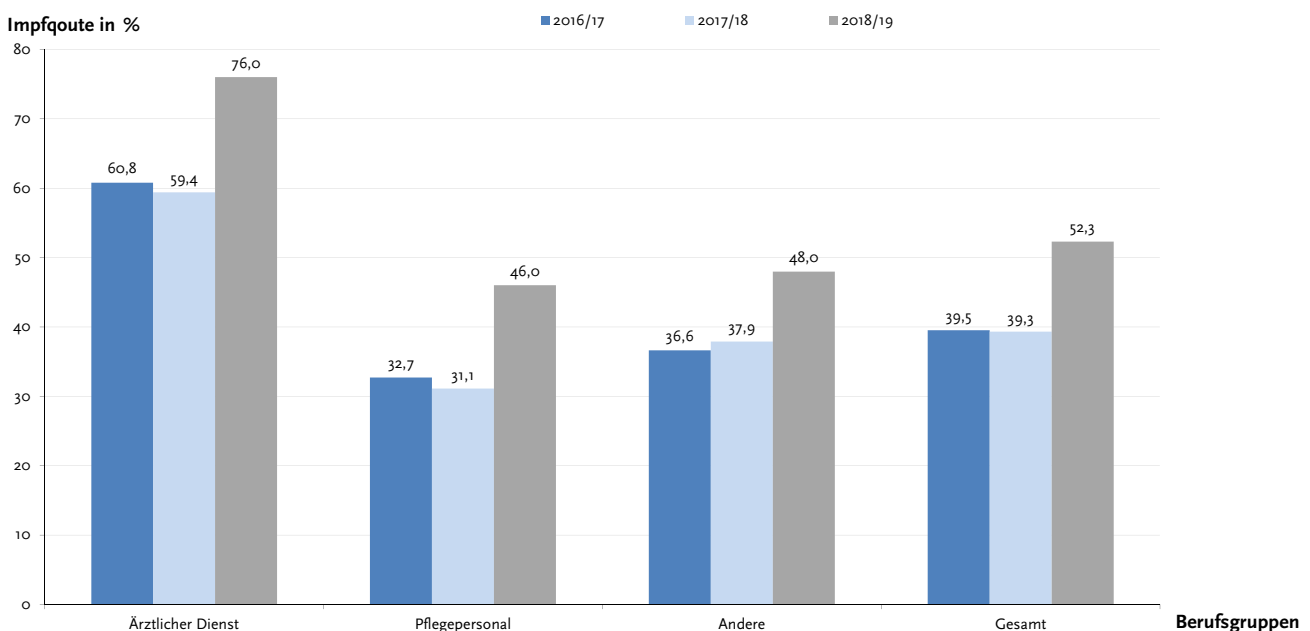


Abb. 1: Influenza-Impfquote nach Berufsgruppe und Influenza-Saison

die Impfquote über das gesamte Krankenhauspersonal auf einem ähnlich niedrigen Niveau um 39 %, in der Saison 2018/19 stieg sie auf 52,3 %. Über alle dargestellten Saisons war der ärztliche Dienst stets häufiger geimpft als das Pflegepersonal oder andere Berufsgruppen (u. a. Verwaltungsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter, Laborpersonal, therapeutische Berufe, medizinisch technischer Dienst).

Weitere Ergebnisse zur Impfmotivation der Influenza-Impfung wurden für die Influenza-Saisons 2015/16 und 2016/17 bereits an anderer Stelle veröffentlicht.^{10,11} Die Daten weisen daraufhin, dass es insbesondere bei den Gründen gegen die Inanspruchnahme der Influenza-Impfung berufsgruppenspezifische Unterschiede gibt. Während die Ärzteschaft vor allem organisatorische Gründe aufführte, beklagte das Pflegepersonal ein insgesamt eher fehlendes Vertrauen in die Impfung.^{10,11} Detailliertere Analysen der Gründe für bzw. gegen die Influenza-Impfung im Zeitverlauf stratifiziert nach Berufsgruppen werden perspektivisch auch an dieser Stelle publiziert.

In der Befragung 2018 gaben 87 % des nach 1970 geborenen Krankenhauspersonals an, mindestens eine Impfung gegen Masern erhalten zu haben. Es waren 54,1 % zweimal und 9,9 % einmal gegen Masern geimpft, 23 % wussten die Anzahl der erhaltenen Impfungen nicht. Insgesamt verfügten 6,7 % der Befragten über keinen Masernschutz (keine Impfung und keine durchgemachte Maserninfektion). In der Studie 2019 gaben 96,5 % des medizinischen Personals (nur Ärzteschaft und Pflegepersonal, nicht jedoch Verwaltungspersonal etc.) an, gegen Hepatitis B geimpft zu sein. Von ihnen waren 94,2 % vollständig und 1,6 % nicht vollständig grundimmunisiert. Es gaben zwar 4,2 % an, geimpft zu sein, wussten aber nicht, ob sie vollständig grundimmunisiert sind.

An dieser Stelle werden in Zukunft auch Impfquoten für weitere Impfungen, die im Rahmen von OKaPII erhoben werden, dargestellt.

Diskussion

OKaPII stellt ein neues und standardisiertes Monitoring-Instrument zur Erhebung des Influenza-Impfverhaltens bei Klinikpersonal dar. Die seit Beginn 2017 kontinuierlich steigende Anzahl teilnehmender Kliniken bestätigt sowohl die hohe Relevanz und das große Interesse am Thema Influenza-Impfprävention im stationären Bereich als auch die Praktikabilität des Monitoring-Tools mit einem begrenzten Arbeitsaufwand für die teilnehmenden Kliniken.

Die Daten zeigen, dass die Influenza-Impfquoten des medizinischen Personals über alle erhobenen Influenza-Saisons zu gering sind. Insgesamt lassen sich jedoch deutlich mehr Ärztinnen und Ärzte als Pflegerinnen und Pfleger impfen. Diese berufsgruppenspezifischen Unterschiede zeigen sich auch in anderen Studien.^{7,12,13} Der Anstieg der allgemeinen Impfquote von 39 % in der Saison 2017/18 auf 52 % in der Saison 2018/19 kann auf die besonders schwere

Influenza-Saison 2017/18 mit vielen Erkrankungsfällen und damit einhergehenden Personalengpässen auch im medizinischen Bereich zurückzuführen sein.¹⁴ Außerdem werden erst ab der Influenza-Saison 2018/19 die Kosten für den von der STIKO seit Januar 2018 generell empfohlenen quadrivalenten Influenza-Impfstoff¹⁵ von allen gesetzlichen Krankenkassen für die verschiedenen Risikogruppen übernommen. Auch dies kann einen möglichen Anreiz für die vermehrte Inanspruchnahme der Impfung darstellen. Die im Vergleich zur Influenza-Impfung insgesamt hohen Impfquoten für Masern und Hepatitis B deuten daraufhin, dass die allgemeine Impfakzeptanz des Klinikpersonals positiv ausfällt. Die Daten zeigen jedoch, dass insbesondere die Wichtigkeit der Influenza-Impfung beim medizinischen Personal noch nicht wahrgenommen wird. Die Ergebnisse der Analysen, die den teilnehmenden Krankenhäusern in Form von krankenhausspezifischen Ergebnisberichten mitgeteilt werden, können dazu dienen, auch auf krankenhausespezifischer Ebene zielgruppenspezifische Maßnahmen zur Impfquotensteigerung zu entwickeln, durchzuführen und final zu evaluieren.

Die OKaPII-Daten unterliegen einigen Limitationen, auf die an anderer Stelle bereits näher eingegangen wurde.¹¹ Insbesondere kann ein Selektionsbias der Kliniken nicht ausgeschlossen werden. So haben möglicherweise besonders im Bereich der Influenza-Impfprävention engagierte Kliniken überproportional häufig teilgenommen, wodurch eine Überschätzung der Influenza-Impfquoten vorliegen kann.

Literatur

1. STIKO: Mitteilung der Ständigen Impfkommision beim Robert Koch-Institut. Empfehlungen der Ständigen Impfkommision beim Robert Koch-Institut – 2019/2020. *Epid. Bull.* 2019;34:314–364. DOI 10.25646/6233.5
2. Remschmidt C, et al.: Hintergrundpapier der STIKO: Evaluation der bestehenden Influenzaimpfempfehlung für Indikationsgruppen und für Senioren (Standardimpfung ab 60 Jahren). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2016;59(12):1606–1622
3. Jenkin DC, et al.: A rapid evidence appraisal of influenza vaccination in health workers: An important policy in an area of imperfect evidence. *Vaccine X* 2019;2:100036
4. Bridges CB, Kuehnert MJ, Hall CB, Transmission of influenza: implications for control in health care settings. *Clin Infect Dis* 2003;37(8):1094–101
5. World Health Organization: Vaccines against influenza WHO position paper – November 2012. *Wkly Epidemiol Rec* 2012;87(47):461–76
6. Ahmed F, et al.: Effect of influenza vaccination of healthcare personnel on morbidity and mortality among patients: systematic review and grading of evidence. *Clin Infect Dis* 2014;58(1):50–7
7. Wicker S, et al.: Influenzaimpfquoten in hessischen Krankenhäusern. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2012;55(8):932–936
8. Buchholz U: Influenza-Impfung bei medizinischem Personal: Überraschende Defizite in deutschen Krankenhäusern. *Deutsches Ärzteblatt* 2002;99(38):A2460–A 1
9. European Centre for Disease Prevention and Control: Seasonal influenza vaccination and antiviral use in EU/EEA Member States – Overview of vaccine recommendations for 2017–2018 and vaccination coverage rates for 2015–2016 and 2016–2017 influenza seasons. 2018: Stockholm
10. RKI: Online-Befragung von Klinikpersonal zur Influenza-Impfung (OKaPII-Studie). *Epid. Bull.* 2016;47:521–527. DOI 10.17886/EpiBull-2016-068.1

11. Neufeind J, Wenchel R, Bödeker B, et al.: OKaPII-Studie zur Influenza-Impfung: Impfquoten und Impfmotivation bei Klinikpersonal in der Influenza-Saison 2016/2017. *Epid. Bull.* 2018;32:313–321. DOI 10.17886/EpiBull-2018-040
12. Hagemeyer MH, et al.: Self-reported influenza vaccination rates and attitudes towards vaccination among health care workers: results of a survey in a German university hospital. *Public Health* 2018;154:102–109
13. Hulo S, et al.: Knowledge and attitudes towards influenza vaccination of health care workers in emergency services. *Vaccine* 2017;35(2):205–207
14. RKI: Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland, Saison 2017/18. 2018: Berlin
15. STIKO: Wissenschaftliche Begründung für die Empfehlung des quadrivalenten saisonalen Influenzaimpfstoffs. *Epid. Bull.* 2018;2:19–28. DOI 10.17886/EpiBull-2018-002

Die nächste OKaPII-Studie wird voraussichtlich im April 2020 durchgeführt. Interessierte Kliniken können sich für eine Teilnahme melden unter: Grippeimpfung@rki.de

- Dr. Birte Bödeker | Julia Neufeind | PD Dr. Ole Wichmann
Robert Koch-Institut | Abteilung für Infektionsepidemiologie | FG 33
Impfprävention
Korrespondenz: BoedekerB@rki.de
- Vorgeschlagene Zitierweise:
Bödeker B, Neufeind J, Wichmann O: OKaPII: Influenza-Impfquoten-Monitoring im Krankenhaus.
Epid Bull 2019;44:467–469 | DOI 10.25646/6341

Ein neuer autochthoner Fall von West-Nil-Virus-Infektion wurde bestätigt

Mitte September erkrankte ein über 80-jähriger Mann in Sachsen. Er entwickelte das Krankheitsbild einer neuroinvasiven Erkrankung durch das West-Nil-Virus (WNV).

Insgesamt sind dem Robert Koch-Institut (RKI) zum Stand 30. Oktober 2019 für das Jahr 2019 vier autochthone

Erkrankungen durch WNV bekannt, davon drei neuroinvasive Erkrankungen. Es ist zu beachten, dass bei leichter verlaufenden Erkrankungen durch das WNV nur selten Labordiagnostik durchgeführt wird, so dass diese Fälle von der Surveillance kaum erfasst werden können.

Hinweis auf Veranstaltungen

N | A | K

Nationales Antibiotika-Sensitivitätstest-Kontrolle – Symposium

Datum: 31. Januar 2020
Ort: Kaiserin Friedrich-Haus,
Robert-Koch-Platz 7 | 10115 Berlin
Veranstalter: EUCAST in Deutschland
Fax: +49 (0)2226 9089–18
Internet: www.nak-deutschland.org/tl_files/nak-deutschland/NAK-Symposium-2020.pdf

Programm

- ▶ Neues von NAK & EUCAST 2020
- ▶ Das neue I im mikrobiologischen Labor – Umsetzung, MRGN, Meldepflicht & Co.
- ▶ Die *area of technical uncertainty* (ATU), Konsequenz aus dem neuen I
- ▶ Erfahrungen mit der Umsetzung des neuen I in einem Routinelabor
- ▶ *Intrinsic resistance* und *expert rules* des EUCAST
- ▶ Rapid AST aus Blutkulturen – erste Erfahrungen mit der schnellen Resistenztestung nach EUCAST

Wir bitten um frühzeitige Anmeldung, da die Teilnehmerzahl begrenzt ist. Zertifizierungspunkte werden beantragt.