

Masern in Deutschland

Bundesweit kommt es derzeit zu einer großen Zahl von Krankheitsfällen, verursacht durch das Masernvirus. Die an Masern Erkrankten waren überwiegend ungeimpft, ein kleiner Teil der Erkrankten war nur einmal geimpft. Die Hälfte der Erkrankten ist älter als 20 Jahre. Die Bereitschaft, sich impfen zu lassen, sinkt von Jahr zu Jahr. Dies wiederum erhöht das Risiko, dass längst besiegt geglaubte Krankheiten wie Diphtherie und Kinderlähmung wieder aufleben und Masern und Windpocken nicht auf ein Minimum zurückgedrängt (eliminiert) werden. In Deutschland besteht keine generelle Impfpflicht, sodass inzwischen weniger als die Hälfte der Erwachsenen im erwerbsfähigen Alter, bei den Senioren sogar nur jeder Dritte, einen ausreichenden Impfschutz besitzen. Die Sächsische Landesärztekammer weist deshalb immer wieder darauf hin, dass Schutzimpfungen nachweislich zu den wichtigsten und wirksamsten Präventivmaßnahmen in der Medizin gehören.

Die erste Impfung gegen Masern wird ab dem 13. Lebensmonat durchgeführt. Diese Impfung erhalten nahezu alle Kleinkinder. Die zweite Impfung ist in Sachsen durch die Sächsische Impfkommision ab

dem 6. Lebensjahr empfohlen. Kinder dieser Altersgruppe werden jedoch nicht mehr so engmaschig wie in den ersten Lebensjahren durch ambulant tätige Kinderärzte betreut, sodass es zu Verzögerungen und Versäumnissen in der Durchführung der zweiten Masernimpfung kommt. Darüber hinaus gelten gemäß Verlautbarung der Sächsischen Impfkommision alle ungeimpften Personen, jünger als Geburtsjahrgang 1958, ohne immunologisch nachgewiesene überstandene Erkrankung als empfänglich und sollten ihren Impfschutz überprüfen und sich impfen lassen. Ebenso sollte der Impfschutz bei medizinischem Personal und Pflegekräften überprüft und vervollständigt werden, um abwehrschwächte Patienten und Schwangere zu schützen. Vorzugsweise ist Kombinationsimpfstoff mit Mumps- und Röteln-Komponente zu verwenden. Für die Impfung gibt es keine Altersbegrenzung.

Um den Schutz gerade von Kindern zu verbessern, hat der Deutsche Ärztetag auf Vorschlag der Sächsischen Landesärztekammer bereits 2006 die zuständigen Länderministerien aufgefordert, notwendige Rechtsbestimmungen zu erlassen, dass in Gemeinschaftseinrichtungen, wie Kindergärten und Schulen, nur Kinder aufgenommen werden dürfen, die

einen vollständigen Impfstatus entsprechend den nach § 20 (3) IfSG von den obersten Landesgesundheitsbehörden öffentlich empfohlenen Schutzimpfung vorweisen können, es sei denn nach ärztlichen oder amtsärztlichen Urteil ist eine Impfung bei dem Kind oder Jugendlichen kontraindiziert. In der Begründung verwies der Deutsche Ärztetag darauf, dass Rechte von Familien mit Kindern auf einen Kindergartenplatz oder einen Platz in einem Gymnasium untrennbar auch mit Pflichten verbunden sind. Dazu gehört unter anderem auch die Prophylaxe von Infektionskrankheiten durch Schutzimpfungen. Notorsche Impfgegner lassen ihre Jugendlichen impfen, wenn sie ein Highschooljahr in einem anderen Land absolvieren wollen.

„Wir sollten in Deutschland ebenso wie den USA in den jeweiligen Ländergesetzen festlegen: keine altersgerechte Impfung – kein Kindergartenplatz und kein Gymnasienbesuch (no vaccination, no school)“, so der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze. Diese Forderung gibt es inzwischen auch von Abgeordneten des Deutschen Bundestages.

Knut Köhler M.A.

Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Masern in Deutschland und im Freistaat Sachsen

Begründung eines strengeren Impfreiems

Das WHO-Regionalbüro Europa hatte 1998 für das 21. Jahrhundert 21 Gesundheitsziele postuliert (Tabelle 1). Deutschland war beteiligt und hatte der Eliminierung der Masern bis 2007 zugestimmt. Eliminierung ist definiert als dauerhafte Morbiditätssenkung $< 0,1 \text{ ‰}$ (= 0,1 Erkrankung pro 100.000 Einwohner und Jahr). Für Deutschland bedeutet dies eine Senkung auf < 82 Erkrankungen (E) pro Jahr (a); man hat sich auf

Tabelle 1

Gesundheit 21 – Die Politik „Gesundheit für Alle“ für die europäische Region der WHO 21 Ziele für das 21. Jahrhundert*	
Eliminierung:	
Poliomyelitis	bis 2003
Neugeborenenentanus	bis 2005
Masern	bis 2007
Zurückdrängung:	
Diphtherie	$< 0,1$ pro 100.000 E
Hepatitis B	neue Carrier um 80 %
HIB	< 1 pro 100.000 E
Mumps	< 1 pro 100.000 E
Pertussis	< 1 pro 100.000 E
kongenitale Röteln	$< 0,01$ pro 1.000 Lebendgeborene
kongenitale Syphilis	$< 0,01$ pro 1.000 Lebendgeborene

* Literatur: WHO, Regionalbüro für Europa Kopenhagen, Regionalkomitee für Europa 48. Tagung, Kopenhagen, 14. – 18.09.1998

Masern in Deutschland und Sachsen 2001 – 2013 (17.7.)

Jahr	Sachsen abs.	E pro 100.000 EW	Deutschland abs.	E pro 100.000 EW
2001	35	0,78	6024	7,3
2002	14	0,32	4657	5,7
2003	2	0,05	779	0,9
2004	3	0,07	122	0,15
2005	16	0,37	778	0,9
2006	1	0,02	2281	2,8
2007	1	0,02	567	0,69
2008	3	0,07	915	1,1
2009	2	0,05	574	0,7
2010	4	0,1	764	0,9
2011	23	0,5	1609	2,0
2012	0	0	167	0,20
2013 (Juli)	41	0,99	1095	1,3

Tabelle 2, S. Bigl 2013

85 E/a geeinigt, die 3 Jahre vor dem Zieljahr erreicht sein müssen. Dieses Ziel ist 2004 (für 2007) mit 122 E, 2007 (für 2010) mit 567 E usw. 2012 (für 2015) mit 167 E nicht realisiert worden, im Gegenteil: bis zum 17.07.2013 sind bereit 1079 E dem Robert Koch-Institut gemeldet worden (siehe Tabellen 2 und 3). Deutschland ist diesbezüglich kein Vorbild und in der EU im untersten Drittel.

Bei der **Ursachenanalyse muss man die Geschichte** der unterschiedlichen Masern-Impfempfehlungen und damit der Masernepidemiologie in Ost- und Westdeutschland (DDR und BRD alt) genau kennen und beachten.

Ostdeutschland (DDR, und ab 1990 Sachsen):

1962: Meldepflicht für Masern-Erkrankung;

1970: Impfpflicht für eine Masernimpfung aller Kinder;
 1986: Einführung der 2. Masernpflichtimpfung ab dem 6. Lebensjahr (= ab 5. Geburtstag);
 1995: Meldepflicht für Masernverdacht und damit Einführung eines „Herdbekämpfungsprogramms“;
 1996: Definition für „empfindlich“ und „immun“ für Masern durch die SIKO nach amerikanischem Vorbild und Einführung einer zweimaligen Masernimpfung auch für empfängliche Erwachsene nach Rücksprache und Abstimmung mit der damaligen Leiterin des Masernreferenzlabors am RKI, Frau Dr. Gerike (siehe Tabelle 4);
 bis 2007: alle gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Impfungen nach SIKO-Empfehlung dank des Engagements der AOK Sachsen, insbesondere von Frau Dr. Kasek;
 seit 2007: durch die Schutzimpfungsrichtlinie des G-BA keine einheitliche Finanzierung mehr durch alle GKK, Zunahme der Bürokratie mit der Folge, weniger Impfungen Erwachsener nach SIKO.

Die Erfolge blieben nicht aus: 2003 bis 2010 (außer 2005) war die Morbidität in Sachsen unter 0,1 ‰.

Tabelle 3: Masern 2013 in Deutschland nach Bundesland – Stand: 17.7.2013 (Quelle: SurvStat RKI)

Altersgruppe	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
00..00	1	21	35	5	0	0	0	1	0	1	0	0	2	0	1	0
01..01	0	12	27	7	0	1	0	0	0	1	1	0	4	0	1	0
02..02	1	6	15	2	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0
03..03	1	8	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
04..04	0	4	19	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
05..09	3	45	34	8	0	2	0	0	2	4	1	0	7	3	0	0
10..14	8	60	33	9	0	1	0	0	3	5	0	0	5	4	0	0
15..19	1	81	45	11	0	0	0	0	1	9	1	0	8	2	1	0
20..24	1	62	36	1	1	2	3	0	1	1	0	0	4	0	0	0
25..29	3	46	49	2	0	3	0	0	2	4	0	0	1	0	0	0
30..39	3	89	62	6	0	0	4	0	1	3	0	0	3	1	0	1
40..49	2	42	28	2	0	0	1	0	0	1	1	0	3	0	1	0
50..59	1	7	8	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
60..69	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Gesamt	25	484	392	55	2	9	8	1	10	32	4	1	39	11	5	1

Definition der Masernimmunität im Freistaat Sachsen seit 1996

Als immun gelten:

1. alle Personen, die 1958 und zuvor geboren worden sind,
2. Säuglinge von immunen Müttern bis 4. (6.) Lebensmonat,
3. Säuglinge ab 6. Lebensmonat, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene
 - nach überstandener klinischer Erkrankung oder mit Erstimpfung und positivem Immunitätsnachweis (IgG-Ak),
 - oder zweimaliger MMR-Impfung (oder MM- oder M-Impfung – Erstimpfung nach dem 1. Geburtstag und Mindestabstand 4 Wochen zur ersten Applikation für die Zweitimpfung).

Als empfänglich werden alle Personen definiert, die nicht als immun gelten. (Ausnahmen: Personen, für die die Biostoffverordnung gilt und andere Risikopersonen. Bei diesen ist arbeitsmedizinisch in jedem Falle eine Immunitätskontrolle erforderlich).

Tabelle 4, S. Bigl 2013

Masernimpfung: Inhaltliche Unterschiede STIKO-SIKO (Stand 2013)

SIKO:

- Der **Regeltermin der 2. MMR- Impfung verbleibt auch nach 2001 als Standardimpfung wie seit Einführung 1986 in 6. Lebensjahr (= ab 5. Geburtstag) und wird nicht vorverlegt auf 4 bis 6 Wochen nach der 1.**
- SIKO hat **1996 die Definition „empfänglich“ bzw. „immun“ für Masern vorgenommen und eine zweimalige MMR- Standardimpfung auch für alle Empfänglichen im Erwachsenenalter (jünger als Geburtsjahrgang 1958) empfohlen.**
- Eine „ Empfehlung zur Verhütung und Bekämpfung von Masern im Freistaat Sachsen vom Oktober 1995, Stand Oktober 2005“ regelt Impfungen bei Kontakt.

STIKO:

- 2. Masernimpfung seit 1991 im 4. – 6. Lbj.; **2001 bereits 4 Wo nach der 1. Impfung**
- STIKO: **einmalige Standardimpfempfehlung für empfängliche nach 1970 geborene Erwachsene* erst seit 2010;**
(* Definition: „Nach 1970 Geborene mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder nur mit einer Impfung in der Kindheit...“ „Einmalige Impfung...“ also nicht **generell 2 Impfungen bei Erwachsenen**)

Tabelle 5, S. Bigl 2013

Westdeutschland (BRD-alt und BRD-neu):

1973/74: Impfpflicht für eine Masernimpfung;

1991: Empfehlung der 2. Masernimpfung im 5. bis 6. Lebensjahr;

1997: Nachholimpfung für die 2. Masernimpfung zwischen dem 11. bis 15. Lebensjahr;

2001: Meldepflicht für Masernerkrankung und -verdacht, erst von da an waren unverzügliche antiepidemische Maßnahmen – Herdbekämpfung möglich, wenn rechtzeitig gemeldet wurde;

2001: Umstellung der 2. Masernimpfung vom 5. bis 6. Lebensjahr auf 4 Wochen nach der Erstimpfung (ohne jede wissenschaftliche Begründung!).

2010: einmalige Masernimpfung auch

für Erwachsene jünger als nach 1970 Geborene Erwachsene empfohlen.

(Die Unterschiede SIKO-STIKO sind im Überblick aus Tabelle 5 ersichtlich).

Bei einer derartigen inkonsequenten, unlogischen und praxisfernen Strategie der STIKO (Meldepflicht und damit sofortige Herdbekämpfung erst seit 2001, Erwachsenenimpfung erst seit 2010, fehlende Definition „immun“ und damit Impfung Erwachsener 1-mal oder 2-mal: „Einmalige Impfung für alle nach 1970 geborene Personen > = 18 Jahre mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit...“ (Epid Bull. Nr. 30 vom 30. Juli 2012, S. 285 unter c)) war es

logisch, dass gesamtdeutsch bisher noch niemals eine Maserninzidenz < 0,1 ‰ erreicht worden ist, auch weil die Masernerkrankung sich deutlich in das Erwachsenenalter verschoben hat (siehe Tabelle 6).

Im Freistaat Sachsen sind 2013 bis zum 20.7. 41 Masernfälle gemeldet worden. Die Infektionsquelle war eine Familie aus Bosnien im Asylbewerberheim im Kreis Mittelsachsen (6 E). Weitere Häufungen gab es in der Mittelschule in Flöha (9 E, Zeugen Jehovas, alle ungeimpft oder unvollkommen geimpft), in einer Kindereinrichtung in Hainichen und einer Familie in Chemnitz (7 E). Als Besonderheit muss die Erkrankung einer Ärztin bezeichnet werden, die an Masern Erkrankte behandelt hat. Sie war nur 1-mal geimpft. Weitere Einzelheiten wie arbeitsmedizinische Kontrollen des Impfstatus oder der Immunität sind noch unbekannt.

Diese Analyse führt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Lückenlose zeitgerechte Durchführung der Masernschutzimpfung entsprechend den Impfpfehlungen durch die Kinder- und alle Impfärzte.
2. Dringend nötig ist eine einheitliche Definition bei Masern von „immun“ und „empfänglich“, wie in Sachsen seit 1996 praktiziert und damit auch generelle Empfehlung und Bezahlung einer zweimaligen Standardimpfung aller Erwachsenen ohne zusätzliche Bürokratie. Wirtschaftlichkeit seitens der gesetzlichen Krankenkassen darf nicht länger über medizinische Erfordernisse und Notwendigkeiten gestellt werden!

Eine diesbezügliche regulierende Einflussnahme der Gesundheitsministerien ist erforderlich.

3. Herausnahme aller neuen Asylbewerber aus der Zahlenstatistik (laut Presse ca. 50.000 Asylbewerber 2012 in Deutschland, Tendenz steigend).

4. Masernimpfstatus bei allen Reisen im In- und Ausland beachten. In den Staaten der EU wurden noch 2011 < 30.000 und 2012 > 8.000 Masernerkrankungen registriert (siehe Tabelle 7).

Tabelle 6: Gemeldete Masernfälle nach Altersgruppen 2001 – 2012 in Deutschland (Quelle: SurvStat RKI am 9.2.2013)

Altersgruppe	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
00..00	107	156	39	14	38	156	24	28	50	29	76	9	0
01..01	524	405	81	22	57	157	35	50	63	41	99	13	0
02..02	420	313	42	9	30	68	20	31	15	25	49	2	0
03..03	359	320	71	10	40	72	25	42	20	16	49	5	0
04..04	397	375	56	5	42	84	21	46	17	19	42	5	0
05..09	1594	1527	262	17	250	445	123	210	83	127	295	16	0
10..14	1034	803	112	8	136	515	116	217	72	179	343	19	2
15..19	786	356	48	11	56	375	68	139	74	133	217	34	1
20..24	376	147	26	2	37	135	39	44	55	64	129	13	0
25..29	175	85	12	8	31	110	32	41	49	45	99	11	0
30..39	168	124	14	6	45	122	49	46	51	67	125	25	0
40..49	49	29	11	8	13	39	11	13	17	28	71	10	1
50..59	17	7	3	2	3	19	3	6	3	4	8	3	0
60..69	9	3	0	1	3	8	0	1	0	3	3	3	0
70+	1	3	0	0	0	3	0	0	2	0	3	0	0

2011 von 1609 Fällen 85 = 5,3% >40 Jahre (nach SIKO nur 14 = 0.9 %)

5. Konsequenterer arbeitsmedizinische Kontrollen des Masernimpfstatus und gegebenenfalls – Immunstatus beim medizinischen Personal inklusive Hebammen und Risikopersonen in Vorschulkindereinrichtungen und Schulen.

6. Konsequente Kontrollen der „unverzüglichen“ Meldepflicht nach IfSG, auch des Masernverdachtsfalles durch die behandelnden Ärzte, und unverzügliche Einleitung von Diagnostik und eventueller Herdbekämpfungsmaßnahmen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Dazu gehören auch fachliche Kontrollen des ÖGD durch die Fachaufsichtsbehörde.

7. Wissenschaftliche Überprüfung des erforderlichen Impfabstandes 1. zu 2. Masernimpfung (STIKO 4 Wochen – SIKO 4 Jahre, mindestens aber = > 3 Monate) anhand von Erkrankungszahlen (Impfdurchbrüchen trotz 2-maliger Impfung) und einer Immun-Surveillance-Studie im Abstand von > 10 Jahren zur 2. Impfung.

8. Einrichtung einer personenbezogenen elektronischen Impfdatenbank in Sachsen an den Gesundheitsämtern zur Realisierung des § 1 (1), 4. SächsGDG (bereits 2-mal Beschluss der Kammerversammlung).

9. Da trotz vorbildlicher Impfpfehlungen durch die SIKO in Sachsen

Tabelle 7: Masern in Europa 2010 und 2011*

	2010	2011	2012		2010	2011	2012
Austria	43	99		Lithuania	2	7	2
Belgium	40	555		Luxemburg	0	6	2
Bulgaria	22005	157		Malta	0	4	0
Croatia	?	?		Netherlands	15	46	10
Cyprus	18	0		Norway	3	38	4
Czech Republ.	0	17		Poland	13	38	61
Denmark	5	83		Portugal	5	2	7
Estonia	0	7		Romania	187	4015	3843
Finland	5	29		Slovakia	0	2	1
France	5019	15206		Slovenia	2	22	2
Germany	780	1609		Spain	305	1986	446
Greece	149	40		Sweden	6	26	30
Hungary	0	5		Switzerland	?	?	?
Ireland	403	303		Turkey	?	?	?
Italy	863	5181		United Kingd.	397	1083	1902
Latvia	1	1		Total	30265	30567	8230

*Quelle: EUVAC.NET – Zahlen für 2012 liegen noch nicht vor

S. Bigl 2013

seit 1996 immer wieder Maserninzidenzen von > 0,1 ‰/a auftreten (zum Beispiel 2005, 2011, 2013), sind konsequente Managementmethoden gesamtgesellschaftlich zu etablieren:

- kein Besuch einer Vorschuleinrichtung ohne altersgerechten Impfstatus,
- kein Besuch eines Gymnasiums eines definitorisch „masernempfindlichen“ Schülers.

Damit müsste der sensibilisierende Begriff „Pflichtimpfung“ nicht benutzt werden, obwohl ihn der Bundesgesundheitsminister, Daniel Bahr, und auch der Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V., Dr. W. Hartmann, gebräuchten.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl, Chemnitz