

# Nationale und internationale Herausforderungen auf dem Weg zur Maserneradikation

## Eindrücke aus einem Kinderkrankenhaus im Südsudan während einer Masernepidemie

Schlussendlich sind sie eingetroffen – die ersehnten knapp 30.000 Dosen Masernimpfstoff, begleitet von der notwendigen Kühlkette und einem kleinen Notfallteam. Zuvor hatten wir in unserem Kinderkrankenhaus, das Ärzte ohne Grenzen (MSF) im südsudanesischen Malakal betreut, eine erhebliche Zunahme der Kindersterblichkeit erlebt. In der vom Bürgerkrieg 2013 bis 2018 mit am stärksten betroffenen Stadt betreibt MSF unter anderem zwei Krankenhäuser, ein Outreach-Programm zur Versorgung der peripheren Dörfer sowie eine Ambulanz für Erkrankungen wie Tuberkulose, HIV und Hepatitiden aber auch Bluthochdruck, Diabetes und Epilepsien [1].

Das Kinderkrankenhaus, normalerweise für 40 Betten ausgelegt, hatte in den Monaten Juli bis September 2023 eine bis zu dreifache Auslastung. Diese Situation wurde durch eine hohe Anzahl von Flüchtlingen aus dem Sudan verursacht [2], sodass es erforderlich war, das stationäre Ernährungszentrum, in dem schwerst mangelernährte Kinder unter fünf Jahren behandelt werden, zu erweitern. In diese angespannte Situation fiel ein Masernausbruch, der sich aufgrund eines geringen Anteils an grundimmunisierten Kindern rasch zu einer Epidemie ausweitete, da circa 90 Prozent der nicht-immunen Kontaktpersonen erkrankten. Masern gehen in der Regel mit einer Letalität von 0,1 Prozent der Fälle einher, aber in Regionen mit hoher Mangelernährung und damit verbundener Immundefizienz können auch Raten von sechs Prozent erreicht werden [3]. Die wöchentli-

che intrahospitale Kindersterblichkeit in Malakal stieg sprunghaft von ein bis zwei Todesfällen auf > 15 an.

Trotz strikter Hygienemaßnahmen und der raschen Errichtung einer Isolationsstation waren die Mortalitätszahlen insbesondere unter den mangelernährten Kindern verheerend. Das Team wurde mit Fällen von schweren respiratorischen Syndromen konfrontiert. Die begrenzten Therapieoptionen, be-



Dr. Ran Jal Kuol untersucht ein Kind in einer Masern-Isolationsstation im Südsudan, Juli 2023.

stehend aus wenigen Sauerstoffkonzentratoren und einer empirischen Behandlung mit Standard-Antiinfektiva samt fehlender intensivtherapeutischer Möglichkeiten, ließen uns oft mit leeren Händen dastehen. Viele Szenen blieben im Gedächtnis haften und die damit verbundene Hilflosigkeit ging unter die Haut, insbesondere im Wissen, dass eine Vielzahl der erlebten Todesfälle mit einer einfachen Impfung vermeidbar gewesen wäre.

## Partizipativer Umgang mit Impfskepsis, um Lücken zu schließen

Die soeben geschilderten Erfahrungen könnten den Eindruck entstehen las-

sen, dass Masern im deutschen Kontext eine Nebenrolle spielen. Seit 2020 liegen die Maserninzidenzen unter 1/ Million Einwohner, was nach Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine regionale Elimination bedeutet [4]. Diese empirische Einordnung soll jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die geringen Morbiditätsraten und die damit verbundene fehlende Risikowahrnehmung ein Ergebnis der bishe-

rigen Impferfolge sind. Denn aus einer anderen Perspektive betrachtet, ist die Herdenschutzschwelle, welche ab einer Immunitätsrate > 95 Prozent gilt, in Deutschland mit einer Impfquote von knapp 93 Prozent noch nicht erreicht und damit ist jede verpasste Impfung eine vertane Chance [4]. Denn bei Masern handelt es sich nicht nur um eine impfpräventable, sondern auch um eine eradizierbare Krankheit, da sie ausschließlich von Mensch zu Mensch übertragen wird. Die Zielsetzung einer globalen Maserneradikation ist keine theoretische Spielerei von Public Health-Enthusiasten, sondern kann durch robuste Gesundheitssys-

teme und gute Impfstrategien tatsächlich erreicht werden.

Aufgrund einer höheren Wahrscheinlichkeit einer effektiven Serokonversion und des vorher bestehenden Nest-schutzes wird hierzulande die erste Masernimpfung ab dem 11. Lebensmonat empfohlen. Die Wiederholungsimpfung sollte mindestens vier Wochen später ab dem 15. Lebensmonat erfolgen und erreicht Serokonversionsraten > 98 Prozent, weshalb mit nur zwei Impfdosen eine ausgesprochen hohe lebenslange Effektivität erzielt wird [5]. Aus diesem Grund ist die Impfung der zentrale Baustein in der nationalen Strategie zur Masernelimination [6].



Ein Community Mobiliser kündigt die bevorstehende Impfkampagne an, August 2023.

Für die Ärzteschaft stellt sich daher die Frage, wie mit dem Phänomen der Impfskepsis umzugehen ist. Die Politik hat bereits mit der Einführung des Masernschutzgesetzes 2020 bewiesen, dass sie Willens ist, unter Abwägung ethischer Gesichtspunkte direkte Maßnahmen mit dem Ziel der Elimination durchzusetzen [7]. Ein gesundes Arzt-Patienten-Verhältnis wiederum lebt jedoch nicht vom Zwang. Im internationalen Kontext wird beispielsweise anstatt von „Impfgegnerschaft“ von „vaccination hesitancy“ gesprochen, woran bereits begrifflich erkennbar wird, dass dem Momentum des Zögerns und der Unentschlossenheit ein größerer

Spielraum eingeräumt wird. Es ist bereits genügend Evidenz zusammengetragen worden, um klare Empfehlungen für eine partnerschaftliche und partizipative Beratung auszusprechen, welche Zweifel und Ambivalenzen integriert, um in einem vertrauensvollen Umgang abschließend zur Impfempfehlung zu gelangen [8, 9].

### Keine globale Maserneradikation ohne universell zugängliche Gesundheitssysteme

In Malakal sanken die intrahospitalen Kindersterblichkeitsraten schlagartig mit Beginn der Impfkampagne. Das erhebliche Potenzial von Schutzimpf-

fungen wurde uns unmittelbar vor Augen geführt. Das Notfallteam schaffte es, in weniger als zwei Wochen 28.617 Kinder im Alter zwischen sechs Monaten und 15 Jahren zu impfen. Damit wurden gemäß der vorab durchgeführten Bedarfskalkulation 98 Prozent der Zielgruppe erreicht. Gleichzeitig mit der Masern- erfolgte auch eine Poliomyelitis-Impfung und die Ausgabe von oralem Vitamin A.

Die Welt befindet sich auf einem Pfad der zunehmenden Grundimmunisierung. Global haben entgegen gängiger Vorstellung mehr als 80 Prozent der Kinder mindestens eine Masern-Impfdosis erhalten, auch wenn seit der

Covid-Pandemie dieser Trend erstmals wieder rückläufig ist [10]. Außerdem mangelt es in den von Konflikten und Armut betroffenen Weltregionen an routinierten Impfprogrammen. Zusammengekommen ist das von der WHO ausgerufenen Ziel der globalen Maserneradikation damit noch weit entfernt. Die in diesem Artikel beschriebene Fallgeschichte ist trotz des Erfolgs der Impfkampagne auch ein Negativbeispiel dafür, dass es noch zu viele Länder gibt, denen es an stabilen Gesundheitssystemen mangelt und nur dann Impfungen durchgeführt werden, wenn internationale Stakeholder in die Lücken springen, um wie eine Art Feuerwehr Verriegelungskampagnen durchzuführen, was jedoch nicht als nachhaltig betrachtet werden kann.

Demgegenüber steht die schon 1978 in Alma Ata festgehaltene Vision, Gesundheit für alle durch universellen Zugang zu primärer Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Letztlich geht die Vision auch mit der Frage einher, wie Gesundheitssysteme in ressourcenarmen Regionen möglichst krisenresistent aufgebaut werden können, um Grundanforderungen an Prävention und Primärversorgung gerecht zu werden. Denn letztlich ist das Beispiel der Masernimpfung auch nur ein (wenn auch wichtiger) Baustein im Gesamtpertoire präventiver Gesundheitsmaßnahmen, die bereits mit wenig Einsatz effektiv Leben schützen können. ■

Literatur unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) → Über Uns → Presse → Ärzteblatt

Dr. med. Martin Bortz, M.Sc. (Global Health)  
 Facharzt für Allgemeinmedizin und wissenschaftlicher Mitarbeiter im Fachbereich Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät Dresden,  
 war von Mai bis November 2023 als Arzt mit MSF in Malakal, Südsudan, tätig

Dieuvie Nuru Katikomu, MD, ist ärztlicher Notfallkoordinator für MSF und war im September 2023 in Malakal vor Ort, um die Masernimpfkampagne durchzuführen und eine mobile Notfallklinik zu betreuen