

# Entwurf Protokoll

## 5. Sitzung der Nationalen Verifizierungskommission zur Elimination der Masern und Röteln am Robert Koch-Institut

Datum der Sitzung: 12. Juni 2015

Ort: TMF-Zentrum, [REDACTED] 10117 Berlin

Beginn: 11:00 Uhr    Ende: 17:00 Uhr

---

### Teilnehmer<sup>1</sup>

NAVKO-Mitglieder\*: (*anwesend: 5 von insgesamt 6 Mitgliedern*)

[REDACTED] (Vorsitzender)  
[REDACTED] (stellvertretende Vorsitzende)

Entschuldigt:

[REDACTED]

Ständige Gäste:

Frau Dr. [REDACTED]  
Herr Dr. [REDACTED]  
Frau Prof. [REDACTED] (NRZ Masern, Mumps, Röteln am RKI)

Entschuldigt:

Frau Dr. [REDACTED] (BZgA)

Geschäftsstelle der Kommission (Fachgebiet Impfprävention, RKI):

Frau [REDACTED] (Protokoll)  
Frau [REDACTED]  
Frau [REDACTED]

Weitere geladene Gäste dieser Sitzung:

Frau [REDACTED] (G NRW)

\* Die Fragebögen zur Einschätzung des Anscheins einer möglichen Befangenheit wurden im Vorfeld der Sitzung an die Mitglieder versandt und bewertet. Es lag vor der Sitzung kein Anschein einer Befangenheit bei den Mitgliedern vor.

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

## Tagesordnung

TOP	Zeit	Thema	Dokumente
1	11:00 – 11:05	Begrüßung durch den Vorsitzenden (Razum)	
2	11:05 – 11:20	<i>Abstimmung</i> - Annahme des Protokolls der 4. Sitzung (Razum)	Protokollentwurf der 4. Sitzung
3	11:20 – 12:00	<i>Vorstellung, Diskussion</i> Epidemiologie der Masern und Röteln – aktuelle Entwicklungen in 2014/2015 (Matysiak-Klose)	Aktueller Entwurf des Aktionsplans
4	12:00 – 12:30	<i>Vorstellung, Diskussion</i> Molekulare Surveillance der Masern und Röteln in 2014/2015 (Mankertz)	
	12:30 – 13:00	Mittagspause	
5	13:00 – 14:30	<i>Diskussion, Abstimmung</i> Bericht an die WHO 2014 (Razum)	Entwurf des WHO- Berichtes Datenbasis 2014
6	14:30 – 15:00	<i>Vorstellung, Diskussion</i> Impfungen in Einrichtungen für Asylsuchende und Flüchtlinge – Möglichkeiten und Herausforderungen (Daniels-Haardt)	
	15:00 – 15:30	Kaffeepause	
7	15:30 – 17:00	Verschiedenes - Bestätigung der Geschäftsordnung - Termine (Razum)	Aktuelle Geschäftsordnung

## TOP 1

Der Vorsitzende der Kommission begrüßt die Mitglieder der Kommission und ihre Gäste. Mit Zustimmung aller Teilnehmenden werden TOP 5 und TOP 6 getauscht.

## TOP 2

Der Protokollentwurf für die 4. Sitzung im November 2014 ging den Kommissionsmitgliedern zeitgerecht zu. Die in der Geschäftsstelle daraufhin eingegangenen Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge wurden in den Entwurf eingearbeitet und das Protokoll im Vorfeld der 5. Sitzung nochmals an die Kommission verschickt. Die Anwesenden haben keine weiteren Änderungswünsche.

Das Protokoll wird mit 4 Stimmen von 5 anwesenden Mitgliedern der Kommission angenommen. Ein Mitglied enthält sich.

## TOP 3

Frau [REDACTED] hält einen Vortrag über die aktuellen Entwicklungen der Epidemiologie der Masern und Röteln in 2014/2015 und die Entwicklung eines Entwurfes des Nationalen Aktionsplans 2015-2020 zur Elimination der Masern und Röteln in [REDACTED] durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe am RKI.

Die Anzahl der übermittelten Masernfälle in [REDACTED] ist im Jahr 2015 im Vergleich zum Vorjahr stark angestiegen. Mit Stand vom 31.05.2015 wurden insgesamt 2.188 Fälle übermittelt. Besonders betroffen von einem großen Ausbruch war Berlin seit Oktober 2014 (Inzidenz: 330,8 Fälle/ 1 Mio E), aber auch aus Thüringen (75,4) und Sachsen (66,2) wurden im Vergleich zu den anderen Bundesländern in 2015 ungewöhnlich viele Fälle übermittelt. Zum ersten Mal seit der Einführung der Meldepflicht für Masern im Jahr 2001 ist die Maserninzidenz 2015 in den östlichen Bundesländern höher (47,8 Fälle pro 1 Mio E) als in den westlichen (23,3).

Im Jahr 2014 und 2015 waren in vielen Bundesländern (z.B. Berlin, Bayern, Nordrhein-Westfalen, Mecklenburg-Vorpommern, Baden-Württemberg) häufig Einrichtungen für Asylsuchende und Flüchtlinge von Masernausbrüchen betroffen. So begann der Ausbruch in Berlin im Oktober 2014 unter Asylsuchenden aufgrund eines Importes der Masern aus Bosnien und Herzegowina, wo seit dem Frühjahr 2014 ein ausgedehnter Ausbruch beobachtet wird. Ab Dezember 2014 erfolgte ein Übergreifen auf den ungeschützten Teil der Berliner Bevölkerung. Im Oktober 2014 traten in Berlin 61 % der Fälle in Unterkünften für Flüchtlinge und Asylsuchende auf; im Mai 2015 nur mehr 8 %. Seit der 41. KW 2014 wurden aus Berlin bis zum 04.06.2015 1.265 Fälle an das Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LaGeSo) übermittelt, davon allein 1.144 Fälle im Jahr 2015. Die Berliner Bezirke Friedrichshain-Kreuzberg, Neukölln und Reinickendorf hatten die meisten Fallzahlen bzw. die höchsten Inzidenzen. Der Altersmedian beträgt 16 Jahre, wobei die höchste Inzidenz bei den 0-1-Jährigen lag. Unter den Asylsuchenden traten die Erkrankungsfälle vor allem bei 1-5-jährigen Kindern auf. 25 % der Fälle (318) mussten bis zu diesem Zeitpunkt hospitalisiert werden. 86 % der Erkrankten waren ungeimpft. Es wurden verschiedene Maßnahmen ergriffen, u.a. gab es einen Aufruf des Impfbeirates mit 10 Punkten (z.B. Impfen ab 9 Monaten), Riegelungsimpfungen in Asyleinrichtungen, die Möglichkeit des fachübergreifenden Impfens bis Ende 2015 (Pädiater, Gynäkologen) sowie Pressemitteilungen. Ferner ist eine zentrale Impfstelle für Asylsuchende in Planung.

Für das Jahr 2014 wurden insgesamt 443 Fälle übermittelt. Von diesen Fällen wurden 268 Fälle (60 %) in insgesamt 40 Ausbrüche zusammengefasst. 13 (33 %) Ausbrüche wiesen mindestens 5 Fälle auf, die restlichen Ausbrüche beinhalteten 2 Fälle. Bei 55 % der Ausbrüche lagen Masernfälle mit einem Virusnachweis (PCR oder Genotypisierung) vor (von der WHO wird ein Nachweis bei 80 % aller Ausbrüche gefordert). 45 (10 %) galten nach Aussagen der Gesundheitsämter als importierte Fälle und 147 (33 %) konnten nach der Definition des RKIs als import-assoziiert eingestuft werden. Die Mehrheit der an Masern Erkrankten im Jahr 2014 war ungeimpft (83% der Fälle mit

entsprechenden Informationen). Von den Geimpften (n=296) hatten rund 54 % nur eine MMR-Impfung und rund 28 % mindestens zwei MMR-Dosen erhalten. Bei rund 18 % lagen diesbezügliche Informationen nicht vor.

In den Bundesländern finden weiterhin eine Vielzahl von Aktivitäten zur Information der Bevölkerung und Verbesserung des Impfstatus statt, die im WHO-Bericht dargestellt werden.

Für das Jahr 2014 wurden dem RKI insgesamt 151 Rötelfälle übermittelt (Stand 31.05.2015). Das entspricht einer Inzidenz von 1,9 Fällen pro 1 Mio Einwohner. Für das Jahr 2015 waren es bis zum 31.05.2015 48 Fälle, was einer Inzidenz von 0,6 pro 1 Million Einwohner entspricht. Das Geschlechterverhältnis der Rötelfälle war in 2014 ausgeglichen.

Die Qualität der Surveillance ist in Bezug auf die Labordiagnostik der Rötelfälle allerdings nicht ausreichend: Nur 22 % der Rötelfälle (statt mindestens 80 %) wurden 2014 labordiagnostisch bestätigt. Mindestens 80 % der Ausbrüche sollten nach den Vorgaben der WHO einen Virusnachweis aufweisen, bei den Masern waren es im Jahr 2014 nur 55 %, bei den Röteln erfolgte bei keinem der übermittelten Fälle (und 2 Ausbrüchen) eine Genotypisierung oder PCR-Untersuchung zur Validierung der Diagnose. Allerdings waren alle (n=42) Einsendungen an das NRZ zur Verifizierung einer Rötelninfektion im Jahr 2014 negativ. Zu Transmissionsketten (nach Import) insbesondere von Röteln sind bisher weiterhin kaum Aussagen möglich, ebenso zu den Maßnahmen in den Kommunen. Es konnten allerdings auch Verbesserungen erzielt werden: So wurde im Jahr 2014 ein Laborsentinel ins Leben gerufen, das alternativ zur von der WHO geforderten fallbezogenen Erfassung der ausgeschlossenen Fälle, summarische Daten zu ausgeschlossenen Fällen liefern soll. Hier übersenden 30 deutschlandweit verteilte Laboratorien aggregierte Daten zu ausgeschlossenen Masernfällen in Relation zu der Gesamtzahl der eingesandten Anforderungen zu einer akuten Maserndiagnostik. Ferner wurde ein Ausbruchsberichtsformat für die kommunale Ebene entwickelt, das in die elektronische Meldesoftware integriert wurde. Darüber hinaus ist es nun für mehr Fälle möglich, aufgrund eines Updates der Software die Pünktlichkeit der Übermittlungen einzuschätzen.

Frau [REDACTED] geht ferner auf die Stellungnahme der Regionalen Verifizierungskommission zur Elimination der Masern und Röteln (RVC) der WHO-Region Europa an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hinsichtlich des für das Jahr 2013 abgegebenen Berichtes der NAVKO ein. Dieser wurde im November 2014 auf der Sitzung des RVC diskutiert. Insgesamt lagen dem RVC Berichte von 49 Mitgliedsstaaten (n=53; MS) vor, von denen es 22 MS geschafft haben, für das Jahr 2013 die Unterbrechung einer endemischen Übertragung der Masern und 23 MS die Unterbrechung einer endemischen Übertragung der Röteln nachzuweisen. Der Bericht führt aus, dass eine endemische Übertragung der Masern und Röteln in Deutschland aufgrund unzureichender Immunität – sowohl in der allgemeinen Bevölkerung als auch in spezifischen Untergruppen – weiterhin angenommen werden muss. Die Qualität der Surveillance bedürfe hinsichtlich der Einschätzung von ausgeschlossenen Fällen, der Labordiagnostik und Verlinkung der Daten weiterhin einer Verbesserung.

Für das Berichtsjahr 2014 ergeben sich einige marginale Änderungen im Berichtsformat, die in der Gruppe diskutiert werden (u.a. Angaben von Kontaktdaten, generelle Aktivitäten der Kommission, Angaben zum Qualitätsmanagement im Rahmen der Labordiagnostik, sporadische Fälle mit Genotypisierung).

Ferner wurde ein Entwurf eines Nationalen Aktionsplans zur Elimination der Masern/Röteln 2015-2020 vorgestellt. Die Arbeitsgruppe „AG Aktionsplan“, bestehend aus Vertretern der Länder, BMG, BZgA, Berufsverbände, Bundesärztekammer, Verband der Ersatzkassen, Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des RKI erarbeitete seit Juli 2014 dieses Dokument. Dieser differenziert aufgrund der dargestellten Daten bestimmte Bevölkerungsgruppen mit einem besonderen Handlungsbedarf (10-17-jährige Jugendliche, nach 1970 geborene Erwachsene oder Bevölkerungsgruppen mit einer potenziellen Unterversorgung) und enthält strategische und messbare Ziele, um die Elimination der Masern und Röteln so schnell wie möglich erreichen zu können. Der Plan wurde erstmals auf der Nationalen Konferenz zur Elimination der Masern und Röteln im Dezember 2014 in Berlin vorgestellt und in Arbeitsgruppen diskutiert und nachfolgend weiter

ausgearbeitet. Ein Stellungnahmeverfahren erfolgte im Januar/Februar 2015, zu dem insgesamt 59 Organisationen und Institutionen angeschrieben worden waren. 29 Organisationen nahmen die Gelegenheit wahr, eine Stellungnahme abzugeben. Die Stellungnahmen zum Aktionsplan ergaben eine grundsätzliche Zustimmung. Am häufigsten traten Kommentare auf, die die vorgeschlagenen Maßnahmen und Aktionen als nicht konkret genug und nicht wirklich neu beurteilten. Eine nationale Impfkampagne wurde gefordert, genauso wie ein Impfregister und eine Impfpflicht. Allerdings gab es auch Stimmen, die sich gegen diese Maßnahmen aussprachen. Die Ressourcen des ÖGDs werden als nicht ausreichend angesehen.

Danach wurde der Plan unter den Seuchenreferenten und Amtschefs der Länder diskutiert und im Juni von der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) verabschiedet. Der Aktionsplan soll auf der kommenden Nationalen Impfkonzferenz im Juni vorgestellt und wiederum diskutiert und der fortdauernde Prozess durch eine weitere nationale Arbeitsgruppe begleitet werden.

Die Kommission diskutiert die vorgestellten Inhalte.

Zunächst wird noch einmal auf die fehlende Verlinkung der Meldedaten mit den Daten des NRZs eingegangen. Diese wäre zum Beispiel mit Hilfe eines elektronischen Matching-Systems theoretisch leicht möglich und wird für andere Meldeindikationen auch so gehandhabt (zum Beispiel die Zusammenführung der übermittelten Meningokokken- und HiB-Meldedaten mit Daten des diesbezüglichen NRZs in Würzburg). Hier könnten dann auch Subtypisierungen aufgenommen werden. Nach mehrmaliger Rücksprache mit dem Datenschutzbeauftragten des RKIs, Herrn Lekschas, ist jedoch aus Datenschutzgründen eine Verlinkung nicht zulässig, da das NRZ am Robert Koch-Institut ansässig ist und die verschiedenen Arbeitsgruppen des RKIs als eine Institution wahrgenommen würden, die letztendlich nicht über de-anonymisierende Daten verfügen dürfen, wie das NRZ sie vorhält. Nach Ansicht von Herrn Lekschas wäre es eine Möglichkeit, die de-anonymisierenden Daten nach einer gewissen Zeit aus der Datenbank des NRZs zu löschen. Dies wird vom NRZ als nicht sinnvoll eingeschätzt, weil immer wieder Nachfragen zu einzelnen Patienten gestellt würden. Die Kommission schlägt die Schaffung einer Vertrauensstelle außerhalb des RKIs vor, ähnlich dem Trust Center des Zentrums für Krebsregisterdaten. Das Problem soll auf der nächsten Sitzung mit Herrn Lekschas erneut diskutiert werden.

Weiterhin wird darüber diskutiert, dass mittlerweile eine große Menge an Proben das NRZ erreicht. Dies wird grundsätzlich begrüßt, jedoch stößt das NRZ an seine kapazitären Grenzen. Es wird zurzeit beim NRZ überlegt, ob es eine Möglichkeit gäbe, die Landesstellen bzw. den ÖGD miteinzubeziehen und so die Probeneinsendungen zu kanalisieren (bspw. nur noch Einsendung positiver Proben) oder welche anderen Strategien helfen könnten, den Arbeitsaufwand sinnvoll zu senken. Dieses Thema soll auf der nächsten Bund-Länder-Arbeitsgruppe (BLAG) angesprochen werden. Es wird aber weiterhin jede eingeschickte Probe untersucht werden, da die einsendenden Ärzte auch über die Ergebnisse informiert werden sollen.

Auch über Impferinnerungssysteme wird erneut debattiert. Aufgrund des großen Masernausbruchs hat Sachsen-Anhalt versucht, die rechtlichen Rahmenbedingungen für ein Impferinnerungssystem zu schaffen. Bisher gibt es lediglich im gesamten Bundesgebiet ein Erinnerungssystem für Eltern für die U5-U9-Untersuchungen, bei denen u.a. auch geimpft wird. Die BZgA wird gebeten, eine Zusammenstellung über aktuelle Maßnahmen in Bezug auf Impferinnerungssysteme bzw. zur Steigerung der Impfquoten für die nächste Kommissionssitzung vorzubereiten.

#### **TOP 4**

Frau [REDACTED] vom Nationalen Referenzzentrum für Masern, Mumps und Röteln hält einen Vortrag über die molekulare Epidemiologie des Masernvirus in [REDACTED] 2014-15 und über den aktuellen Masernausbruch in Berlin.

802 Fälle aus Berlin konnten bisher labordiagnostisch bestätigt werden. Nach vorläufigen Ergebnissen liegt bei 247 Fällen aus Berlin und Brandenburg mit durchgeführter Genotypisierung der Genotyp D8-Rostov on Don bzw. dessen Abkömmlinge vor. Das Virus verbreitete sich von Russland aus über

Bosnien und Herzegowina bis nach [REDACTED] und wird hier möglicherweise länger als 12 Monate zirkulieren.

Weiterhin werden Überlegungen zur NRZ-Arbeit vorgetragen. So sollte der Anteil der Primärdiagnostik reduziert und die Untersuchung von Abstrichmaterialien zur molekularen Surveillance eingegrenzt werden, da das Arbeitspensum zurzeit kaum noch von den Mitarbeitern bewältigt werden kann und eine flächendeckende Genotypisierung im Rahmen eines Ausbruchs auch nicht sinnvoll erscheint.

Interessant ist die Publikation von Ergebnissen einer Studie (Minas et al., Science 2015), die zeigt, dass die durch das Masernvirus induzierte Immunsuppression nicht nur, wie bisher vermutet, ca. 6 Wochen andauert und die Patienten in dieser Zeit anfälliger für Sekundärinfektionen sind bzw. eine erhöhte Sterblichkeit vor allem in Entwicklungsländern auftritt, sondern dieser Effekt möglicherweise über mehrere Jahre Auswirkungen haben kann. Die Impfung könnte demnach eine stärkere Reduktion der Sterblichkeit als bisher vermutet bewirken. Allerdings kann die Methodik dieser Studie (ökologische Studie) letztendlich diesen Effekt nicht beweisen. Weitere Studien sind nach Ansicht des RKIs wichtig, um den Effekt eindeutig zu belegen.

Zusätzlich wurde kurz auf das Thema „Sekundäres Impfversagen“ eingegangen: Dieses würde am NRZ in letzter Zeit häufiger beobachtet werden, was aber möglicherweise auch an dem in DDR-Zeiten verwendeten Impfstoff liegen kann, der eine geringere Wirksamkeit zeigte als der in den westlichen Bundesländern verwendete. Andererseits ist es ein normales Phänomen, dass bei einem nicht 100% wirksamen Impfstoff mit steigenden Impfquoten auch der Anteil der Fälle mit Impfdurchbruch steigt (weil der Anteil der Nicht-Geimpften sinkt). Abschließend wurde auch eine mögliche Infektiosität von Personen mit Impfdurchbruch diskutiert, die aber bisher nicht als epidemiologisch relevant eingeschätzt werden. Bisher wurde angenommen, dass sekundäre Impfversager die Masernviren nicht weiter verbreiten, nun zeigen einige Publikationen, z.B. aus New York (vier von ca. 80 Kontaktpersonen infiziert durch Kontakt mit einem geimpften Erkrankten) oder der Slowakei, dass dies möglicherweise doch der Fall ist. Die Ansteckungsgefahr und epidemiologische Relevanz erscheint jedoch im Vergleich zu primär Infizierten sehr viel geringer.

Frau [REDACTED] stellt abschließend erste Daten des NRZs zu untersuchten Immunglobulinen dar. Diese sind in [REDACTED] für die Indikation Postexpositionsprophylaxe nach Masernkontakt nicht mehr zugelassen, da die Titer möglicherweise nicht ausreichen. In den aktuellen STIKO-Empfehlungen wird die Gabe weiterhin empfohlen, wird jedoch aktuell diskutiert. Das NRZ hält die ermittelten Titer für ausreichend, will diese jedoch noch weiter mit bestehenden Publikationen vergleichen. Die Kommission stellt die Frage, ob es möglich ist, dass die Zulassungsbehörden Informationen zu ausreichenden Antikörpertitern bereitstellen. Bisher ist das in den USA der Fall, jedoch nicht in der EU. Die Ständige Impfkommission (STIKO) wird sich mit diesem Thema in einer MMR-Arbeitsgruppe befassen.

## **TOP 6**

Frau [REDACTED] vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG NRW) hält einen Vortrag zu Möglichkeiten und Herausforderungen bei Impfungen in Einrichtungen für Asylsuchende und Flüchtlinge. Dem Bundesland Nordrhein-Westfalen (NRW) werden gemäß den Verteilungsquoten des Königsteiner Schlüssels 21 % der Asylsuchenden/Flüchtlinge zugewiesen. Damit hat NRW die höchste Quote in Deutschland, gefolgt von Bayern (15 %) und Baden-Württemberg (13 %). Die Anzahl der Asylbewerber in NRW ist in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Waren es im Jahr 2007 noch 5.140 Asylbewerber, so stieg die Zahl im Jahr 2014 auf ca. 38.000 an. Die Prognose für das Jahr 2015 liegt bei > 50.000. Dabei kommen die meisten der Asylbewerber aus dem Kosovo (25 %), Syrien bzw. der Arabischen Republik (19 %) und aus Albanien (11 %).

In NRW erfolgt zunächst eine Unterbringung für maximal 2 Tage in einer Erstaufnahme-Einrichtung (EAE) in Bielefeld oder Dortmund, wobei in 2015 eine Ausweitung der Erstaufnahmekapazitäten erfolgen musste. Danach werden die Asylbewerber bis zu 2 Wochen in einer von 19 Zentralen

Unterbringungseinrichtungen (ZUE) beherbergt, bevor sie dann dauerhaft in kommunalen Einrichtungen untergebracht werden.

Das Verfahren zur Anmeldung/Aufnahme gliedert sich in Teilschritte: Zuerst erfolgt die Anmeldung bei der Zentralen Ausländerbehörde (ZAB) in Bielefeld oder Dortmund. Dort werden persönliche Daten erhoben, der Asylantrag gestellt und ein Fragebogen zum gesundheitlichen Zustand ausgefüllt. Des Weiteren wird eine Thorax-Röntgenaufnahme zum Ausschluss von Tuberkulose (Tbc) angefertigt; bei gesundheitlichen Beschwerden erfolgt eine ärztliche Untersuchung. Oftmals traten impfpräventable Krankheiten in den Asylbewerberunterkünften auf, so bspw. Masern, Mumps oder Varizellen.

Da seit September 2014 die Flüchtlingszahlen stark gestiegen sind, waren die EAE in Bielefeld und Dortmund überfordert – es mussten kurzfristig Notunterkünfte zur Vermeidung von Obdachlosigkeit geschaffen und das Personal der Landesbehörden verstärkt werden. Die Unterbringung in verschiedenen EAE bzw. ZUE begünstigt die Transmission von Infektionen. Um die Situation zu verbessern wurden verschiedene Maßnahmen getroffen: Riegelungsimpfungen, (Schutz-)Isolierung von Risikopersonen und Erkrankten, serologische Untersuchungen und Transferstopps. Als Folge dieser Maßnahmen wurden teilweise ZUE geschlossen, und damit die Unterbringungskapazität erheblich reduziert. Aufnahmestopps für Asylbewerber in NRW ergaben danach wiederum eine höhere Anzahl an Asylbewerbern.

Um die Situation zu verbessern, wurden in NRW die Unterbringungskapazitäten erweitert. Weiterhin wurde im Asylverfahrensgesetz (Bestimmung des Gesundheitsministeriums (MGEPA) zum Umfang der Gesundheitsuntersuchungen von Asylbegehrenden in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften [§ 62 AsylVfG vom 07.10.2014]) der Umfang der medizinischen Untersuchung, der Zeitraum in dem diese erfolgen soll, die Verpflichtung zur Dokumentation von Ergebnissen und Maßnahmen und die Finanzierung festgelegt. Bei der medizinischen Untersuchung wird das Impfangebot als Angebotspflicht der Einrichtung angesehen; es besteht mindestens aus

- für Kinder ab 8 Wochen: Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Hib, Polio,
- für Kinder ab 11. Monat zusätzlich: Masern, Mumps, Röteln, Varizellen,
- für Erwachsene: Masern, Mumps, Röteln, Diphtherie, Polio.

Ggf. ist durch eine serologische Untersuchung die Feststellung einer Immunität gegen spezifische Erreger möglich, eine Impfung wäre dann nicht mehr notwendig. Im Vergleich zu den Impfempfehlungen der STIKO ist dieser festgelegte Impfkatalog als Mindestangebot zu verstehen. Die Untersuchungen in den Aufnahmeeinrichtungen sollen so früh wie möglich erfolgen und Untersuchungsergebnisse sowie vorgenommene Impfungen sind lückenlos zu dokumentieren. Das erweiterte Impfangebot wird mit 5,375 Mio. Euro finanziert. Sollte es in einer Einrichtung bereits zu einem Ausbruch gekommen sein, dürfen keine Verlegungen in andere Einrichtungen mehr stattfinden.

Im April 2015 wurde ein Eckpunkte-Papier entwickelt: „Gesundheitsuntersuchungen und Impfungen bei Asylbewerbern“. Dies beinhaltet u.a. Punkte zur Dokumentation von Impfungen und Untersuchungsergebnissen und zur nachhaltigen Informationsweitergabe (Impfung, Untersuchung, effektive Impfaufklärung etc.)

Weitere Lösungsansätze sind in Arbeit. So wird u.a. versucht, den Informationsfluss zwischen den beteiligten Einrichtungen, Kommunen, Gesundheitsämtern und der Bezirksregierung zu verbessern, eine einheitliche Dokumentation (IT-Lösung „e-Gesundheitsakte“) einzuführen, und Isolierungsmöglichkeiten und einheitliche Hygienestandards in den Einrichtungen zu bewirken. Auch eine risikobasierte Impfaufklärung soll ermöglicht werden. Dafür werden Aufklärungsmaterialien in verschiedenen Fremdsprachen angeboten und Dolmetscher und Sprachmittler eingesetzt. Ferner findet ein Austausch zu best practice-Methoden über eine LZG-Plattform statt.

Ausblickend stellt Frau [REDACTED] fest: Es wird weiterhin steigende Asylbewerberzahlen geben, diese sind grundsätzlich nicht planbar. Neue Not- und Entlastungsunterkünfte (Ziel: 10.000 Plätze in NRW) sollen geschaffen werden. Der ÖGD dient als Vermittler, Moderator und Berater in den Einrichtungen und in der Ärzteschaft. Eine rechtzeitige Information an das zuständige GA ist dafür

dringend notwendig. Zusätzlich ist eine Datenbasis (Daten zu durchgeführten/abgerechneten Impfungen, Ärzteneinsätzen, erreichten Impfquoten, etc.) einzurichten.

Die Kommission diskutiert die vorgestellten Inhalte.

Die Sprachbarriere bzw. die Kommunikation mit dem Patienten stellt eines der größten Probleme für die behandelnden Ärzte dar. Hier haben sich Aufklärungsmaterialien in verschiedenen Sprachen sehr gut bewährt. Hilfreich könnte sein, solche Aufklärungsmaterialien auch in einem Audioformat anzubieten, da viele der Flüchtlinge/Asylbewerber Analphabeten sind. Auch die Entwicklung einer Elektronischen Gesundheitskarte wird debattiert. Hier spielt jedoch der Datenschutz eine limitierende Rolle.

Eine weitere Schwierigkeit besteht in der Logistik der Impfungen, deren Organisation vom ÖGD und weiteren Organisationen, wie dem Deutschen Roten Kreuz, durchgeführt wird. Es wird angestrebt, so früh wie möglich mit der Impfung zu beginnen; da die Asylsuchenden aber meist nur eine kurze Zeit in einer Einrichtung verbringen, wird oft erst geimpft, wenn sie in den Kommunen angekommen sind. Mögliche Transmissionen lassen sich somit oft nicht vermeiden. Zudem ist die Impfung keine Pflicht.

Die Kommission erkundigt sich, welches Vorgehen in den übrigen Bundesländern gewählt wird. Grundsätzlich werden die Asylsuchenden zuerst in EAE untergebracht bevor sie in weitere Zwischenunterkünfte bzw. in die Kommunen kommen. Das Vorgehen unterscheidet sich jedoch. In Niedersachsen gibt es bspw. keine ZUE. Die Schwierigkeit besteht generell auch darin, dass es neben den Asylsuchenden auch illegale Einwanderer und unbegleitete Minderjährige, etc. gibt, die eine angemessene Versorgung bekommen sollten, die genauen Zahlen jedoch nicht bekannt sind.

## **TOP 5**

Der Entwurf des WHO-Berichtes 2014 wurde von Mitarbeitern der Abteilung 3 des RKIs erstellt und ging der Kommission fristgerecht zu. Der Datenstand für 2014 ist nach der SOP der Kommission der 01.03.2015 und entspricht dem Datenstand des Infektionsepidemiologischen Jahrbuchs meldepflichtiger Krankheiten für 2014. Neu im Bericht sind in Kapitel 1 zur Nationalen Verifizierungskommission Masern/Röteln die Angabe zu Kontaktdaten der Kommissionsmitglieder. In Kapitel 2 zu Strategien und Fortschritten hinsichtlich der Masern- und Rötelnelimination sind Angaben zu neuen Aktivitäten hinsichtlich der konnatalen Rötelnembryopathie hinzugekommen. Im Kapitel 3, Epidemiologie der Masern und Röteln, werden nun Angaben zu Laboratorien und zum Qualitätsmanagement, zu bestehenden Populationen und zu sporadischen Fällen mit Genotypisierung gemacht.

Die Kommissionsmitglieder diskutieren die dazu eingegangenen Kommentare. Es werden sprachliche und inhaltliche Änderungen vorgenommen:

Die Kommissionsmitglieder sind einverstanden, ihre E-Mail-Adressen in den WHO-Bericht einzutragen.

Auf S. 21 wird „Completeness of reporting“ (to national level) mit 100 % angegeben. Dieser Punkt bewertet nicht die Untererfassung, die zweifellos eine Rolle bei den Meldedaten spielt, sondern wie viele Fälle, die auf der kommunalen Ebene erfasst werden, auch auf nationaler Ebene ankommen. Aufgrund des elektronischen Systems wird angenommen, dass dies zu 100 % der Fall ist.

Auf S. 32 wird der Punkt f „Supplemental immunization activities (SIA)“ mit „no“ beantwortet. Die Kommission definiert dabei eine zusätzliche SIA als aktive regionale oder kommunale Catch-up Impfkampagnen für bestimmte Bevölkerungsgruppen. Diese wurden nach Ansicht der Kommission im Jahr 2014 nicht durchgeführt. Allerdings wird die Geschäftsstelle gebeten, bei der WHO eine genaue Definition des Begriffs „SIA“ zu erfragen. Dafür werden die zahlreichen Aktivitäten der Länder zur Verbesserung der Impfquoten auf regionaler und kommunaler Ebene unter Punkt e „Actions taken to improve the level of immunization coverage in selected territories and/or in high risk subpopulations in the year under review“ dargestellt. Hier sollen noch die von der STIKO empfohlenen Nachholimpfungen für Kinder und Jugendliche und Erwachsene eingetragen werden.



Bei Masern und Röteln wird jeweils die Definition „interrupted endemic transmission“ angegeben, obwohl eine eindeutige Definition dieses Begriffes von Seiten der WHO nicht vorgeschlagen wird. Die Kommission definiert dies als eine Unterbrechung von Transmissionsketten, bevor diese 12 Monate andauern (im Sinne der Definition der „endemischen Transmission“), ohne dass die Verifizierung einer Elimination bereits eingetreten ist. Die Geschäftsstelle wird gebeten, die WHO nach einer Definition der WHO zu fragen.

Die Geschäftsstelle wird einen zusammenfassenden Bericht der Erkenntnisse der Kommission nach Abstimmung und Freigabe der Kommission an das BMG zur Kenntnis versenden.

Der Bericht wird einstimmig von den anwesenden Kommissionsmitgliedern angenommen (5/5 anwesenden Stimmen).

## **TOP 7**

Bei einem Treffen von ECDC und WHO im März 2015 in Kopenhagen wurden u.a. die Rolle und Aufgaben der Nationalen Verifizierungskommissionen diskutiert. Die beiden Punkte

- advocate for strengthening measles and rubella elimination programmes
- encourage their authorities to implement appropriate strategies and monitoring progress towards elimination goals (Präsentation, Shahin Huseynov "Roles and responsibilities of national verification committees, Folie 3, Responsibilities of NVC)

werden in der Kommission diskutiert, ob sich dadurch die Aufgaben der Kommission erweitern und somit eine Änderung der Geschäftsordnung nötig ist. Es wird darüber abgestimmt, ob die Geschäftsordnung geändert werden soll. 3 Mitglieder stimmen für ja, 2 Mitglieder enthalten sich. Somit entscheidet sich die Kommission für eine Änderung der Geschäftsordnung hinsichtlich der oben angegebenen Punkte.

Die Geschäftsstelle wird einen Entwurf für einen zusätzlichen Passus für die Geschäftsordnung verfassen, mit dem Rechtsreferat des RKIs diskutieren und zur Kommentierung an die Kommissionsmitglieder schicken. Bei der nächsten Sitzung soll dann darüber abgestimmt werden.

Die nächste Sitzung der Kommission findet am 11.12.2015 um 11.00 Uhr in Berlin, im Robert Koch-Institut statt.

Die Geschäftsstelle bittet um Vorschläge für Vorträge oder Diskussionspunkte für die kommende Sitzung. Vorschläge dazu auf der Sitzung sind:

- Einladung des Datenschutzbeauftragten des RKIs, Herrn Lekschas, um über den Datenschutz bzgl. einer Verlinkung von Labordaten sowie einer Vertrauensstelle von NRZ MMR und RKI zu sprechen
- Einladung eines Mediziners aus Bayern oder aus den Niederlanden, die mit Impferinnerungssystemen arbeiten und von ihren Erfahrungen berichten können
- Erstellung einer Zusammenfassung über aktuell durchgeführte Aktivitäten bzw. Maßnahmen im Bereich Impferinnerungssysteme / Maßnahmen zur Impfstärkung allgemein durch die BZgA

Ende der Sitzung: Gegen 17:00 Uhr

Berlin, 11.12.2015 (nach finaler Abstimmung auf der sechsten Sitzung der Kommission)

gez. [REDACTED]  
Vorsitzender der Kommission

gez. Dr. [REDACTED]  
Geschäftsstelle der Kommission am RKI