

ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

10
2025

6. März 2025

Epidemiologisches Bulletin

**Die Masernimpfpflicht – eine
Erfolgsgeschichte?**

Inhalt

Die Masernimpfpflicht – eine Erfolgsgeschichte? 3

Im November 2024 führte das Robert Koch-Institut (RKI) im Rahmen eines Forschungsprojekts zur Evaluation der Masernimpfpflicht den Workshop „Die Masernimpfpflicht – eine Erfolgsgeschichte?“ durch. Anlass war die Frage, ob fünf Jahre nach Verabschiedung des Masernschutzgesetzes 2019 die Nachweispflicht über die Masernimpfung als erfolgreiche Public-Health-Maßnahme gelten kann. Der Tagungsbericht beschreibt, wie gemeinsam mit Akteurinnen und Akteuren aus dem Öffentlichem Gesundheitsdienst sowie aus Wissenschaft, Politik und Praxis an zwei Tagen Daten diskutiert, Erfahrungen ausgetauscht und in Gruppen Fragen zur Zukunft der Masernimpfpflicht bearbeitet wurden.

The measles vaccination mandate – a success story?

In November 2024, the Robert Koch Institute (RKI) held the workshop “The measles vaccination mandate – a success story?” as part of a research project to evaluate the measles vaccination mandate. The purpose was to discuss whether five years after the adoption of the Measles Protection Act in 2019, the mandatory proof of a vaccination against measles can be considered a successful public health measure. The conference report describes how over the course of two days, data, experiences and the future of the measles vaccination mandate were discussed. Among the participants of the workshop were stakeholders from public health service, research, politics and medical practice.

(Article in German)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 9. Woche 2025 9

Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen: Dezember 2024 12

Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Telefon: 030 18754-0
E-Mail: EpiBull@rki.de

Redaktion

Dr. med. Jamela Seedat
(Ltd. Redakteurin)
Dr. med. Maren Winkler
(Stellv. Redakteurin)

Redaktionsassistentz

Nadja Harendt

Allgemeine Hinweise/Nachdruck

Die Ausgaben ab 1996 stehen im Internet zur Verfügung:
www.rki.de/epidbull

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



ISSN 2569-5266



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Die Masernimpfpflicht – eine Erfolgsgeschichte?

Tagungsbericht vom RKI-Workshop 2024

Zusammenfassung

Vom 25. bis 26. November 2024 hat das Robert Koch-Institut (RKI) im Rahmen eines Forschungsprojekts zur Evaluation der Masernimpfpflicht den Workshop „Die Masernimpfpflicht – eine Erfolgsgeschichte?“ durchgeführt. Gemeinsam mit Akteurinnen und Akteuren aus Öffentlichem Gesundheitsdienst, Wissenschaft, Politik und Praxis wurden an zwei Tagen Daten diskutiert, Erfahrungen ausgetauscht und in Gruppen Fragen zur Zukunft der Masernimpfpflicht bearbeitet.

Anlass für den Workshop war die Frage, ob zum jetzigen Zeitpunkt, d. h. fünf Jahre nach Verabschiedung des Masernschutzgesetzes, die Nachweispflicht über die Masernimpfung als erfolgreiche Public-Health-Maßnahme gelten kann. Hierfür wurden u. a. die zentralen Ergebnisse aus dem RKI-Forschungsprojekt zur Evaluation der Masernimpfpflicht vorgestellt, darunter erstmals neue Daten zu den aktuellen Masernimpfquoten sowie Längsschnittdaten zu den Auswirkungen der Impfpflicht auf die betroffenen Eltern.

Die Teilnehmenden diskutierten über den bisherigen Erfolg der Impfpflicht und entwickelten Verbesserungsvorschläge für die Zukunft. Sie waren sich einig, dass die Umsetzung der Impfpflicht mit einigen größeren Herausforderungen verbunden war. Gleichzeitig nahmen sie wahr, wie sehr sich die verschiedenen Akteurinnen und Akteure engagierten, die Impfpflicht positiv zu gestalten und konstruktiv umzusetzen. Konsens bestand darin, dass die Kapazitäten in Gesundheitsämtern für die Umsetzung gestärkt werden müssen. Der Workshop zeigte eindrucksvoll, dass großes Interesse und Offenheit besteht, interdisziplinär und intersektoral, d. h. mit Akteurinnen und Akteuren aus verschiedensten Bereichen, über die Impfpflicht zu diskutieren. Alle Teilnehmenden eint und motiviert der Public-Health-Gedanke – der Schutz der Bevölkerung vor Masern. Dieser Workshop war eine wichtige erste Gelegenheit, Lehren aus der Masernimpfpflicht zu

diskutieren und hat noch einmal gezeigt, welchen Stellenwert die Evaluation von Maßnahmen hat. Es wurden zentrale Verbesserungsvorschläge für die Masernimpfpflicht identifiziert und damit auch ein Auftrag für die weitere Evaluation der Impfpflicht gegeben.

Complexity Perspective: Die Impfpflicht als Intervention im gesellschaftlichen Kontext

Die Konzeption des Workshops orientierte sich an der *Complexity Perspective*, d. h. der Idee, dass auch eine scheinbar „einfache“ Public-Health-Intervention wie eine Impfpflicht eine Vielzahl von Auswirkungen und Wechselwirkungen haben kann.¹ Die Impulse während des Workshops spiegelten diese Komplexität wider.

Epidemiologie der Masern: *Measles Anywhere is a Threat Everywhere*

Der Workshop startete mit einer Präsentation von Dorothea Matysiak-Klose (RKI), die Daten zur Masernepidemiologie in Deutschland vorstellte. Masern sind nach wie vor ein relevantes Public-Health-Problem.² Gerade bei lokal geringeren Impfquoten kommt es auch in Deutschland immer wieder zu teilweise größeren Ausbrüchen, so z. B. Anfang 2024 in Berlin oder 2023 in Halle. Im Vortrag wurde betont, dass es nationale und internationale Anstrengungen braucht, um die Ausbreitung der hochansteckenden Masern einzudämmen. Internationale Gesundheitsbehörden wie die Weltgesundheitsorganisation beschreiben diesen Zusammenhang als *Measles Anywhere is a Threat Everywhere*.³ Frau Matysiak-Klose erläuterte: „Eine nationale Impfpflicht wird daher immer nur einen Teil des Problems adressieren können“.

Das Gesetz: Eine strikt konzipierte, verfassungskonforme Nachweispflicht

Vor dem Hintergrund wiederholter Masernausbrüche und dem Eindruck, dass andere Mittel zur Impfquotensteigerung nicht ausreichten, wurde 2019 das Masernschutzgesetz beschlossen.⁴ Dies

legt fest, dass u. a. Kinder, die mindestens ein Jahr alt sind und in einer Gemeinschaftseinrichtung (z. B. Kita, Schule) betreut werden, sowie nach 1970 geborene Beschäftigte in Gemeinschafts- oder Gesundheitseinrichtungen einen Masernschutz nachweisen müssen. Das bedeutet, dass entweder zwei Masernimpfstoffdosen oder eine labordiagnostisch bestätigte Erkrankung nachgewiesen werden müssen. Ausgenommen sind nur Personen, bei denen medizinische Kontraindikationen vorliegen. Wer keinen Masernschutz nachweist, kann nicht in die Kita aufgenommen werden, in der Schule drohen Bußgelder. Ohne entsprechenden Nachweis dürfen Beschäftigte außerdem nicht in den betroffenen Einrichtungen arbeiten. Hauke Krebs (Bundesministerium für Gesundheit, BMG) betonte, dass die Anpassungen durch das Masernschutzgesetz, deren Verfassungskonformität höchstrichterlich bestätigt wurde, eine Nachweispflicht definieren, jedoch keine Zwangsimpfungen vorsehen. Allerdings, so führte Herr Krebs aus, „kann eine Missachtung der Nachweispflicht zu Tätigkeits-, Beschäftigungs- oder Betreuungsverboten führen“. Eine Übersicht über unterschiedliche Formen einer Impfpflicht findet sich auch hier.⁵

Der Kontext: historisch, ethisch, national

Gesellschaftshistoriker Malte Thießen (Landschaftsverband Westfalen-Lippe-(LWL)-Institut für westfälische Regionalgeschichte) machte den spezifischen Kontext der Masernimpfpflicht deutlich, indem er die historischen Erfahrungen mit Impfpflichten in Deutschland skizzierte.⁶ So galt vom Kaiserreich bis in die Bundesrepublik über 100 Jahre eine Pockenimpfpflicht – und zwar bis in die 1940er-Jahre hinein in mehreren Fällen auch als Zwangsimpfung. Der Vortrag verdeutlichte, dass sich Impfpflichten zumindest in Deutschland im Rückblick häufig als „stumpfes Schwert“ erwiesen und in ihrer Wirksamkeit durch effektive Kommunikationsmaßnahmen häufig übertroffen wurden. Herr Thießen verwies auf Parallelen mit den Erfahrungen und Diskussionen um Impfpflichten damals und heute, auch etwa bei der Mobilisierung von Impfgegnern. „Geschichte wiederholt sich nicht, aber sie reimt sich“ kommentierte er diese Tatsache.

Die Impfpflicht steht auch im Kontext ethischer Überlegungen.⁷ Wolfram Henn (Universität des

Saarlandes, Homburg/Saar) gab Einblicke in die Perspektive der Medizinethik auf die Masernimpfpflicht: „Mit Impfungen schützen wir nicht nur uns selbst und andere, sondern auch die nächste Generation. Sie erlebt die Erkrankungen, die zurückgedrängt wurden, kaum mehr“.⁸ Er argumentierte dafür, dass Eltern auch eine moralische Verpflichtung hätten, ihre Kinder impfen zu lassen.

Die Impfpflicht steht auch in einem nationalen Kontext: Andrea Grisold (Medizinische Universität Graz) veranschaulichte die Situation im Nachbarland Österreich, in dem es trotz deutlich höherer Maserninzidenzen bisher keine Impfpflicht gibt. Die Entscheidung für eine Impfpflicht ist letztlich eine politische.

Die Umsetzung: pandemiebedingte Verzögerungen und mühsame Bearbeitung

Einen zentralen Diskussionspunkt des Workshops stellten die bisherigen Erfahrungen derjenigen dar, die mit der Umsetzung des Masernschutzgesetzes im Alltag beschäftigt sind, insbesondere Gesundheitsämter, Einrichtungsleitungen und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte.

Eine Haupteckdaten aus qualitativen Experteninterviews in Gesundheitsämtern (durchgeführt in den Jahren 2021 und 2022, siehe auch)^{9,10} und aus der sich anschließenden Diskussion war, dass die Umsetzung der Masernimpfpflicht durch die Coronavirus Disease 2019-(COVID-19-)Pandemie erheblich verzögert wurde. Nora Schmid-Küpke (RKI) berichtete hierzu, dass sich viele Gesundheitsämter erst dann mit der Impfpflicht beschäftigen konnten, als die Pandemie nachließ. Da Einrichtungen nicht zur Nullmeldung verpflichtet sind, fehlte den Gesundheitsämtern zudem der Überblick darüber, von welchen Einrichtungen Meldungen ausstanden. Sie hatten den Eindruck, dass manche Einrichtungen nicht über die Impfpflicht Bescheid wussten oder mit der Umsetzung überfordert waren. Dies betraf insbesondere die Überprüfung von Attesten, die in den Einrichtungen meist von Laien übernommen wurde. Dementsprechend verzögerte sich auch das Verhängen von Sanktionen, da Verwaltungsvorgänge nicht abgeschlossen oder fehlende Nachweise noch nicht gemeldet worden waren.

Diesen Eindruck bestätigte auch Martina Littmann (Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern), die aus einer Umfrage in den Gesundheitsämtern in Mecklenburg-Vorpommern berichtete: „Fast alle beteiligten Gesundheitsämter hatten Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Maßnahmen“. Sie empfanden, so Frau Littmann, den Aufwand der Nachverfolgung als hoch und hinterfragten den Nutzen angesichts einer geringen Krankheitslast in Mecklenburg-Vorpommern und der bestehenden Personalengpässe in den Gesundheitsämtern.

Weitere relevante Herausforderungen waren die anfangs unklaren Zuständigkeiten und fehlenden Dokumentvorlagen, die zu rechtlichen Unsicherheiten und einer Heterogenität bei der Umsetzung führten. Beispielsweise variierte die Höhe der ausgesprochenen Bußgelder von Landkreis zu Landkreis. Aus juristischer Perspektive ist es zwar üblich, dass die Bußgeldhöhe vom Amt vor Ort entschieden werden, diskutiert wurde allerdings, ob die zuständigen Ämter die notwendigen Abwägungen überhaupt vornähmen. „Dieser Flickenteppich der Umsetzung und die unterschiedliche Handhabung, beispielsweise von Bußgeldern, ist den Bürgerinnen und Bürgern nur schwer zu vermitteln“, so Verhaltenswissenschaftlerin Nora Schmid-Küpke.

Ein weiteres Kernergebnis der qualitativen Interviews war die fehlende digitale Ausstattung der Gesundheitsämter, die bei den Meldungen zu einem großen Bearbeitungsaufwand führte. Auch die Teilnehmenden des Workshops berichteten von manuellen Lösungen mithilfe von Excellisten. Demgegenüber standen einige Gesundheitsämter, die digitale Lösungen nutzen konnten. Hier zeigten sich einmal mehr die großen lokalen Unterschiede bei der Umsetzung und die teils sehr konträren Erfahrungen.

Die Interviews mit den Gesundheitsämtern ergaben auch, dass Gefälligkeitsatteste und Begegnungen mit impfkritischen Eltern zwar Einzelfälle darstellten, in ihrer Bearbeitung aber sehr aufwendig waren. Impfgegnerinnen und Impfgegner, so beschrieben die Gesundheitsämter, fänden immer neue Wege, Impfungen zu verzögern oder zu umgehen. Katrin Heine (Gesundheitsamt Merzig-Wadern) berichtete hierzu beispielhaft vom Fall eines 8-jäh-

rigen Jungen mit angegebener Impfunfähigkeit aufgrund von multiplen Allergien: „Der Fall dauerte aus verschiedenen Gründen in der Bearbeitung anderthalb Jahre und beinhaltete über 20 Kontakte zwischen Gesundheitsamt und Eltern sowie den beteiligten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten“.

Wahrnehmung und Reaktion der Betroffenen: überwiegend positiv, Ärger führt zu Nicht-Impfung

Hierzu stellte Julia Neufeind (RKI) die Ergebnisse der LEIA-Studie (Längsschnittstudie zur Evaluation der Impfakzeptanz unter dem Masernschutzgesetz) vor; ein Teil der Ergebnisse findet sich hier.¹¹ In dieser Studie wurden – spiegelbildlich zu den Interviews mit Gesundheitsämtern – über anderthalb Jahre von der Impfpflicht betroffene Eltern befragt (August 2020 bis Januar 2022, sechs Erhebungszeitpunkte).

Auch hier zeigte sich, dass die COVID-19-Pandemie die Masernimpfpflicht in den Hintergrund drängte. Viele betroffene Eltern wiesen erhebliche Wissenslücken auf, insbesondere hinsichtlich der konkreten Auswirkungen der Impfpflicht: Ab wann gilt sie und für wen? Welche Konsequenzen drohen, wenn kein Nachweis erbracht wird? Ein möglicher Erklärungsansatz liegt darin, dass pandemiebedingt keine ausreichende Kommunikation zur Masernimpfpflicht stattfand. Diese Interpretation wird durch die Erfahrungen der Gesundheitsämter gestützt, die ebenfalls von Unsicherheiten und Umsetzungsproblemen auf allen Ebenen berichteten.

Dass sich die Umsetzung der Masernimpfpflicht verzögerte, erlebten auch die Eltern. Zum Erhebungszeitpunkt im Januar 2022 hatten etwa ein Drittel der Befragten noch keinen Nachweis erbringen müssen. Wo Nachweise abgefragt wurden, konnten sie dann auch meist erbracht werden. Eltern erlebten daher kaum Sanktionen wie Kitaausschluss oder die Verhängung von Bußgeldern.

Die Reaktion der Betroffenen auf die Impfpflicht war überwiegend kooperativ. Etwa 60 % der Eltern standen der Masernimpfpflicht positiv gegenüber und der Anteil der zweifach geimpften Kinder nahm über die Zeit zu. Damit bekräftigen diese Ergebnisse die Wahrnehmung der Gesundheitsämter, dass

Auseinandersetzungen mit impfkritischen Eltern Einzelfälle blieben.

Die Befragungsdaten zeigten jedoch auch, dass es bei einem Teil der Eltern zu Widerstand und Protest gegen die Impfpflicht kam. Ein relevanter Anteil der Kinder blieb ungeimpft und damit ungeschützt – trotz Impfpflicht. Etwa 10 bis 12 % der Befragten zeigten über den gesamten Erhebungszeitraum Ärger (Reaktanz) über die Impfpflicht und den Willen, sich die durch die Impfpflicht eingeschränkten Freiheiten zurückzuholen.¹² Dieser Ärger nahm über die Zeit nicht ab. Es gab zudem Hinweise darauf, dass die Reaktanz zu Ausweichbewegungen führte: Je mehr sich eine Person ärgerte, umso eher wurden andere freiwillige Impfungen der Kinder ausgelassen. Diesem Ergebnis nach kann eine Impfpflicht also nicht intendierte Konsequenzen für andere freiwillige Impfungen haben – ein Warnsignal für Public Health. Insbesondere Personen mit niedrigem Vertrauen in Institutionen zeigten sich verärgert über die Impfpflicht. Es wurde über Vertrauen als wichtige Ressource für den Staat diskutiert, da es die Compliance mit Gesetzen erhöhen kann.¹³ Verhaltenswissenschaftlerin Julia Neufeind hierzu: „Vertrauen ist eine Ressource, sie erhöht die Effizienz des Regierens. Schwierige politische Entscheidungen wie die für eine Impfpflicht werden eher unterstützt, wenn Bürgerinnen und Bürger den Institutionen vertrauen“.

Zuletzt wurde der Aspekt möglicher *Inequities*, die durch eine Impfpflicht entstehen, diskutiert. Die Ungleichheit wurde beispielsweise im unterschiedlichen Wissen über die Regularien der Impfpflicht deutlich: Je niedriger der Bildungsstand oder das Einkommen sind, desto geringer ist das Wissen. Die Impfpflicht könnte damit manche Personengruppen härter treffen als andere, da die Konsequenzen nicht gleichermaßen bekannt sind.

Effekte auf die Impfquote: Die Masern-Impfquote steigt

Ob die Masernimpfpflicht ihr Ziel (bisher) erreicht hat, lässt sich auch an der Höhe der Masernimpfquote ablesen. Thorsten Rieck (RKI) stellte hierfür die durch das RKI erhobenen Impfquoten seit Einführung der Impfpflicht vor. Der Anteil zweifach geimpfter Kinder im Alter von 24 Monaten stieg von

70 % (2019) auf 77 % (2023), bei 6-Jährigen stieg der Anteil zweifach Geimpfter von 89 % (2019) auf 92 % (2023).¹⁴ „Allerdings zeigen die Analysen auch, dass im Jahr 2023 noch 7 % der Kinder im Alter von 24 Monaten und 4 % der 6-Jährigen ungeimpft sind und damit ungeschützt bleiben“, so Herr Rieck. Die Teilnehmenden des Workshops bewerteten die Zunahmen der Impfquote im einstelligen Prozentpunktbereich sehr unterschiedlich: Einige fragten sich, ob der Aufwand hier den Nutzen rechtfertigt, andere interpretierten die Zunahme als klaren Erfolg. Einen Hinweis darauf, dass die Impfquoten bei anderen freiwilligen Impfungen bisher gesunken sind, findet sich in diesen Daten nicht. Dieser Befund steht damit im Gegensatz zu den Ergebnissen aus der Längsschnittstudie mit Eltern (LEIA-Studie, s. o.).

Weitere Themen aus den Diskussionen und Verbesserungsvorschläge

Neben den oben dargestellten Hauptthemen zeichneten sich im Verlauf des Workshops Querschnittsthemen ab. Es wurde deutlich, dass die Impfpflicht nur eine von mehreren Komponenten sein kann, um die Maserninzidenz zu senken. Alle Teilnehmenden waren sich einig, dass der Kommunikation eine große Bedeutung beikomme. Es bleibe wichtig zu vermitteln, dass die Impfungen Menschen schützen, also etwas Positives für die Gesellschaft bewirken sollen – das gehe manchmal verloren, wenn man nur über „Pflichten“ spreche. In diesem Zusammenhang wurde vielfach auf die Zielgruppe der sozial benachteiligten und schwer erreichbaren Menschen hingewiesen. Diese Zielgruppen gelte es – auch kommunikativ – besser zu adressieren. Schließlich wurde in den Diskussionen auch deutlich, dass die Masernelimination als Ziel aller Maßnahmen nur in internationaler Kooperation erreicht werden kann – eine nationale Impfpflicht also nur bedingt hilft.

Weitere Verbesserungsvorschläge für die Impfpflicht umfassten die Einführung einer Nullmeldung für Einrichtungen, sodass Gesundheitsämter einen besseren Überblick über betroffene Einrichtungen und fehlende Nachweise haben. Die Teilnehmenden waren sich einig, dass ausschließlich ärztliches Personal in Gesundheitsämtern die Überprüfung der Atteste übernehmen sollte, statt Laien

in Einrichtungen, die damit vielfach überfordert sind. Es gab den Wunsch nach einer bundesländerübergreifenden Harmonisierung von Vorlagen und Bußgeldern i. S. eines einheitlichen Verwaltungshandelns. Die Teilnehmenden regten diesbezüglich an, die Digitalisierung in den Ämtern zu verbessern, vor allem im Hinblick auf eine einheitliche Software zur Erfassung fehlender Nachweise. Der Staat solle außerdem härter durchgreifen, wenn Ärztinnen und Ärzte falsche Atteste über Impffähigkeiten ausstellen.

Fazit: Teilerfolg der Masernimpfpflicht nach fünf Jahren

Das abschließende Fazit der Teilnehmenden des Workshops war gemischt: Die Masernimpfquoten sind trotz COVID-19-Pandemie und Anlaufschwierigkeiten gestiegen. Hier liegt der klare Nutzen der Impfpflicht. Möglicherweise hat die Masernimpfpflicht auch zu einer verstärkten Wahrnehmung der Masernimpfung und anderer Impfungen in der Öffentlichkeit geführt. Gleichzeitig verursachte die Impfpflicht Kosten, darunter die Verärgerung von Teilen der Bevölkerung. Der Widerstand gegen die Masernimpfung führte zu teils erheblichem Aufwand für die Behörden, die mit der Umsetzung sowieso schon belastet waren. Nach wie vor besteht die

Sorge, dass Eltern sich als Reaktion auf die Impfpflicht gegen andere (freiwillige) Impfungen entscheiden könnten. Ebenfalls berücksichtigt werden muss die mögliche Verstärkung von *Inequities*, wenn die Impfpflicht durch Sanktionen manche Personengruppen besonders hart trifft.

Abschließend lässt sich also von einem Teilerfolg der Impfpflicht sprechen. Um die Erfolgsaussichten der Impfpflicht in den nächsten fünf Jahren zu verbessern, muss noch einiges getan werden. Der Workshop hat hier verschiedene Ansatzpunkte aufgezeigt, die dazu beitragen könnten.

Teilnehmende

Insgesamt nahmen ca. 40 Personen an dem Workshop teil. Vertreten waren Mitarbeitende aus Gesundheitsämtern, Landesgesundheitsbehörden, Landesgesundheitsministerien, dem BMG, dem Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG, ehemals BZgA), dem Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), dem Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD), Kitaleitungen, der Wissenschaft, der Nationalen Verifizierungskommission für Masern/Röteln (NAVKO) sowie der österreichischen Masern-Röteln-Verifizierungskommission, dem Deutschen Ethikrat (ehemals) und des RKI.

Literatur

- 1 Rohwer A, Pfadenhauer L, Burns J, Brereton L, Gerhardus A, Booth A, et al. Series: Clinical Epidemiology in South Africa. Paper 3: Logic models help make sense of complexity in systematic reviews and health technology assessments. *J Clin Epidemiol*. 2017;83:37-47.
- 2 O'Connor P, Masresha B, Pastor D, Musa N, Hagan J, Khanal S, et al. Global Status Report for the Verification of Measles and Rubella Elimination, 2022. *Vaccines (Basel)*. 2024;12(8).
- 3 Nearly 40 million children are dangerously susceptible to growing measles threat [press release]. WHO, CDC.2022.
- 4 Bundestag. Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz). *Bundesgesetzblatt*. 2020(6).
- 5 MacDonald NE, Harmon S, Dube E, Steenbeek A, Crowcroft N, Opel DJ, et al. Mandatory infant & childhood immunization: Rationales, issues and knowledge gaps. *Vaccine*. 2018;36(39):5811-8.
- 6 Thießen M. Immunisierte Gesellschaft. Impfen in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung; 2021. 400 p.
- 7 Deutscher Ethikrat. Impfen als Pflicht? Stellungnahme. 2019.

- 8 Atzinger L, Henn W. A classification of the aims of vaccination and its relevance to transgenerational justice. *J Glob Health*. 2020;10(1):010341.
- 9 Werdin S NJ. The implementation of a new measles vaccine mandate in Germany: A qualitative study in local health departments *Plos One*. 2024;25(19):6.
- 10 Schmid-Küpke N KL, Rehfuess E, Wichmann O, Neufeind J. Evaluation der Umsetzung der COVID-19- und Masern-Impfpflichten in Gesundheitsämtern und Gesundheitseinrichtungen: Zwei Fallstudien. *Bundesgesundheitsblatt*. 2025;in press.
- 11 Neufeind J, Schmid-Küpke N, Rehfuess E, Betsch C, Wichmann O. How a generally well-accepted measles vaccine mandate may lead to inequities and decreased vaccine uptake: a preregistered survey study in Germany. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1846.
- 12 Brehm JW. *A theory of psychological reactance*. Oxford, England: Academic Press; 1966. x, 135-x, p.
- 13 Eurofund. *Societal change and trust in institutions*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018.
- 14 Rieck T SA, Feig M, Rau C. Impfquoten in Deutschland – aktuelle Ergebnisse aus dem RKI-Impfquotenmonitoring. *Epid Bull* 2024;50:3-10. DOI 10.25646/12956.3

Autorinnen und Autoren

Dr. Julia Neufeind | Nora Schmid-Küpke |
Dr. Thomas Harder

Robert Koch-Institut, Abt. 3 Infektionsepidemiologie,
FG 33 Impfprävention, STIKO

Korrespondenz: NeufeindJ@rki.de

Vorgeschlagene Zitierweise

Neufeind J, Schmid-Küpke N, Harder T: Die Masernimpfpflicht – eine Erfolgsgeschichte? Tagungsbericht vom RKI-Workshop 2024

Epid Bull 2025;10:3-8 | DOI 10.25646/13034

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und der Autor geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Wir bedanken uns bei allen Referentinnen und Referenten für ihre Beiträge sowie bei den Teilnehmenden des Workshops für ihr Engagement.

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

9. Woche 2025 (Datenstand: 5. März 2025)

Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	9.	1.-9.	1.-9.	9.	1.-9.	1.-9.	9.	1.-9.	1.-9.	9.	1.-9.	1.-9.	9.	1.-9.	1.-9.
Baden-Württemberg	25	419	449	7	89	118	6	54	35	140	2.261	1.190	32	334	165
Bayern	43	622	698	9	131	144	2	38	26	300	2.880	3.347	57	540	353
Berlin	17	222	273	4	50	71	1	26	8	95	1.091	1.929	40	252	145
Brandenburg	16	195	213	8	37	60	2	21	14	143	1.313	1.678	119	739	237
Bremen	4	58	32	0	3	6	3	11	1	27	140	114	1	15	12
Hamburg	3	138	156	1	18	31	1	17	3	31	406	797	12	154	61
Hessen	21	364	363	10	93	60	12	76	21	144	1.739	887	35	395	251
Mecklenburg-Vorpommern	10	166	136	5	25	62	5	30	20	78	819	685	39	170	69
Niedersachsen	27	476	533	2	87	156	4	77	94	204	2.187	1.842	108	827	200
Nordrhein-Westfalen	61	1.321	1.369	17	229	221	19	165	131	600	6.073	4.973	98	993	490
Rheinland-Pfalz	25	351	327	4	70	50	2	34	14	188	1.600	923	32	318	123
Saarland	2	83	96	0	10	11	1	11	2	17	437	233	15	162	64
Sachsen	45	382	476	4	108	104	3	39	36	284	2.652	2.369	133	543	306
Sachsen-Anhalt	22	198	178	2	62	67	0	16	17	128	1.323	1.128	65	467	72
Schleswig-Holstein	6	193	193	2	25	34	3	37	30	67	605	940	10	148	144
Thüringen	21	195	224	4	74	164	5	18	16	167	1.091	1.050	29	352	355
Deutschland	348	5.383	5.716	79	1.111	1.359	69	670	468	2.613	26.617	24.085	825	6.409	3.047

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	9.	1.-9.	1.-9.	9.	1.-9.	1.-9.	9.	1.-9.	1.-9.	9.	1.-9.	1.-9.	9.	1.-9.	1.-9.
Baden-Württemberg	1	19	21	54	367	449	24	186	210	9	89	116	3.236	26.346	20.968
Bayern	3	32	14	65	605	776	33	259	305	5	84	117	6.795	57.397	40.021
Berlin	3	11	8	33	264	275	10	92	92	4	53	46	1.464	11.688	5.051
Brandenburg	0	10	15	3	54	73	1	23	33	1	10	20	2.136	13.272	6.055
Bremen	0	3	1	5	49	74	3	17	29	4	16	13	182	937	689
Hamburg	1	8	3	29	229	250	2	52	64	6	35	43	1.201	7.224	3.241
Hessen	1	13	12	26	266	354	7	112	128	7	79	69	2.173	16.270	10.177
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	5	4	22	44	3	15	23	1	7	9	1.587	8.662	5.130
Niedersachsen	2	21	14	43	301	458	22	141	170	3	41	35	3.810	21.724	10.400
Nordrhein-Westfalen	5	26	53	95	817	1.029	30	354	446	15	138	159	6.439	51.131	25.393
Rheinland-Pfalz	1	10	5	25	237	314	11	66	69	5	37	34	2.020	12.994	9.061
Saarland	1	5	3	5	49	72	7	25	39	0	6	8	325	2.466	1.337
Sachsen	0	4	5	7	66	78	10	40	47	1	7	27	4.125	33.686	17.759
Sachsen-Anhalt	0	2	3	12	70	61	3	19	31	1	16	13	3.638	19.369	10.547
Schleswig-Holstein	0	0	5	8	100	127	8	61	74	2	18	14	1.459	7.641	3.626
Thüringen	0	5	2	2	33	37	2	30	18	2	14	17	1.966	13.682	7.135
Deutschland	18	170	169	416	3.529	4.471	176	1.492	1.778	66	650	740	42.556	304.489	176.590

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	9.	1.–9.	1.–9.	9.	1.–9.	1.–9.	9.	1.–9.	1.–9.	9.	1.–9.	1.–9.	9.	1.–9.	1.–9.
Baden-Württemberg	1	7	5	1	1	9	0	0	0	24	254	304	71	708	642
Bayern	2	4	8	3	15	10	0	0	0	28	403	398	147	1.457	823
Berlin	0	3	16	0	4	7	0	0	0	3	66	33	33	269	250
Brandenburg	0	1	1	0	2	0	0	0	0	11	93	102	19	160	112
Bremen	0	1	0	0	1	2	0	0	0	2	8	6	6	18	17
Hamburg	1	2	4	0	2	2	0	0	0	1	42	33	5	101	103
Hessen	0	9	5	0	4	10	0	1	0	10	135	54	9	161	153
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	54	7	6	59	51
Niedersachsen	0	0	3	0	7	6	0	0	0	4	148	59	30	294	264
Nordrhein-Westfalen	2	8	28	4	17	25	0	1	0	22	294	226	82	745	547
Rheinland-Pfalz	1	2	2	0	1	7	0	0	1	7	122	65	11	181	118
Saarland	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	49	17	1	34	22
Sachsen	0	1	12	0	2	1	0	0	0	6	159	68	61	463	409
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	2	0	0	0	24	204	32	1	31	34
Schleswig-Holstein	0	0	0	1	3	6	0	0	0	2	30	18	11	109	98
Thüringen	0	1	2	0	0	1	0	0	0	24	188	114	11	72	66
Deutschland	7	39	86	9	60	88	0	2	1	180	2.249	1.536	504	4.862	3.709

Erreger mit Antibiotikaresistenz und *Clostridioides-difficile*-Erkrankung und COVID-19

	<i>Acinetobacter</i> ¹			Enterobacterales ¹			<i>Clostridioides difficile</i> ²			MRSA ³			COVID-19 ⁴		
	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024	2025		2024
	9.	1.–9.	1.–9.	9.	1.–9.	1.–9.	9.	1.–9.	1.–9.	9.	1.–9.	1.–9.	9.	1.–9.	1.–9.
Baden-Württemberg	3	16	8	23	195	171	0	9	11	1	23	12	153	2.230	5.705
Bayern	1	16	21	20	200	253	2	55	32	2	21	24	198	3.418	11.882
Berlin	0	12	21	16	119	115	1	6	8	0	9	16	56	1.334	1.688
Brandenburg	0	0	4	6	41	37	1	16	21	0	6	7	70	976	1.261
Bremen	0	0	0	0	6	4	1	4	0	0	0	1	9	116	322
Hamburg	0	5	4	9	79	66	2	4	6	1	12	6	41	564	1.039
Hessen	1	7	12	18	182	215	1	17	24	2	21	18	93	1.639	4.148
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	2	3	16	20	0	11	3	0	2	1	57	790	1.384
Niedersachsen	2	7	18	9	104	140	3	28	30	0	18	27	116	1.578	3.786
Nordrhein-Westfalen	2	23	37	49	456	357	10	103	98	7	48	61	324	4.566	10.931
Rheinland-Pfalz	0	4	3	7	86	75	1	13	13	0	3	5	64	1.166	2.838
Saarland	0	1	0	3	12	10	0	2	5	0	3	3	21	323	882
Sachsen	0	1	5	3	56	35	8	58	48	0	8	15	110	2.131	3.194
Sachsen-Anhalt	0	0	3	5	44	32	0	8	15	2	11	8	54	1.045	1.533
Schleswig-Holstein	0	2	10	5	39	44	1	12	6	1	3	4	58	864	1.486
Thüringen	0	2	2	4	29	17	0	8	12	0	9	7	28	654	1.471
Deutschland	9	97	150	180	1.664	1.591	31	354	332	16	197	215	1.452	23.394	53.550

1 Infektion und Kolonisation

(*Acinetobacter* spp. mit Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen)

2 *Clostridioides-difficile*-Erkrankung, schwere Verlaufsform

3 Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*, invasive Infektion

4 Coronavirus-Krankheit-2019 (SARS-CoV-2)

Weitere ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten

Krankheit	2025		2024
	9.	1.–9.	1.–9.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	50	97
Bornavirus-Erkrankung	0	0	2
Botulismus	0	1	2
Brucellose	0	8	5
<i>Candida auris</i> , invasive Infektion	0	3	2
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	7	6
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	10	23
Denguefieber	6	152	254
Diphtherie	0	7	17
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	0	8	9
Giardiasis	32	440	475
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	45	393	424
Hantavirus-Erkrankung	3	36	76
Hepatitis D	0	8	20
Hepatitis E	73	874	825
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	5	9
Kryptosporidiose	17	296	271
Legionellose	35	335	305
Lepra	0	0	0
Leptospirose	0	28	30
Listeriose	10	86	116
Malaria	8	133	155
Meningokokken, invasive Infektion	4	72	77
Mpox	3	88	14
Nicht-Cholera-Vibrionen-Erkrankung	0	3	5
Ornithose	0	5	6
Paratyphus	0	0	9
Pneumokokken, invasive Infektion	416	2.975	2.165
Q-Fieber	2	8	14
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	5.712	32.026	34.119
Shigellose	29	328	268
Trichinellose	0	0	1
Tularämie	0	8	28
Typhus abdominalis	1	16	8
West-Nil-Fieber	0	2	2
Yersiniose	62	527	526
Zikavirus-Erkrankung	0	2	10

In der wöchentlich veröffentlichten aktuellen Statistik werden die gemäß IfSG an das RKI übermittelten Daten zu meldepflichtigen Infektionskrankheiten veröffentlicht. Es werden nur Fälle dargestellt, die in der ausgewiesenen Meldewoche im Gesundheitsamt eingegangen sind, dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden und die Referenzdefinition erfüllen (s. www.rki.de/falldefinitionen).

Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen

gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern

Berichtsmonat: Dezember 2024 (Datenstand: 1. März 2025)

	Syphilis*			HIV-Infektion			Echinokokkose			Toxoplasm., konn.		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	Dezember	Januar – Dezember		Dezember	Januar – Dezember		Dezember	Januar – Dezember		Dezember	Januar – Dezember	
Baden-Württemberg	–	–	–	27	389	337	3	38	31	0	0	8
Bayern	–	–	–	26	576	645	1	37	38	0	3	4
Berlin	–	–	–	23	279	276	0	13	16	0	0	0
Brandenburg	–	–	–	5	77	73	0	5	4	0	0	1
Bremen	–	–	–	6	70	61	0	1	1	0	0	0
Hamburg	–	–	–	19	218	230	1	11	5	0	0	0
Hessen	–	–	–	17	194	195	1	15	18	0	1	0
Mecklenburg-Vorpommern	–	–	–	4	58	52	0	1	3	0	0	0
Niedersachsen	–	–	–	14	276	293	1	12	20	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	–	–	–	43	564	614	0	27	42	0	3	1
Rheinland-Pfalz	–	–	–	10	134	142	0	5	6	0	1	0
Saarland	–	–	–	1	28	20	1	2	0	0	0	0
Sachsen	–	–	–	10	125	154	0	8	2	0	2	0
Sachsen-Anhalt	–	–	–	3	82	99	0	2	4	0	0	0
Schleswig-Holstein	–	–	–	10	123	88	0	3	7	0	0	0
Thüringen	–	–	–	2	49	52	1	2	3	0	0	1
Deutschland	–	–	–	220	3.242	3.331	9	182	200	0	10	15

(Hinweise zu dieser Statistik s. *Epid. Bull.* 41/01: 311–314)

* Derzeit stehen keine aktualisierten Daten zur Syphilis zur Verfügung.