

Affenpocken (MPX)-Impfkampagne in Deutschland: Lessons learned

Im Frühjahr 2022 kam es zu einem ersten weltweiten epidemischen Ausbruch der Affenpocken-Infektion (MPX). Die Übertragung scheint überwiegend durch direkten Hautkontakt unter Männern, die Sex mit Männern (MSM) haben, zu erfolgen. Insgesamt sind die MPX-Infektionen mittlerweile als eine weitere, im Wesentlichen sexuell übertragbare Infektionserkrankung zu betrachten.

Politisch wurde rasch gehandelt: Als Reaktion auf die rasche Zunahme der MPX-Fälle beschloss die Bundesregierung, Variola Pox Virus Impfstoffe zu erwerben (primär Jynneos®). Der Impfstoff sollte auf Grund der begrenzten Impfstoffmenge gezielt in Hochrisikogruppen und als Postexpositionsprophylaxe (PEP) bei Kontaktpersonen eingesetzt werden. Die deutsche MPX-Impfkampagne begann im Sommer 2022 und stützte sich neben den Bemühungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes umfassend auf niedergelassene infektiologische HIV-Schwerpunktzentren sowie Klinikambulanzen. Die Impfkampagne war insgesamt effektiv: In den infektiologischen HIV-Schwerpunktpraxen sind im November 2022 kaum noch MPX-Fälle zu verzeichnen, die nach Infektionsschutzgesetz an das Robert Koch-Institut gemeldeten Fälle sind ebenfalls seit Juli 2022 zahlenmäßig deutlich gesunken. Bisher ist zudem keine Ausbreitung der MPX-Infektionen in die Allgemeinbevölkerung zu beobachten.

Mit der gebotenen Vorsicht sind die infektiologischen HIV-Schwerpunktzentren optimistisch, dass der MPX-Ausbruch in Deutschland erfolgreich eingedämmt worden ist. Die Gründe hierfür sind vielfältig: Vorsichtiges Eigenverhalten bei Risikopopulationen, eine gewisse Infektionsprävalenz, Quarantänemaßnahmen – aber eben auch die MPX-Impfkampagne. Insgesamt kann also von einem erfolgreichen Vorgehen gesprochen werden. Allerdings gab es auch Unzulänglichkeiten. Anlass genug, eine Zwischenbilanz mit Lehren und Erfahrungen zu ziehen:

- Dem Infektionsschutzgesetz folgend beschaffte der Bund den Impfstoff, wohingegen die Länder für die konkrete Impfkampagne verantwortlich waren. Insbesondere in Ländern mit einer hohen Inzidenz der MPX-Infektionen wurde sinnvollerweise der Weg einer Verimpfung über die infektiologischen HIV-Schwerpunktpraxen gewählt (neben Ambulanzen und Gesundheitsämtern), die rasch eine entsprechende Logistik sowie die personellen Ressourcen für Lagerung und Applikation des Impfstoffes zur Verfügung stellten, und generell effizient die vulnerablen Personengruppen erreichten. Gut und wichtig war die Klärung von rechtlichen Fragen (off label-Einsatz) sowie eine pragmatische und lösungsorientierte Kommunikations- und Verteilungsweise, bei der es teils aber auch haperte. Ein stärkerer bundeseinheitlicher Rahmen, etwa was die

Einbindung der Kassenärztlichen Vereinigungen oder Melderoutinen anbetrifft, sollte künftig einem Flickenteppich zu unterschiedlicher Strategien vorbeugen.

- Impfbereitschaft war vorhanden. Als große Herausforderung stellte sich aber die limitierte Impfstoffmenge heraus: Leider konnten aufgrund von Impfstoffmangel nicht alle Personen aus der Hauptbetroffenengruppe zeitnah geimpft werden, was zur Verunsicherung und Frust führte. Zudem ist unklar, wann genügend Impfstoff für die zweite Impfdosis vorhanden sein wird – hierfür muss in den kommenden Wochen und Monaten unbedingt ausreichend Impfstoff zur Verfügung stehen, da nur die zweite Impfung einen längerfristigen Schutz garantiert. Frühzeitigere Kommunikation muss künftig für bessere Planbarkeit in den Impfstellen sorgen. Vielfach kam es zu Wartelisten – zugleich gab es aber auch teilweise regional freie Impfstoffkapazitäten. Das Terminmanagement sollte künftig digital unterstützt werden, etwa über die 116/117, um freie Ressourcen passgenauer verteilen zu können.
- Das Zusammenspiel der Gesundheitsämter mit den infektiologischen HIV-Schwerpunktzentren war sehr unterschiedlich, etwa bei Rückmeldungen zu positiven MPX-Fällen. Zudem hat die teils rigorose Auslegung der Schutzmaßnahmen mit einer Isolationspflicht von 21 Tagen mitunter Verunsicherung und Unverständnis bei Betroffenen und Behandler:innen ausgelöst. Es gibt konkrete Hinweise, dass sich potentiell Infizierte aus Angst vor der als stigmatisierend empfundenen langen Isolationszeit gar nicht erst in ärztliche Behandlung begeben haben. Künftig sollte eine effektive kommunikative Infrastruktur geschaffen werden, die – wie beispielsweise in Großbritannien und den USA – auf Partizipation und Sensibilisierung der Betroffenen statt auf teils rigide Verordnungen setzt. Grundsätzlich braucht eine erfolgreiche Impfkampagne bei Risikopopulationen eine begleitende Aufklärungskampagne.
- Mit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses von August 2022 ist der Weg der MPX-Impfung in die Regelversorgung vorgezeichnet. Hierfür sind aber alle offenen rechtlichen Fragen, wie etwa die Apothekenverfügbarkeit des Impfstoffes, vorher zu klären und die infektiologischen HIV-Schwerpunktpraxen anschließend mit ihrem Knowhow entsprechend zu berücksichtigen. Sollte MPX endemisch werden, wofür einiges spricht, sollte künftig stets eine diagnostische Abklärung bei einem konkreten STI-Verdacht, z. B. einer Genitalläsion, durchgeführt werden.

Zusammengefasst: Die deutsche MPX-Reaktion war bisher durchaus – auch im internationalem Vergleich – erfolgreich. Neben der Impfkampagne waren Kommunikation und Aufklärung der Betroffenen über das vorhandene Netzwerk der infektiologischen HIV-Schwerpunktpraxen von zentraler Bedeutung. Da es sich bei der MPX-Infektion um eine Infektionserkrankung mit einem tierischen Reservoir handelt, sind allerdings weitere endemische Ausbrüche mit dem Potential einer neuen Epidemie zu erwarten. Die bei der MPX-Impfkampagne gewonnenen Erkenntnisse können bei der Bewältigung helfen.