

Univ.Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz,

Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

Impfen – für wen?

Impfungen sind Schutzmaßnahmen, die unterschiedliche „Schutzbedürftige“, nämlich „den Einzelnen“ und „die Gesellschaft“ haben. Und zudem sind die Zielsetzungen dieses Schutzes nochmals unterschiedlich. Dies sich zu verdeutlichen, ist von Bedeutung, wenn es um die Frage geht, ob es bzw. in welchem Fall es eine Verpflichtung zur Impfung geben soll oder nicht bzw. diese ethisch gerechtfertigt ist oder nicht.

Um es vorwegzunehmen: Es geht hierbei immer um die Fragen:

- a) Individueller Schutz und/oder Schutz einer Bevölkerung; sowie
- b) Individuelle Impf-Freiheit vs. gesellschaftlicher Anspruch auf Einschränkung derselben

Dabei sind die folgenden **Konstellationen** vorhanden:

1.) Eine Impfung dient allein dem Individuellem Schutz vor einer Infektionskrankheit und diese ist im Falle des Auftretens nicht von Mensch zu Mensch weiter zu geben. Dies ist bei der Tetanus-, Gelbfieber-, FSME- oder der Tollwut-Impfung gegeben.

Für solche Impfungen ist nicht einzusehen, warum eine Impfverpflichtung bestehen soll – es sei denn man ist der Ansicht, dass die Gesellschaft, die Versichertenschaft, im Falle des Auftretens einer solchen Erkrankung nicht für deren Behandlung finanziell zuständig sein sollte, weil dieses Auftreten doch über Impfung verhinderbar gewesen wäre.

Würde man so, nämlich mit dem Argument, „Selbstverschulden führt zum Ausschluss aus der Versorgungspflicht der GKV“ argumentieren, dann würden zahlreiche weitere „Risiko-Zustände“, die auf Verhaltensweisen der Menschen zurückzuführen sein *können*, ebenfalls aus der gesellschaftlich getragenen Versicherung herausfallen müssen.

Dies wird ja immer wieder auch diskutiert, aber bisher, nach Abwägen zwischen Nutzen und Risiko einer solchen Regelung, auch abgelehnt. Einige Gründe für diese Ablehnung sind:

- A) Zu groß wäre der Schaden für den gesellschaftlichen Zusammenhalt der Menschen. Denn eine „Spitzelgesellschaft“ würde aus den dann notwendig werdenden „Schuldprüfungen“ erwachsen.

- B) Die Grenzziehung zwischen „schuldhaft“ und „nicht schuldhaft“ ist real sehr schwierig: So könnte man auch den Bundestagsabgeordneten als schuldig an seinem Herzinfarkt ansehen, weil er übermäßig viel Stress sich aussetzt, neben seiner Tätigkeit im Bundestag noch für zahlreiche Beratertätigkeiten aktiv wird und so anhaltend Konflikten sich aussetzt.
- C) Schließlich würde ein grundsätzlicher Konsens in der GKV in Frage gestellt, nach dem bei Krankheit unabhängig von der Verschuldensfrage die Solidargemeinschaft helfend verantwortlich ist.
- D) Darüber hinaus wäre anzunehmen, dass man mit einer Einführung des Verschuldensprinzips in weitere definatorische, aber sozialrechtlich wirksame Schwierigkeiten käme: Die Definition dessen, was als krank angesehen wird, könnte und müsste erweitert werden. Denn z.B. bei Krankheiten, die durch Alkohol hervorgerufen werden, kann das Verschuldensprinzip schon deswegen heute nicht gelten, weil „Alkoholismus“ eine Krankheit ist und Kranke nicht aus der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen werden dürfen.
- Aber wo ist der Unterschied zu dem „Impf-Ängstlichen“, den ich mit fast der gleichen Berechtigung als „Angstkrank“ auch darstellen kann. Diese Angst hindere ihn – so könnte man es sehen - Impfungen zu akzeptieren, also das Vernünftige zu tun. Denn Impfungen – so zumindest die Impfbefürworter – sind nutzenbringend und haben nur minimale Nebenwirkungsraten; es gibt nichts Vernünftiges dagegen zu sagen.

Aus all diesen Gründen gehören **Impfungen mit „Nutzen nur für das Individuum“** üblicherweise **nicht zu den, bei denen eine Impfpflicht diskutiert wird.**

2.) Eine Impfung dient dem eigenen Schutz und dem anderer. Dies bedeutet, dass die mittels Impfung zu verhindernde Erkrankung der geimpfte Einzelne nicht bekommen wird und er sie damit auch nicht an Andere „weitergeben“ kann.

Hier sind **zwei unterschiedliche Konstellationen** zu unterscheiden:

2 A.) Die zu prävenierende Erkrankung ist auch ohne Impfung selten in einer Bevölkerung. Eine Impfung gegen Hepatitis B zählt hierzu, weil nicht nur der eigene Schutz, sondern auch der Schutz von Geschlechtspartnern oder – im Falle z.B. eines Chirurgen –

Personen resultiert, die über ein Blut zu Blut Kontakt infiziert werden können und dann andere infizieren können.

Beide am Beispiel der Hepatitis B aufgeführten Fälle sind sicherlich unterschiedlich in ihrer Bedeutung zu sehen: Die meisten Länder haben für einen Chirurgen eine Impfung vorgesehen, nicht aber für alle Menschen, die im geschlechtsreifen Leben stehen. Denn in vielen Ländern – so auch in der Bundesrepublik – ist die Hepatitis B so selten geworden und dann noch auf sog. Risikopersonen (Gesundheitsberufe, Homosexuelle) konzentriert, dass eine generelle Impfung nicht als notwendig angesehen wird, da das Ansteckungsrisiko klein und daher die Weitergabe über Geschlechtsverkehr in der Regel ebenfalls selten ist. Anders ist dies in Südostasien, wo eine generelle Impfung eine andere Bedeutung hat, weil die Krankheit häufig ist und so auch häufig weiter gegeben wird.

Dennoch könnte man auch hierzulande die Position einnehmen, dass es ja auch bei uns außerhalb des Kreises der Risikopersonen Ansteckungen gibt, selbst wenn diese in der Zahl sehr gering sind. Jede gefährdete Person sei uns den Aufwand wert – so hieße die ethische Legitimierung einer daraus abgeleiteten Impfverpflichtung.

Aber auch die Ablehnung einer generellen Impfempfehlung im Falle der Hepatitis B hat ihre ethische Legitimierung: Denn es muss eben auch die ethische (sic!)Frage gestellt werden, was man für den gleichen Geldbetrag, der für Impfung genutzt werden müsste, an anderen Maßnahmen im Präventionsbereich des Gesundheitswesens bezahlen könnte.

Denn die Mittel sind nicht unendlich: Wenn alles bezahlt würde, was mit auch kleinstem, aber nachweisbarem Nutzen möglich ist, dann stünde die „Zugänglichkeit für Alle“ zu den GKV-Gesundheitsleistungen aufgrund der so entstehenden Nicht-Bezahlbarkeit aller Leistungen zur Disposition. Man hätte ein mögliches „medizinisches Maximum“ der „Sozialen Gleichheit in der Versorgung“ geopfert.

Man sieht, dass in **Bezug auf eine Impfverpflichtung zwei Positionen** eingenommen werden können und in Europa – bei Hepatitis-B Impfungen – auch eingenommen werden.

Für den Chirurgen oder die Mehrzahl derjenigen, die im Gesundheitswesen tätig sind, verhält es sich anders: Sie sind zwar nicht häufig infiziert, haben aber häufig zum Hauptübertragungsweg, das Blut, Kontakt und können, wenn nicht geimpft, nicht nur sich, sondern dann, wenn sie sich infizieren, auch andere gefährden. Hier wird der Aufwand einer Impfung dieser „Risikopersonen“ als gering im Verhältnis zum Nutzen angesehen.

Hier wird einheitlich eine **Impfverpflichtung gesehen**.

2 B.) Die zu prävenierende Erkrankung ist ohne Impfung häufig in einer Bevölkerung.

Dies ist für die meisten sog. Kinder-Impfungen, wie z.B. Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, Masern, Röteln, Windpocken etc. der Fall.

In Bezug auf eine Impfverpflichtung gibt es zwei Positionen:

Die eine lässt **individuellen Entscheidungsraum** mit der Argumentation zu, dass derjenige, der sich oder seine Kinder vor einer Erkrankung schützen möchte, ja geimpft werden könne. Damit werde für ihn und seine Kinder eine Übertragung ausgeschlossen und alle, die dies auch so wünschen, können es genauso halten.

Die andere Position besteht darin, dass darauf hingewiesen wird, dass Krankheit Krankheitskosten verursacht und diese bei Nicht-Geimpften somit von der Gesellschaft, der Versicherungsgemeinschaft, unnötigerweise getragen werden müssten, also eine Impfverweigerung gesellschaftlich unzumutbar sei. Folgeschäden müssten daher selbst getragen werden. Die Gegen-Argumentation zu diesem „Selbstverschuldens-Argument“ ist unter Pkt 1.) schon abgehandelt.

3.) Eine Impfung dient nicht - oder heute nicht mehr - primär dem eigenen Schutz, sondern der „Eradiktion“ (Ausrottung) eines Keimes und damit einer Erkrankung. Ein erfolgreiches Beispiel hierfür ist die Pockenimpfung, ein nur fast erfolgreiches Beispiel ist die Polioimpfung, und ein Beispiel für einen entsprechenden Versuch ist die Hepatitis B-Impfung im Weltmaßstab.

Will man Eradiktion erreichen, muss man die Bevölkerung zu hoher Impfbeteiligung zwischen 75 und 85 Prozent bringen. Dies wäre aber in der Regel nicht möglich, wenn man der zu impfenden Bevölkerung sagte, dass das zentrale Impfziel die Eradiktion des Keimes, nicht aber der individuelle Schutz des Geimpften ist. In Zeiten, in denen in der Autonomie und Partizipation von Patienten und Bürger ein hoher ethischer Wert gesehen wird, bedarf das Verschweigen der Wahrheit anderer schwergewichtiger ethischer Argumente.

Die Pockenimpfung war noch so, also unaufklärend, durchführbar. Die Polioimpfung ist ein Beispiel dafür, dass den Geimpften in der Regel vorgemacht wird, die Impfung diene deren eigenen Schutz. Dies ist hierzulande faktisch aber nicht der Fall. Denn bei der Umschriebenheit nur noch sehr kleiner Regionen, in denen Polio noch in der Bevölkerung vorhanden ist, könnte man auch dazu übergehen, Schutzimpfung nur beim Bereisen dieser

Regionen – wie man es z.B. beim Gelbfieber tut – vorzuschlagen - wenn es um den individuellen Schutz ginge.

Die Fortführung einer generellen Impfung ist in der BRD auch unter In-Kaufnahme von mehr Opfern als Geschützten bis Anfang der 80iger Jahre durchgehalten worden: Die für dieses Ziel wirksamere Schluckimpfung hat über Jahre zwischen 5 und 15 Polio-Opfer durch Impfung, nämlich die Impfviren, gefordert – bei hierzulande seit Jahren keinen Wild-Polio-Viren.

Eine identische Intention der Eradiktion steht auch hinter der WHO-Empfehlung einer weltweit generellen Hepatitis-B Impfung: Es geht hier für mitteleuropäische Länder nicht primär um den individuellen Schutz ; dazu ist die Krankheit - einmal Risikogruppen ausgenommen – zu selten, es geht um die Eradiktion der Viren.

In Bezug auf die Frage der **Impfverpflichtung** im Falle der Konstellation 3 ist also **gesellschaftlicher Konsens** darüber herzustellen, ob man das eine Ziel – Autonomie der Person – für das andere – Nutzen für die Weltgemeinschaft – aufgibt oder umgekehrt.

Als Fazit bleibt für mich:

- A. Eine Impfentscheidung muss in der Regel eine individuelle Entscheidung bleiben, die aber durch fachliche, nicht einseitige Beratung inhaltlich substantiiert werden muss.
- B. Es muss gesellschaftlich explizit gemacht werden, wann und mit welcher Begründung Eradiktion (Konstellation 3)) eines Keimes angestrebt wird bzw. eine Impfverpflichtung für einzelne Personengruppen (Konstellation 2 A)) durchgesetzt werden soll.
- C. Da es auch für das Ziel des Erreichen eines bevölkerungsbezogenen Nutzens – ebenso wie für die individuelle Entscheidungsfreiheit - ethische Argumente gibt, handelt es sich bei der Frage der Impfempfehlung und der Impfpflicht immer um eine ernste Frage des Abwägens.
- D. Daraus leitet sich ab, dass die Institution, die hier fachlich berät oder gar Vorgaben macht, über jeden Zweifel erhaben sein muss, dass auch noch andere Interessen als die zur fachlichen Beratung Entscheidungs-treibend sein könnten.
- E. Gerade dies aber scheint mir belegbar über die letzten Jahre nicht mehr der Fall zu sein. In einer in Bezug auf die Aufklärung über die wahren oder zusätzlichen Zielsetzungen von gesundheitlichen Maßnahmen zunehmend kritischer werdenden

Öffentlichkeit muss die Seriosität der StIKo wieder hergestellt werden oder die Institution muss gewechselt werden..

- F. Ansonsten werden zunehmend derer Empfehlungen als Industrie-gesteuert abgetan und ab irgendeinem Punkte „das Kind mit dem Bade ausgeschüttet“, also sinnvolle und fern von Industrieinteressen begründete Empfehlungen auch nicht mehr ernst genommen. Ich höre derartiges zunehmend häufiger.

Nachbemerkung:

Mit dem obigen Raster zur Einordnung von Impfzielen allein ist bei weitem nicht eine Antwort auf die Frage „Impfverpflichtung ja oder nein“ zu geben. Hinzu muss immer und sehr entscheidend die gleichzeitige Prüfung folgender Fragen kommen:

1. Handelt es sich um ein **wichtiges Gesundheitsproblem** – hierzulande? (wenn es nicht um weltweite Eradiktion geht)
Dies ist mit einem klaren „Nein“ bei der Windpockenimpfung hierzulande zu beantworten.
2. Gibt es **andere präventive Wege zur Erreichung des gleichen Ziels**, die a) preisgünstiger und/oder b) effektiver sind?
Mit klarem „Ja“ zu beantworten für die HPV-Impfung.
3. Sind alle potentiellen **epidemiologisch Nebenwirkungen** ausreichend bekannt bzw. deren nicht ausreichende Kenntnis als Problem vor Einführung der Impfung benannt?
Mit klarem „Nein“ ist dies für die Windpockenimpfung zu beantworten: Sowohl induzierte Veränderungen in der Keim-Aggressivität als auch die möglichen Auswirkungen auf die Zunahme schwerer Fälle von Gürtelrose sind alle nicht thematisiert worden, obwohl zum Zeitpunkt der Einführung es dafür schon empirische Befunde und eine internationale Diskussion gab.

Erst mit der Beantwortung dieser Fragen durch eine „Impfkommission“ wird es überhaupt zumutbar für den Bürger, über Impfverpflichtung ernsthaft nachzudenken.