

Öffentliche Anhörung

## **Nationale und internationale Impfstrategien**

21. Februar 2019, 10:00 Uhr

Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, Leibniz-Saal,  
Markgrafenstraße 38, 10117 Berlin

### **Programm**

Begrüßung .....	2
Prof. Dr. Peter Dabrock · Vorsitzender des Deutschen Ethikrates.....	2
Nationale Strategien der Impfprävention.....	3
PD Dr. Ole Wichmann · Fachgebiet 33: Impfprävention, Robert Koch-Institut.....	3
Internationale Strategien der Impfprävention .....	14
Prof. Dr. Claude Muller · Infectious Diseases Research Unit, Luxembourg Institute of Health .....	14
Fragen der Governance im Zusammenhang mit Schutzimpfungen .....	22
Befragung der Sachverständigen durch den Deutschen Ethikrat.....	31
Moderation: Prof. Dr. Wolfram Henn · Mitglied des Deutschen Ethikrates.....	31
Schlusswort.....	48
Prof. Dr. Peter Dabrock · Vorsitzender des Deutschen Ethikrates.....	48

## Begrüßung

### **Prof. Dr. Peter Dabrock · Vorsitzender des Deutschen Ethikrates**

Meine Damen und Herren, ich begrüße Sie herzlich zur öffentlichen Anhörung des Deutschen Ethikrates zu nationalen und internationalen Impfstrategien im Rahmen der Beschäftigung des Deutschen Ethikrates mit dem Themenfeld: Impfen als Pflicht?

Ich habe in den letzten Tagen und Wochen einige Titelschlagzeilen aus der Presse gesammelt. Aus der Vielzahl der Pressemitteilungen will ich Ihnen nur einige vorlesen; ich könnte sie um Hunderte analoge ergänzen:

- Der Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte fordert Impfpflicht.
- Die WHO erklärt Impfgegner zur globalen Bedrohung.
- Masernerkrankungen haben sich 2018 in Europa verdreifacht.
- USA stehen vor Masern-Rekordjahr.
- Zahl der Masernfälle hat sich in einem Jahr weltweit verdoppelt.
- Erster Träger in Essen (und zwar von einer Kindertagesbetreuung) führt Impfpflicht an fünf Kitas ein (und das wollen auch die Eltern).

Angesichts dieser Entwicklungen hört man zunehmend den Ruf nach einer Impfpflicht zur Eliminierung von Masern, auch von prominenter Seite, auch mit Bezug auf andere Kinderkrankheiten.

Der Deutsche Ethikrat führt die heutige Befragung zu nationalen und internationalen Impfstrategien nicht unter dem Motto durch: Impfen – ja oder nein?, sondern: Impfen als Pflicht? In diesem Titel findet sich eine gewichtige Vorentscheidung: Es geht nicht um den Sinn oder die Effektivität des Impfens – soweit ich sehe, bezweifelt

dies kein Mitglied des Ethikrates, obwohl wir noch keine öffentliche Entscheidung zu einer Stellungnahme, in welche Richtung die geht, gefällt haben, aber das bezweifelt kein Mitglied des Ethikrates. Sehr wohl frag- und diskussionswürdig erscheint uns angesichts der Zahlen und Meldungen, aber auch angesichts der rechtlichen und ethischen Standards die Frage, ob es eine Impfpflicht geben sollte.

Wer über Impfpflicht nachdenkt, sollte bedenken: Ist die Pflicht moralisch und/oder rechtlich zu verstehen? Gegen wen richtet sich die Impfpflicht? Gegen die Eltern oder nach Erreichen der Entscheidungsfähigkeit gegen die nicht geimpfte Person? (Immerhin hat eine Studie des Robert Koch-Instituts ergeben, dass mehr als 40 Prozent der 18- bis 44-Jährigen nicht gegen Masern geimpft sind.) Oder als Pflicht gegen die Betreiber von Kindertagesstätten, Schulen, Ausbildungs- und Arbeitsstätten, Sportvereinen usw., die per Ausschluss oder andere Sanktionen ja dafür sorgen könnten, dass in ihrem Umfeld die nötige Durchimpfungsrate vorherrscht? Oder gegen Ärzte, insbesondere gegen Kinder- und Jugendärzte?

Aber wie wäre eine solche Impfpflicht, wenn man sie bejahen würde, durchzuführen? Geht man eher direkt mit Geboten, Verboten oder Sanktionen vor? Oder sind indirekte Anreize, Empfehlungskampagnen nicht zielführender?

Wie effektiv wäre eine solche Pflicht? Sollte man nicht doch stärker auf Überzeugungsarbeit setzen oder muss man dabei nicht vielleicht – je nach Zielgruppen – unterschiedliche Strategien fahren?

All diese Fragen sind relevant, weil im freiheitlich-demokratischen Rechtsstaat hohe Rechtsgüter tangiert werden: das Persönlichkeitsrecht, das Recht auf die Integrität von Leib und Leben, aber auch die Erwartung an den Staat, Leib und Leben

gegen unnötige und effektiv beherrschbare Gefahren zu schützen. Welche wie eingriffstiefen Mittel darf der Staat einsetzen?

Und umgekehrt: Was darf man ethisch und/oder rechtlich dem Einzelnen zumuten, um einen solch hocheffektiven Schutz zu bewirken?

Zu diesem Zweck haben wir drei Experten zum Themenfeld nationale und internationale Strategien eingeladen: Herrn Wichmann vom Robert Koch-Institut, Herrn Müller, der für Europa die WHO-Aktivitäten koordiniert, und Frau Paul, Politikwissenschaftlerin aus Wien.

Die Lebensläufe der Experten finden Sie in Ihren Unterlagen. Deswegen werden wir auf eine genauere Vorstellung verzichten, um die Zeit auf Ihre Ausführungen zu fokussieren.

Dennoch möchte ich Ihnen herzlich danken, dass Sie sich die Zeit genommen haben, zu uns zu kommen. Herzlichen Dank, dass Sie diese Bereitschaft haben und mit uns sprechen wollen.

Meine Damen und Herren, dies ist eine öffentliche Anhörung des Deutschen Ethikrates. Das heißt, dass hier – im Unterschied zu anderen Formaten, bei denen es um das Gespräch des Ethikrates mit der Öffentlichkeit geht – das Fragerecht ausschließlich bei den Ethikratsmitgliedern liegt. Sie können sich aber beteiligen, indem Sie sich über Twitter unter dem Hashtag „Impfen“ indirekt an der Diskussion beteiligen. Ich kann mir vorstellen, dass Ethikratsmitglieder vielleicht den einen oder anderen Tweet sehen und bereit sind, diese Fragen und Kommentare mit aufzunehmen.

Ich danke schon an dieser Stelle der Geschäftsstelle, vor allen Dingen Herrn Galert für die Vorbereitung der Veranstaltung und darf nun den ersten Experten, Herrn Wichmann, um sein Statement bitten.

## Nationale Strategien der Impfprävention

### PD Dr. Ole Wichmann · Fachgebiet 33: Impfprävention, Robert Koch-Institut

(Folie 1)

Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren, herzlichen Dank für die Einladung, hier als Experte zu diesem Thema beizutragen. Ich wurde gebeten, über nationale Strategien der Impfprävention zu sprechen. Mir waren auch einige Fragen im Vorfeld zugekommen, wobei es nicht möglich ist, sie in einer halben Stunde zu beantworten. Aber nachher ist die Möglichkeit, hier Frage und Antwort zu stehen.

(Folie 2)

Ich habe meinen Vortrag folgendermaßen gegliedert: Ich möchte kurz über den Nutzen von Impfungen sprechen; das Impfsystem in Deutschland; Impfquoten: Wo stehen wir? Gruppen mit besonderem Handlungsbedarf, und was sind die Konsequenzen, wenn wir Impflücken haben?

Dann möchte ich darauf eingehen, was die Gründe für niedrige Impfquoten sind, und aufzeigen, welche Ideen oder Erfahrungen in anderen Ländern bestehen in Bezug auf Maßnahmen, die Impfquoten zu steigern.

(Folie 3)

Den Nutzen von Impfungen möchte ich herausheben. Hier gibt es natürlich einen individuellen Nutzen für das geimpfte Individuum: [1] Es ist geschützt vor Erkrankung, Komplikation oder nachfolgendem Tod. [2] Es gibt mittlerweile auch Impfungen, die primär Krebs verhindern, Hepatitis B oder die HPV-Impfung. [3] Oder Menschen, die auf Reisen sind und anderen Erregern gegenüber exponiert sind, sind in diesen Situationen geschützt.

Was aber relevant ist für Impfstoffe: Sie haben einen Bevölkerungsnutzen. [1] Man kann durch Impfstoffe Ausbrüche verhindern, man kann durch Impfkationen Ausbrüche eindämmen und man kann sogar, wenn man entsprechende Impfquoten hat, Erkrankungen wie Masern, Polio oder Pocken (wo es schon gelungen ist) eliminieren, damit diese Erreger gar nicht mehr zirkulieren.

[2] Wir haben einen Schutz der ungeimpften Bevölkerung: Kinder, wenn sie zu jung zum Impfen sind, Säuglinge oder immunkompromittierte Personen, die sich nicht impfen lassen können, sind durch einen Herden- oder Gemeinschaftsschutz dadurch indirekt geschützt.

[3] Ökonomische Effekte: Impfungen kosten nicht nur, sondern sie verhindern Krankheit. Dadurch werden auch Kosten im Gesundheitssystem eingespart.

[4] Es gibt eine Reduzierung sozialer Ungleichheit von Krankheitsrisiken. Da gibt es Studien zum Beispiel aus den USA, wo Kinder mit einer Lungenentzündung gerade aus niedrigen sozialen Schichten später zum Arzt kommen und damit ein höheres Risiko haben, schwer zu erkranken oder zu versterben. Wenn man allen ein Impfprogramm anbietet, das für alle zugänglich ist, kann man diese Ungleichheiten reduzieren.

[5] Antibiotika-Resistenz: Impfungen sind eine der wesentlichen Säulen, um das zu reduzieren dadurch, dass man nicht mehr die Erkrankung hat. Zum Beispiel die Influenza-Impfung: Hier wird häufig mit Antibiotika behandelt, und dort wird der Antibiotika-Verbrauch reduziert und damit auch die Entwicklung von Antibiotika-Resistenz.

[6] Oder die Verhinderung von Erreger-Importen: wenn wir zum Beispiel die Polio, die Kinderlähmung bereits eliminiert haben, dass das von Reisenden, wenn die geimpft sind, nicht wieder eingeführt wird.

Das ist der Bevölkerungsnutzen. Deswegen besteht ein Gemeinschaftsinteresse oder auch ein staatliches Interesse, hohe Impfquoten zu haben. Deswegen gibt es in den meisten Ländern der Welt nationale Impfprogramme, wo der Staat seinen Bürgern die Impfungen anbietet.

(Folie 4)

Auch wenn eingangs gesagt worden ist, dass hier niemand an der Effektivität der Impfung zweifelt (das war auch meine Hoffnung, dass der Konsens besteht), trotzdem noch einmal eine Folie, um darzustellen, welchen Effekt Impfungen haben, wenn sie breit angewendet werden:

Die Poliomyelitis: Bis Anfang der Sechzigerjahre wurden in Deutschland noch um die 5000 Fälle, bei entsprechenden Ausbrüchen bis zu 10.000 Fälle gemeldet. Einführung der Schluckimpfung 1962/63, und Sie sehen den Effekt: Innerhalb von zwei bis drei Jahren ging das fast bis null runter. Hier muss man keine große Statistik anwenden, um zu sehen, dass das einen massiven Erfolg hatte und Impfungen eigentlich zu den größten Errungenschaften der modernen Medizin gehören.

(Folie 5)

Wie ist das System bei uns in Deutschland aufgebaut? Ich hatte gesagt, dass es in vielen Ländern ein nationales Impfprogramm gibt. In Deutschland sind nationale Behörden entsprechend involviert: für die Zulassung das Paul-Ehrlich-Institut, dann gibt es die Ständige Impfkommision [STIKO], die auf Basis der Zulassung definiert, wie die zugelassenen Impfstoffe am besten in der Bevölkerung eingesetzt werden: Sollen sich alle impfen lassen? Nur bestimmte Altersgruppen? Nur Risikogruppen? Das ist Aufgabe der Ständigen Impfkommision.

Wenn es dann eine Empfehlung gibt, übernehmen das üblicherweise die Bundesländer und sprechen

eine öffentliche Impfpflicht aus. Daran gekoppelt ist die Impfschadensregulierung: Falls im seltenen Fall ein Mensch einen Impfschaden davonträgt, also eine längerfristige Beeinträchtigung, wird das vom Staat kompensiert, zum Beispiel durch eine Rente. Das stammt noch aus der Zeit der Pockenelimination, wo die Impfstoffe etwas mehr Nebenwirkungen hatten. Hier gab es den Gedanken, dass man sich selbst für die Gesellschaft angeboten hat, sich impfen zu lassen, und dass das dann entsprechend kompensiert wird.

Der nächste Schritt ist die Finanzierung. In den meisten Ländern weltweit ist das eine staatliche Finanzierung. In Deutschland läuft das üblicherweise über die Krankenkassen: Die Krankenkassen, das ist der Gemeinsame Bundesausschuss [G-BA], der das auf Basis der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission macht; aber auch die Privatkassen machen es üblicherweise auf Basis der STIKO-Empfehlung.

Wenn es dann zu einer Finanzierung kommt (oder auch schon vorher) auf Basis der Empfehlung der STIKO, finden Informationskampagnen oder Informationen der Bevölkerung statt. Weil wir ein eher dezentrales System haben, sind hier viele Akteure involviert:

- auf nationaler Ebene die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die vor allem für die Allgemeinbevölkerung zuständig ist,
- das Robert Koch-Institut, das vor allem den Auftrag zur Kommunikation von Risiko und Nutzen mit der Fachöffentlichkeit hat,
- Bundesländer,
- Krankenkassen,
- Fachgesellschaften, Ärztekammern und
- Hersteller.

Gerade weil das ein privater Markt ist, sind die Hersteller daran interessiert, ihr Produkt entsprechend zu bewerben. Sie sehen: Wenn es hier unterschiedliche Botschaften gibt, kann es zu Verwirrung in der Bevölkerung kommen.

Die Umsetzung ist in Deutschland etwas anders. In vielen Ländern machen das zum Beispiel staatliche Impfstellen, Gesundheitsämter, in Deutschland zu 90 Prozent, schätzen wir, oder sogar ein bisschen mehr, niedergelassene Ärzte. Die setzen die Empfehlung entsprechend um.

Betriebsmediziner sind aber auch involviert. Der Öffentliche Gesundheitsdienst [ÖGD] macht vornehmlich subsidiäre Impfkampagnen, also dort, wo das System normalerweise nicht hingelangt, insbesondere zur Ausbruchskontrolle oder zum Beispiel Impfung von Flüchtlingen.

Um ein richtiges System zu haben, sind wir verpflichtet – und das übernimmt größtenteils der Staat – zur Evaluation. Das Robert Koch-Institut schaut sich an, wie die Impfquoten sind, ob wir einen Effekt auf die Meldedaten haben, dass wirklich die Masernerkrankungen runtergehen. Das Paul-Ehrlich-Institut für die Impfstoff-Sicherheit, und auch der Hersteller führt für sein eigenes Produkt entsprechende Studien durch.

(Folie 6)

Die Ständige Impfkommission entwickelt Impfeempfehlungen für Deutschland und berücksichtigt dabei nicht nur den Nutzen des Individuums, sondern auch der gesamten Bevölkerung. Es ist eine unabhängige Expertenkommission. Sie hat aktuell 18 Mitglieder und wird vom Gesundheitsministerium berufen. Die Geschäftsstelle ist am Robert Koch-Institut angesiedelt; dort werden die Logistik, Kommunikation und die Zusammenstellung der Evidenz gemacht.

Arbeitsweise: Wir haben eine Standardvorgehensweise, die auch publik ist und die sich an den

Kriterien der evidenzbasierten Medizin orientiert. Wir haben eine hohe Transparenz und Qualität. In internationalen Treffen, die ich mit Kollegen habe, wird die Qualität der STIKO-Empfehlung oder die Standardvorgehensweise als eine der besten international angesehen.

Die Prüfung des Anscheins möglicher Befangenheiten findet selbstverständlich statt. Bevor jemand durch das Bundesgesundheitsministerium als Experte in die Kommission berufen wird, wird geschaut, ob er überhaupt dafür geeignet ist. Vor jeder Sitzung wird noch einmal ein Interessenskonflikt beurteilt, speziell zum eigenen Thema. Und wenn jemand für einen einzelnen Impfstoff einen Interessenskonflikt oder zumindest den Anschein hat, wird er von der Diskussion und von der Abstimmung ausgeschlossen und muss den Raum verlassen.

(Folie 7)

Zum nächsten Thema: Impfquoten in Deutschland, wo gibt es Lücken und wo stehen wir?

(Folie 8)

Dies sind die Impfquoten. Wie Sie sicherlich wissen, gibt es in Deutschland Schuleingangsuntersuchungen. Hier werden die Kinder untersucht. Sie sehen, dass wir eigentlich bei allen Standardimpfungen über 90 Prozent liegen. Es gab ein paar Anstiege, erfreulich vor allem bei der zweiten Masernimpfung. Bei der ersten Masernimpfung liegen wir beim Schuleingang bereits bei 96 Prozent und bei den zweiten Impfungen so bei 92 Prozent.

Die einzigen Limitationen bei diesen Daten: Das wird berechnet auf Basis der Impfpässe, die vorgelegt werden; das sind ungefähr 91, 92 Prozent. Sie können sich vorstellen, dass unter den 8 Prozent, die den nicht vorlegen oder keinen Impfpass hatten, der Impfschutz möglicherweise nicht so gut ist wie bei denen, die ihn vorlegen. Wir haben

aber auch Daten, die zeigen, dass auch einige dabei geimpft sind. Aber wahrscheinlich müssen Sie von den Impfquoten 2, 3 Prozent abziehen. Das sieht zum Schuleingang eigentlich sehr gut aus.

(Folie 9)

Wenn wir in die Details gehen, das Robert Koch-Institut kooperiert hier mit den Kassenärztlichen Vereinigungen: Wo haben wir Probleme in Deutschland? Einmal eine starke Variation auf lokaler Ebene. Hier habe ich als Beispiel die Rotavirus-Impfung genommen. Sie sehen: Gerade im Süden des Landes haben wir Impfquoten von teilweise um die 20 Prozent, während wir im Osten des Landes über 80 Prozent liegen. Also große geografische Unterschiede, wo möglicherweise schon die Impfeinstellung einzelner Pädiater in einem Landkreis ausreicht, damit die Impfquoten niedrig sind.

Ein zweites Problem bei den Kindern: Es wird oft zu spät oder nicht vollständig geimpft. Sie sehen hier ein Beispiel der Impfquoten zu Masern: Mit 14 Monaten sollte eigentlich geimpft sein. Sie sehen hier, dass das eigentlich nur 80 Prozent erreichen, dass aber in den Jahren danach doch sukzessive geimpft wird, bis wir zur Einschulungsuntersuchung diese hohen Impfquoten haben.

Das Gleiche sehen wir bei der zweiten Impfung, die eigentlich mit 24 Monaten abgeschlossen sein sollte. Da sehen wir eher, dass um die 75 Prozent zeitgerecht geimpft sind.

(Folie 10)

Ein viel größeres Problem aus meiner Sicht sind die Erwachsenen. Sie sehen hier als Beispiel die HPV-Impfquoten. HPV [humane Papillomaviren] verursacht Krebs, wie Sie wissen. Wir haben über 1000 Todesfälle an HPV-assoziiertem Krebs bei Frauen. Wir liegen da mit einer Impfquote bei 14-jährigen Mädchen von 31 Prozent viel zu niedrig, um einen Public-Health-Effekt zu haben.

Sie sehen deutliche Unterschiede bei den meisten Impfungen zwischen Ost und West: im Osten 46 Prozent, im Westen gerade einmal 30 Prozent.

Eine andere Impfung ist die Influenzaimpfung, hier bei Senioren; sie ist empfohlen für alle Personen über 60 Jahre. Hier sehen wir den Bundesdurchschnitt bei 48 Prozent 2008, 2009, und hier gab es einen kontinuierlichen Rückgang auf jetzt 35 Prozent, jedes Jahr ein paar Prozent weniger.

Das sind die größten Probleme, die wir haben: Wie erreichen wir die Jugendlichen und wie erreichen wir die Erwachsenen?

(Folie 11)

Speziell die Masern. Es gibt einen Nationalen Aktionsplan [Nationaler Aktionsplan 2015–2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland], der von Bund und Ländern zusammengestellt worden ist; auch andere Akteure waren involviert. Diese Gruppe, die auch von der GMK [Gesundheitsministerkonferenz] unterstützt wird, definiert besondere Gruppen mit besonderem Handlungsbedarf für die Masernimpfung:

Als Oberstes wurden Bevölkerungsgruppen mit potenzieller Unterversorgung bzw. im Ausland geboren definiert sowie Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlich motivierten Impfvorbehalten, aber auch andere Alters- und Berufsgruppen, vor allem die jungen Kinder (das hatte ich Ihnen eben gezeigt: das nicht zeitgerechte Impfen), die 10- bis 17-jährige Jugendlichen, alle nach 1970 geborenen Erwachsenen (das sind große Populationen, dort haben wir nämlich vor allem die Impflücken) und Beschäftigte im Gesundheitswesen. Das sind die Hauptgruppen für die Masernelimination.

(Folie 12)

Was die Impfquoten bei Personen mit Migrationshintergrund angeht, haben wir nicht viele Daten. Das sind aber schöne Daten zu Schuleingangsuntersuchungen in Berlin. Da haben wir einmal nach

einer Standardimpfung Tetanus geschaut, einmal nach sozialem Status und einmal nach Geburt in Deutschland.

Sie sehen: Nach sozialem Status sind eher die im unteren Bereich, die eine niedrige Impfquote haben, und wenn sie nicht in Deutschland geboren sind, sind die Impfquoten bei Tetanus – einer der Standardimpfungen – deutlich niedriger.

Was Masern angeht, da gibt es auch andere Erhebungen. Das sind sogar eher die im oberen sozialen Status ein bisschen weniger geimpft, während aber auch hier ein klarer Unterschied besteht zwischen denen, die in Deutschland geboren, und denen, die nicht in Deutschland geboren sind.

(Folie 13)

Was hat das Ganze für Konsequenzen? Ist das jetzt so schlimm, dass wir niedrige Impfquoten in manchen Alterssegmenten haben? Das hier ist eine Übersicht von gemeldeten Erkrankungen, die in Deutschland impfpräventabel sind.

Wir haben ein passives System: Der Arzt muss erst einmal die Erkrankung diagnostizieren und sie dann melden. Das hier ist eine Untererfassung, also die Mindestanzahl an Erkrankungen, die wir haben. Im letzten Jahr waren das 929 Masern-Erkrankte. Dabei ist gerade SSPE [subakute sklerosierende Panenzephalitis], eine schwere Erkrankung, die üblicherweise einige Jahre nach der Infektion stattfindet und fast immer zum Tode führt, nicht meldepflichtig. Wir haben also einige Todesfälle, die nicht in dieser Statistik auftreten.

Aber auch bei anderen Erkrankungen hatten wir ein sehr starkes Jahr, sei es Keuchhusten (16.000), Rotavirus (38.000) oder Influenza. Oder auch die Pneumokokken, die invasive Erkrankungen oder Lungenentzündung verursachen, gerade in der Bevölkerung über 60, haben einen wesentlichen Public-Health-Impact.

(Folie 14)

Hier ist der zeitliche Verlauf zu Masern seit 2009 einmal monatlich aufgetragen. Hier sehen Sie die Masernfälle. Sie sehen, dass es hier generell Schwankungen gibt. Man sieht nicht unbedingt die letzten zehn Jahre einen Trend nach unten, sondern man sieht, dass alle ein bis zwei Jahre mal weniger Fälle und dann wieder ein großer Ausbruch stattfinden. Man hofft, dass das hier ein bisschen ausläuft, aber überzeugt sind wir nicht, dass wir da, was die Anzahl der Fälle angeht, auf einem richtig guten Weg sind.

(Folie 15)

Was sind die Gründe für niedrige Impfquoten?

(Folie 16)

Das ist ein Dia, das ich von der WHO genommen habe, das die zwei Komponenten darstellt. Das eine ist (deswegen habe ich es in Englisch gelesen) das 3-C-System: Hier geht es um Confidence, Convenience, Complacency als Determinanten der Impfaakzeptanz:

Confidence, Vertrauen, fehlendes Vertrauen der Bevölkerung in Bezug auf die Sicherheit und Wirksamkeit von Impfstoffen, aber auch in das Impfsystem oder in die Impfeempfehlungen, fehlendes Vertrauen.

Complacency ist das wahrgenommene Risiko, dass man vielleicht einschätzt: Die Erkrankung gibt es kaum noch, ich habe kaum ein Risiko, jetzt mehr an Masern zu erkranken als vor 30 Jahren. Oder die Impfung erscheint generell oder aktuell nicht notwendig; oder das Risiko einer Impfnebenwirkung wird als höher eingeschätzt, als sie tatsächlich ist.

Das Dritte ist Convenience, der Zugang: Es ist zu aufwendig für mich, einen Termin beim Arzt zu besorgen, dort lange zu warten: Zeit, weil man häufig beschäftigt ist als Elternteil. Bei uns in Deutschland nicht, aber in vielen Ländern der

Welt ist das auch ein Geldproblem. Aber auch verpasste Chancen: Wenn Menschen beim Arzt sitzen und nicht gefragt werden, wie der Impfstatus aussieht, ob möglicherweise Impfungen fehlen – das sind einfach verpasste Chancen.

Auf der anderen Seite sagte auch die WHO, und das ist allgemeingültig: Auch bei uns in Deutschland gibt es Limitationen des Impfsystems. Hier will ich aufführen:

- Verfügbarkeit von Impfquoten. Eigentlich konnten wir erst durch unsere KV[Kassenärztliche Vereinigung]-Daten genauer sehen, wo eigentlich die Probleme sind. Gerade bei Erwachsenen haben wir eher Limitationen; oder zum Beispiel bei Personen mit Migrationshintergrund wissen wir häufig nicht, wie groß die Impflücken sind.
- Keine Möglichkeit der Nachverfolgung oder Erinnerung ungeimpfter Personen: In Deutschland haben wir zum Beispiel kein zentrales Impfregister.
- Keine geeigneten oder konzertierten Kommunikationsstrategien: Wenn viele Akteure unterschiedlich kommunizieren, trägt das nicht zu einer hohen Akzeptanz bei.
- Gesundheitspersonal nicht ausreichend ausgebildet oder fortgebildet;
- Impfangebote wenig flexibel (das hatte ich schon erwähnt), oder
- Lieferengpässe, die auch dazu beitragen, dass die Leute sich nicht ausreichend impfen.

(Folie 17)

Diese Abbildung habe ich aus einer Publikation von 2015 genommen: Es gibt ein Kontinuum bei der Impfaakzeptanz. Die allermeisten Menschen haben eine hohe Akzeptanz von Impfungen. Es gibt einen etwas größeren Anteil derjenigen, die es akzeptieren, aber Zweifel haben. Dann gibt es eine Gruppe, die einzelne Impfungen akzeptieren,

manche verschieben, manche eher ablehnen. Und dann gibt es eine Spitze an wirklich starken Impfgegnern oder Menschen, die eine Ablehnung haben. Hier sprechen wir eher von einer kleinen Gruppe.

(Folie 18)

Es gibt Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die zeigen, dass die entschiedenen Impfgegner im Bereich von 5 Prozent liegen. 20 bis 30 Prozent sind eher unentschlossen oder unsicher. Es ist die Frage – denn wir wissen, dass gerade die Impfgegner sehr schwer mit Argumenten zu erreichen sind –, ob man sich nicht eher auf diese 20 bis 30 Prozent konzentrieren soll. Die Mehrheit der Bevölkerung steht Impfungen positiv gegenüber.

Hier sind zwei Erhebungen: einmal 2012, einmal 2016. Sie sehen hier sogar weniger: 2012 waren noch 8 Prozent und vier Jahre später nur 5 Prozent ablehnend oder eher ablehnend, und Personen, die angaben, dass sie eher teils/teils sind, gingen von 31 auf 18 Prozent. Wir sind also eher auf einem guten Weg, die Bevölkerung zu erreichen, dass sie den Wert von Impfungen versteht.

(Folie 19)

Wichtig ist: Impfung ist kontextuell. Jede Umgebung, jedes Setting, aber auch von Impfung zu Impfung ist es unterschiedlich, inwieweit Impfungen akzeptiert werden. Viele Studien auch in Deutschland zeigen aber eigentlich immer eine Konstante, und das ist der impfende Arzt oder Ärztin.

(Folie 20)

Hier ein Beispiel der HPV-Impfung. Wir haben eine Studie gemacht bei jungen Mädchen und geschaut, wie die Impfquoten je nach Kriterium waren. Unterschiede zwischen Migrationshintergrund, ja, nein, hatten wir nicht groß gesehen. Mit Universitätsabschluss waren die Impfquoten ein

bisschen höher. Aber das Entscheidende war erstens: Hatten Sie Bedenken in Bezug auf die Sicherheit des Impfstoffs? Zweitens: Waren Sie überzeugt von der Wirksamkeit des Impfstoffs? Und drittens: Gab es eine aktive Empfehlung vom betreuenden Arzt?

Wir sehen: Wenn der Arzt sie aktiv angesprochen hat, waren es fast 90 Prozent, und wenn das fehlte, um die 10 Prozent. Ganz entscheidend war, dass der Arzt oder die Ärztin das aktiv anspricht.

(Folie 21)

Im Praxisalltag: Wir hatten eine Studie unternommen, wie die Impfakzeptanz bei Allgemeinärzten in Deutschland aussieht. Hier haben wir gefragt: Was bietet man denn an? Es gab eine Selektion der Ärzte, die eher pro Impfen sind.

- Fast 90 Prozent haben gesagt: Sie legen Informationsmaterialien aus;
- bei neuen Patienten wird routinemäßig der Impfstatus erhoben: 80 Prozent;
- aktiv ansprechen waren nur noch 60 Prozent;
- Erinnerungssysteme (da gibt es ja Software) haben 40 Prozent gehabt,
- und um die 10 Prozent bieten extra Impfstunden an, zum Beispiel am Abend, um eine bessere Erreichbarkeit zu haben.

(Folie 22)

Was ist eigentlich der Einfluss von impfkritischen Stimmen? Es ist schwer einzuschätzen, was der wirkliche Einfluss ist. Fest steht: Viele Eltern recherchieren im Internet zu Impfungen. Neben dem Internet gibt es noch Familie, Freunde und vor allem den Arzt (das hatte ich eben ausgeführt).

Aber das Problem ist: Im Internet und den sozialen Medien werden Informationen nicht nach Seriosität gewichtet. Und radikale Impfgegner sind sehr gut in Internetzeiten und reproduzieren hier Impfmymen. Und das Surfen auf impfkritischen

Webseiten verunsichert Eltern nachhaltig; dazu haben wir gute Studien.

Sie sehen hier ein paar Sachen, die ich herauskopiert hatte, auch so Angebote: Hier kann man für 27 Euro, glaube ich, diesen Film kaufen und andere Aufkleber. Bei einigen ist auch ein Geschäftsmodell dahinter.

(Folie 23)

Was sind Maßnahmen zur Steigerung von Impfquoten und Erfahrungen im Ausland?

(Folie 24)

Hier habe ich eine Liste gemacht, nicht komplett, aber für mich die wichtigen Sachen aus einer Publikation im Deutschen Ärzteblatt vor Kurzem. Hier ging es vor allem um die Masern, wo diese Kollegen ein paar Punkte aufgelistet haben. Hier ging es vor allem um ein vertrauenswürdige Gespräch oder vertrauenswürdige Mitarbeiter in der Primärversorgung; Kommunikation; Wissensdefizite ausgleichen; Erinnerungsverfahren; staatliche Organisationen des Impfens (hier hatten die Kollegen zum Beispiel aufgeführt: Impfpflicht, Schularztsystem, subsidiäres Impfen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, also dass hier stärker geimpft wird); ein niederschwelliges, unbürokratisches Angebot (zum Beispiel Impfkliniken oder fachgruppenübergreifendes Impfen).

Man glaubt es nicht, aber es ist leider so: Wenn zum Beispiel die Eltern mit dem Kind zum Kinderarzt gehen und dann festgestellt wird, dass die Eltern nicht geimpft sind, dann kann zwar der Kinderarzt häufig impfen, aber nicht abrechnen. Da gibt es entsprechende Barrieren, genauso zum Beispiel beim Gynäkologen, dass der Ehemann mit geimpft wird, wenn gesehen wird, dass er keine Keuchhustenimpfung hat. Mittlerweile ist das in manchen Bundesländern möglich, aber es ist eine Sache der Kassenärztlichen Vereinigung, das mit zu entscheiden.

(Folie 25)

Impfakzeptanz, das wird immer wieder gesagt. Es gibt mittlerweile viele Forschungen im Bereich der Verhaltensforschung, von Behavioral Insights; UNICEF und WHO haben dies zusammengestellt. Hier geht es darum, dass Impfakzeptanz natürlich wichtig ist, aber das ist passiv. Es sollte viel mehr versucht werden, dass die Bevölkerung versteht, welchen Wert, welchen Nutzen Impfungen haben. Erst dann ist sie befähigt, dass sie es als eigenes Recht ansieht, geimpft zu sein, und das auch aktiv nachfragt. Dieses aktive Einholen oder Einfordern: Ich möchte geimpft werden, das fehlt, wenn wir nur die Impfakzeptanz adressieren. Hier sagen die WHO und UNICEF: Was man braucht, ist Demand Promotion. Also nicht nur akzeptieren, sondern aktiv nach ihnen fragen. Das finde ich einen ganz wichtigen Aspekt.

(Folie 26)

Hier ist eine Studie; ich habe zwei Sachen herausgehoben: Vom Bundeskanzleramt gibt es ein Referat „wirksam regieren“. Die haben 2016 eine Studie durchgeführt, um zu schauen, was zum Beispiel Anschreiben durch eine Krankenkasse bei den Versicherten bewirken.

Hier hat man sechs verschiedene Informationsangebote versandt (die Techniker Krankenkasse war hier involviert) und im Anschluss geguckt, was die Impfkativitäten waren anhand von Abrechnungsdaten dieser Krankenkasse.

Man hat geschaut, wenn man hier Anschreiben hatte: Gab es einen statistisch signifikanten Unterschied, wenn spezifisch Masern angesprochen waren? Der Effekt war am größten, wenn es ein Flyer mit Pop-Art-Aufmachung war: eine Erhöhung von 3 auf 8 Impfungen pro 1000 Versicherte im Quartal. Und man hat berechnet, dass 200 Anschreiben der Versicherten notwendig sind bzw. 125 Euro Investitionen pro zusätzlicher Impfung.

## (Folie 27)

In den letzten Jahren ist einiges passiert auf vielen Ebenen in Deutschland. Herausheben möchte ich das Präventionsgesetz vom Juli 2015.

- Hier wird herausgehoben, dass der Impfschutz in allen Altersgruppen überprüft werden soll.
- Der Nachweis einer ärztlichen Impfberatung vor Aufnahme in die Kita wurde hier geregelt, wobei die Umsetzung bei den Bundesländern liegt.
- Krankenkassen können Bonusleistungen für Impfungen vorsehen.
- Betriebsärzte sollen impfen und auch abrechnen können.
- Wenn Masern in einer Gemeinschaftseinrichtung auftreten, ist das Gesundheitsamt befähigt (oder noch besser als vorher), ungeimpfte Kinder vorübergehend aus dieser Gemeinschaftseinrichtung auszuschließen.

## (Folie 28)

Ein anderes Beispiel: HPV-Impfung und J1-Nutzung. Das sind Daten der KV. Die J1-Untersuchung ist eine Routineuntersuchung im Jugendalter (12 bis 14 Jahre), die nicht so stark beworben wird wie die U-Untersuchungen. Meine Hypothese bei unserem Impfsystem: Wir liegen so gut bei den Kinderimpfungen, weil wir das U-System haben. Die Kinder werden eingeladen bzw. die Eltern teilweise in einzelnen Ländern auch häufig erinnert, und dann ist man angehalten, zum Arzt zu gehen. Bei J1 findet das nicht statt.

Hier haben wir einen signifikanten Unterschied in der HPV-Impfquote gesehen: Die Mädchen, die bei der J1-Untersuchung waren, waren mehr als vierfach häufiger gegen HPV geimpft. Das ist kein Termin speziell zum Impfen, sondern eine Jugend-Vorsorgeuntersuchung.

Man muss aber auch sagen, dass nur 50 Prozent der Kinder dieses Angebot angenommen haben.

Da ist also Potenzial. Und nur 50 Prozent derjenigen, die das angenommen haben, waren auch geimpft. Das sind verpasste Chancen durch den Arzt, hier deutlich mehr zu impfen.

## (Folie 29)

Zum Thema Impfpflicht gibt es einen Übersichtsartikel von 2018. Es existiert in globaler Sicht kein Standardvorgehen für eine Impfpflicht: altersabhängig, Impfprogramm-Flexibilität, Ausnahmen, welche Impfungen schließen wir ein? Was sind mögliche Strafen oder Incentivierungen? Zum Beispiel Australien: No Vaccination, No Pay, daran sind Sozialleistungen gekoppelt.

Vor der Implementierung müssen aber ein paar Sachen geklärt werden, und vor allem muss man die Leute aufklären: Warum gibt es die Impfpflicht und warum sind Impfungen wichtig?

Es gibt wenig Evidenz in Bezug auf den besten Ansatz. Probleme sind: Was ist, wenn man nur einzelne Impfungen verpflichtend macht? Dann nimmt die Akzeptanz der anderen Impfungen ab; das sieht man sowohl in Studien als auch in Erfahrungen in anderen Ländern. Was ist bei Lieferengpässen? Oder erreicht man damit zum Beispiel Migranten?

## (Folie 30)

Zwei Beispiele, einmal Frankreich. Die haben jetzt aktuell eingeführt – vorher waren drei Impfungen verpflichtend, jetzt wurde es ausgeweitet auf elf, seit Januar 2018. Ich hatte Gespräche mit Kollegen, die mir bestätigten: Ergebnis insgesamt positiv, eine positive Akzeptanz in der Bevölkerung, und bei den Ärzten wurde gesagt, es macht einige Dinge einfacher.

Die Resultate, ob wir wirklich einen Impact in Frankreich haben, fehlen noch, weil das zu früh ist. Aber man hat gesehen: Der Anteil der Sechsfachimpfung – da haben sich viele nur fünffach

impfen lassen, zum Beispiel kein Hepatitis B – ist in Frankreich von 92 auf 98 Prozent gestiegen.

(Folie 31)

Und Finnland: Hier hat man keine allgemeine Impfpflicht, sondern nur eine Impfpflicht für medizinisches Personal. Die Verantwortung der Umsetzung liegt bei der Klinikleitung. Aber die Frage ist – das war medizinisches Personal, das vulnerable Patienten betreut –, wer sind eigentlich vulnerable Patienten?

Die fehlende Verfügbarkeit eines Pertussis-Impfstoffes ist ein spezielles Problem. Aber gerade der Mangel an Gesundheitspersonal: Wenn Sie keine Pflegekräfte haben und dann auch noch sagen: „Sie kann ich nicht einstellen, weil Sie nicht geimpft sind“, ist das natürlich schwierig in der Umsetzung. Aber erstaunlich ist die Steigerung der Influenza-Impfung beim Gesundheitspersonal von 40 auf 80 Prozent in Finnland.

(Folie 32)

Ich komme zum Fazit. Impfquoten/Impfakzeptanz: Wir haben eine gute Akzeptanz für Kinderimpfungen, aber deutliche geografische Unterschiede. Zu spätes Impfen stellt ein Problem dar. Das größte Problem aber ist die Impfung von Jugendlichen und Erwachsenen und speziellen Zielgruppen.

Gründe für niedrige Impfquoten sind multifaktoriell und je nach Impfung unterschiedlich. Aspekte sind das fehlende Vertrauen in die Impfung, in die Impfsysteme, in den Staat; wahrgenommene Risiken, die nicht richtig sind, oder der Zugang zum Impfsystem.

Barrieren des Immunsystems insbesondere für Jugendliche und Erwachsene: Wann geht ein gesundes Kind oder Jugendlicher oder Erwachsener zum Arzt? Meistens mit einer Erkrankung, und dann kann man möglicherweise nicht impfen.

Wir haben ein dezentrales Impfsystem mit vielen Akteuren. Public-Health-Ziele wie die Masernelimination werden wahrscheinlich nicht von allen gleich getragen; und bei der Kommunikation wird oft nur Wissen und Akzeptanz vermittelt, was passiv ist.

(Folie 33)

Es existieren diverse Ansätze zur Steigerung von Impfquoten, wie ich gezeigt habe.

In Deutschland impfen vor allem Ärzte; das sind unsere Multiplikatoren, wahrscheinlich der wichtigste Ansatz. Fachgebietsübergreifendes Impfen ist eine Kleinigkeit, denke ich; das muss in allen Bundesländern gewährleistet sein.

Impfmanagementsysteme in Praxen werden empfohlen, damit der Ablauf, dass Patienten regelmäßig daran erinnert werden, ob sie geimpft sind, in der Routine drin ist. Es gibt Erinnerungssysteme, aber die Software ist für die Ärzte aufwendig.

Die Krankenkassen können auch mehr einbezogen werden, zum Beispiel durch eine aktive Einladung zur J1 oder Bonusprogramme.

Der ÖGD könnte auch – dafür gibt es gute Beispiele – auf Kreisebene vom Gesundheitsamt zur J1 einzuladen, oder Impfen während der Schuleingangsuntersuchung. Es werden die Impfquoten erhoben, aber nicht gleich geimpft. Kommunikation hatte ich erwähnt. Impfen vor Ort in der Schule, Schulimpfprogramm.

Die Impfpflicht ist in mehreren Ländern Europas unterschiedlich etabliert. Wir haben in Deutschland kein Problem bei der Schuleingangsuntersuchung, deswegen: Könnte man mit einer Impfpflicht zum Schuleingang viel ausrichten? Ich denke nicht.

Den Einfluss auf die Akzeptanz von Nicht-Pflicht-Impfungen muss man berücksichtigen. Die Frage ist, ob man in Richtung Impfpflicht für

medizinisches Personal denkt, die vulnerable Patienten betreuen, zum Beispiel auf Intensivstationen.

Herzlichen Dank.

### **Peter Dabrock**

Vielen Dank für Ihren Vortrag. Wir haben es so vorgesehen, dass wir die drei Vorträge hintereinander hören werden. Zwischendurch wird der Leiter der AG „Impfen als Pflicht?“, Herr Professor Henn, jeweils eine Frage stellen. Hinterher werden wir mit Ihnen gemeinsam ins Gespräch eintreten.

### **Wolfram Henn**

Vielen Dank für diesen erhellenden Vortrag. Eine Nachfrage bzw. Bitte um Klarstellung. Sie haben das Impfsystem strukturell geschildert: erster Schritt Zulassung des Impfstoffes, zweiter Schritt STIKO-Empfehlung, dritter Bundesländer-Empfehlung, vierter Schritt Impfschadensregulierung.

Das sieht so als, als ob das ein natürlicher Ablauf wäre. Deshalb quantitativ: Wie viele Impfschadensfälle gibt es real, die in die Regulierung reingehen? Denn ich glaube, das ist eine erhebliche Quelle von Missverständnissen, zu glauben, dass so etwas standardmäßig passieren würde.

### **Ole Wichmann**

Wichtig ist zu unterscheiden, was eine Impfkomplication ist und was ein Impfschaden. Eine Impfkomplication ist das, was nach der Impfung an unerwünschter Nebenwirkung auftreten kann, was auch meldepflichtig ist. Das passiert schon mit der Zulassung und mit der Verfügbarkeit des Impfstoffes.

Was Impfschäden angeht, das ist ein Prozess, wo geprüft werden muss, ob das Individuum möglicherweise einen Schaden davongetragen hat. Dafür zuständig sind nicht mehr Bundesbehörden

wie zum Beispiel das Paul-Ehrlich-Institut, sondern auf Länderebene die Versorgungsämter. In unserem föderalen System liegen die Daten auch nur dort, auf Landesebene vor. Die letzten Auswertungen, die auf Bundesebene stattfanden, waren von 2009, glaube ich. Deswegen liegen Daten zumindest auf Bundesebene nicht vor.

Dabei muss man berücksichtigen, dass es nicht immer vergleichbar ist mit wirklichen Komplikationen, dass jeder individuelle Fall geprüft wird und im Zweifel eher für die Person gesprochen wird.

### **Wolfram Henn**

Wie viele sind es? Nur eine ungefähre Orientierung. Wie viele Fälle gibt es real, die in eine Kompensation reingehen? Wie viele werden anerkannt?

### **Ole Wichmann**

Das ist von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich, teilweise sind es pro Bundesland nur ein bis zwei. Das sind eher kleinere Zahlen.

### **Peter Dabrock**

Vielen Dank, Herr Wichmann, dem Stellvertretenden Leiter der Abteilung Infektionsepidemiologie am Robert Koch-Institut.

Das Wort erteile ich nun Herrn Professor Claude Muller von der Infectious Diseases Research Unit, dem Luxemburg Institute of Health und dem Direktor des Collaborating Center for Measles und des Europäischen Referenzzentrums für Masern und Röteln der Weltgesundheitsorganisation (WHO) am Luxemburg Institute of Health. Herr Muller, Sie haben das Wort.

## **Internationale Strategien der Impfprävention**

**Prof. Dr. Claude Muller · Infectious Diseases Research Unit, Luxembourg Institute of Health**

(Folie 1)

Vielen Dank für die Einladung. Wie schon gesagt, sind wir international sehr aktiv. Als WHO Collaborative Center arbeiten wir viel mit Afrika zusammen, als Mitglied des RVC [Regional Verification Commission for Measles and Rubella Elimination] von der Region EMRO [Eastern Mediterranean Region] kenne ich ein bisschen die Länder die Nahen Ostens und Nordafrikas, und wir betreiben ein Labor für Vaccine and Preventable Diseases in Laos, Südostasien.

(Folie 2)

Ich werde vor allen Dingen über Europa sprechen. Sie sehen hier, was das Problem mit Europa ist: nämlich, dass Europa zunehmend hohe Masernzahlen hat, eigentlich mehr als die anderen Regionen.

(Folie 3)

Die europäische Region geht eigentlich von Island bis Wladiwostok, und es sind aber nicht nur die Länder des Ostens, die viele Fälle haben, sondern eben Länder der Europäischen Gemeinschaft.

(Folie 4)

Hier sehen Sie, welche Länder über die letzten Jahre, von 2002 bis 2018, hervorstechen. Das sind Italien, Frankreich, Niederlande, auch Deutschland. Deutschland liegt im schlechteren Mittelfeld.

(Folie 5)

Wenn man sich anschaut, wie die Entwicklung der Länder ist, die Masern eliminiert haben (ich spreche vor allen Dingen über Masern, weil das

unser Kerngeschäft ist), sehen Sie: Es sind in der europäischen Region mittlerweile 37 Länder von 54, die Masern eliminiert haben, und es bleiben 10 übrig, die weiterhin endemische Masern haben. Dazu gehören Belgien, Bosnien-Herzegowina, Frankreich, Georgien, Deutschland, Italien, Rumänien, Russland, Serbien und die Ukraine.

(Folie 6)

Wenn wir jetzt über die einzelnen Länder sprechen, stellen wir fest, dass jedes Land seine eigenen Probleme hat. Hier sehen wir eine Karte von Holland, in der die Impfquoten und die Inzidenz der Population der Fälle eingezeichnet sind. Es besteht wenig Aussicht, hier die Impfquoten zu erhöhen, denn das ist der sogenannte Bible Belt, wo konservative Protestanten die Impfung ablehnen. Als Reaktion darauf hat Holland die Impfung in den Regionen, wo die Impfquote unter 90 Prozent liegt, vorgezogen: Da werden die Kinder schon mit 6 Monaten geimpft.

Ich könnte Ihnen noch andere Beispiele von anderen Ländern nennen, wo unterschiedliche Grenzeintritte oder Übertritte sind, zum Beispiel das Sultanat von Oman, aber das interessiert Sie jetzt nicht so sehr. Wir können aber nachher diskutieren, was für unterschiedliche Strategien da verwendet werden.

(Folie 7)

Wenn wir jetzt Deutschland regional anschauen, sehen wir, dass in vier Bundesländern etwa konstant seit mindestens 2013 etwa 70 bis 80 Prozent der Fälle vorkommen.

(Folie 8)

Wichtig ist auch das Alter der Fälle. Wenn wir zum Beispiel Japan nehmen, sehen wir, dass vor der Elimination über die Hälfte der Masernfälle unter 15 Jahre ist, und nach der Elimination sind es nur noch 10 Prozent, die unter 15 Jahre liegen.

(Folie 9)

Das ist auch der Fall für Europa: Etwa 50 Prozent liegen unter 15 Jahre.

(Folie 10)

Wenn wir uns das für Deutschland anschauen, sehen wir, dass praktisch 60 Prozent der Fälle über 15 Jahre liegen oder 40 Prozent unter 15 Jahre.

(Folie 11)

Ich komme noch einmal auf dieses Dia zurück, weil das auch für den Aspekt Impfpflicht wichtig ist. Wenn wir über Impfpflicht sprechen, sprechen wir über die Impfung von sehr kleinen Kindern. Wenn man sich diese Bilder anschaut, hat man bei der Altersverteilung den Eindruck, dass es vor allen Dingen Kleinkinder sind, die betroffen sind. Aber hier handelt es sich um die Inzidenz, und die Inzidenz geht mit sehr niedrigen Fallzahlen einher. Ich glaube aber, dass für die Ausrottung oder Elimination von Masern vor allen Dingen die Fallzahl und nicht so sehr die Inzidenz eine Rolle spielt.

(Folie 12)

Innerhalb von Europa gibt es bestimmte epidemiologische Settings, die problematisch sind. Das ist einmal das Health-Care-Setting. Sie sehen hier für Spanien, Tschechien, Holland, Ungarn, Polen, Italien immer wieder Ausbrüche in Krankenhäusern. Das ist völlig inakzeptabel.

Ein anderes Setting sind die Bildungseinrichtungen, wo es immer wieder zu Ausbrüchen kommt, aber auch ein guter Ansatz bestehen kann, um eine verpflichtende Impfung durchzusetzen oder zumindest eine Impfkontrolle zu machen. Dies trifft auch für das Health-Care-Setting zu.

(Folie 13)

Wenn wir das für Deutschland zusammenfassen, dann befindet sich Deutschland in einem schlechten Mittelfeld der endemischen Länder Europas.

Aber es gibt Möglichkeiten, gezielt vorzugehen, da 80 Prozent nicht vollständig [ $< 2 \times \text{MMR}$ ] geimpft sind. Vier Bundesländer machen den Großteil der Fälle aus. Es gibt – wie auch EU-weit – typische Risikoseettings, nämlich die Health Care Workers, die Kitas, Schulen und Zugewanderte. Und natürlich die Kinder bis 24 Monate, aber wie gesagt mit dem Caveat: Hohe Inzidenz heißt nicht unbedingt eine hohe Fallzahl.

Eine Impfpflicht von Kleinkindern greift nur bedingt als generelle Maßnahme, weil über 60 Prozent über 15 Jahre sind und zunehmend junge Erwachsene Masern bekommen. Und es gibt das Problem mit dem Widerstand von Impfskeptikern und Impfverweigerern.

(Folie 14)

Dazu ein Beispiel: Nehmen wir an, 80 Prozent der Masernfälle sind nicht geimpft, und gehen wir davon aus, dass ab 2020 aufgrund einer Impfpflicht 100 Prozent der Kinder geimpft werden. Dann dauert es immerhin bis 2035, bis diese 40 Prozent auf 8 Prozent reduziert werden.

(Folie 15, 16)

Schauen wir uns die Impfquoten innerhalb der 28 EU-Mitgliedstaaten an, dann stellen wir fest, dass es 12 Mitgliedstaaten gibt von den 28, in denen in den letzten acht Jahren die Impfquote [bei MCV1, erste Masernimpfung] abgenommen hat. Die sind hier in Blau eingezeichnet. Deutschland gehört nicht dazu.

(Folie 17)

Aber jedes Land hat seine eigenen Probleme. In England hat die Wakefield-Geschichte [1998] zu einem dramatischen Einbruch der Impfquoten geführt. Aber England hat sich in der Zwischenzeit über das vorherige Niveau erholt.

## (Folie 18)

Die Impfskepsis ist in England heute auf einem historischen Niedrigpunkt. Nur 9 Prozent der Bevölkerung haben Bedenken oder sind skeptisch. Ein Drittel davon bezieht ihre negative Information über das Internet; das sind allenfalls 3 Prozent der Befragten.

Das hat dazu geführt, dass die Medien jetzt für Impfungen im Vereinigten Königreich sind, und es werden sogar öffentlich mehr Impfungen gefordert.

## (Folie 19)

Ein weniger gutes Beispiel ist die Ukraine, wo es 2008 zu einem fetalen Fall nach einer Impfung kam. Die Medien haben aus dem zeitlichen Zusammenhang einen kausalen Zusammenhang konstruiert. Die Kampagne wurde sofort von politischer Seite abgebrochen. Seitdem gibt es immer wieder Engpässe in der Versorgung, weil der politische Wille nicht vorhanden ist, die notwendigen Mittel und Impfstoffe zur Verfügung zu stellen.

Das hat dazu geführt, dass zum Beispiel 2010 MCV1 [erste Masernimpfung] nur bei 56 Prozent geimpft wurde und MCV2 [zweite Masernimpfung] nur bei 41 Prozent.

Die Fälle: Bis 2018 hat es immer wieder große Fallzahlen gegeben, 2018 sogar bis 40.000.

## (Folie 20)

Diese Herausforderungen gibt es nicht nur in den genannten Ländern (Niederlande, Vereinigtes Königreich, Ukraine), sondern Bulgarien, Rumänien und Tadschikistan haben Probleme mit den Roma-Minoritäten.

In der Schweiz gibt es das dezentralisierte Überwachungssystem und viele anthroposophische

Nutzer von alternativer Medizin. Das hat dazu geführt, dass je nach Kanton zum Teil nur 73 Prozent der Kinder geimpft werden.

In Frankreich ist die Impfquote zu niedrig, denn das Problem sind auch dort Migranten, die nicht ausreichend geimpft sind.

In Österreich gab es bis 2014 eine relativ geringe politische Unterstützung. Das hat sich danach deutlich geändert; es gab einige Impfkampagnen in diesem Zusammenhang.

In Georgien gab es das Problem des Post-War Stress. Nach dem Südossetien-Krieg wurden Impfreaktionen mit Post-War Stress verwechselt und umgekehrt.

Europaweit gibt es eine Anti-Impf-Bewegung.

Dann kommt ein neues Phänomen, das wir in Montenegro mit 50, 55 Prozent Impfquote gesehen haben, dass dieses moderne Denken, was immer mehr in diese Länder kommt, zusammen mit einem Misstrauen gegenüber der Regierung dazu führt, dass die Menschen nicht mehr impfen wollen.

Wir sehen das auch zunehmend im arabischen Raum, wo sich die Kombination aus modernem Denken und Misstrauen gegenüber der Regierung in einer negativen Haltung gegenüber Impfungen ausdrückt.

Dann gibt es in Deutschland die anthroposophischen Impfgegner, Steiner-Gruppen und viele andere Gründe. So hat jedes Land landesspezifische Gründe für eine niedrige Impfquote.

## (Folie 21)

Dazu kommen noch persönliche Gründe gegen das Impfen. Das sieht man hier: Wenn man das generell auf das europäische Publikum überträgt, dann sind es nur etwa 75 bis 85 Prozent, die finden, dass Impfstoffe sicher und effektiv sind.

(Folie 22)

Aber es gibt große Unterschiede: 90 Prozent halten es in Portugal für sicher, gegenüber 40 Prozent in Polen. Auch bei der Wichtigkeit gibt es große Unterschiede, wie die Perzeption in den verschiedenen Ländern ist.

(Folie 23)

Ich komme jetzt zu einer eigenen Einteilung der Impfverweigerer oder Impfskeptiker. Da benenne ich zunächst die opportunistischen Verweigerer. Hier haben die Ärzte eine große Aufgabe, um sogenannte *missed opportunities* zu vermeiden. Hier denke ich, dass eine Impfpflicht wirklich etwas bringen könnte. Die Argumente brauche ich Ihnen nicht vorzulesen. Das sind alles sehr opportunistische Argumente, da werden Sie mir sicher Recht geben.

(Folie 24)

Dann gibt es die Impfgegner aus eigener Weltanschauung. Da ist das Spektrum ausgesprochen groß: Dort gibt es einen bescheidenen Eigenbrötler, der sich seine Sachen selbst zusammentüftelt, bis hin zu einem eifrig Missionierenden, der nicht nur damit zufrieden ist, dass er nicht impft, sondern der möchte, dass Sie alle nicht impfen.

Ich denke, man muss zwischen diesen beiden unterscheiden, wenn man eine Kommunikationsstrategie entwickeln möchte, besonders für Ärzte. Eine Testfrage könnte sein: „Was sagen Sie denn, wenn Ihre Freunde impfen?“ Wenn er sagt: „Das ist furchtbar, die muss ich unbedingt davon abbringen“, dann würde ich nicht allzu viel Zeit darin investieren. Wenn er aber sagt: „Das ist mir egal“, dann kann man ein bisschen Zeit investieren, um ihn davon zu überzeugen.

Ich lese Ihnen die unterschiedlichen Argumente nicht vor; Sie kennen die. Hervorheben möchte ich aber Alternativmediziner, Halbwissen, Kritik an der Pharmaindustrie. Großes Bedürfnis an

Selbstbestimmung; ich glaube, das ist ein Problem in Deutschland.

(Folie 25)

Dieses Problem findet sich vor allem in Südbayern, wo zum Teil nur 36 bis 40 Prozent der Kinder die zwei Impfungen gegen Masern zum empfohlenen Zeitpunkt bekommen. Dort ist sicherlich auch ein erheblicher Widerstand gegen eine Impfpflicht zu erwarten.

(Folie 26)

Dann gibt es die Verweigerer aus Gewissensgründen, die religiös motiviert sind. Dazu gehören beispielsweise der Bible Belt in den Niederlanden und bestimmte muslimische Gruppen. Sie wissen, dass Polio aufgrund von Aussagen von Imamen auf der Kanzel in Kano in Nigeria ein Comeback erlebt hat. Aber auch um bestimmte jüdisch-orthodoxe Gruppen wie in Antwerpen ist es immer wieder zu Ausbrüchen gekommen. Diese Gruppen verweigern die Impfung in der Regel nur in der eigenen religiösen Community. Es ist wichtig, dass man diese Communitys von einer Impfpflicht ausnimmt. Das ist auch möglich und nicht problematisch.

Dann gibt es die, die eine philosophisch-weltanschaulich motivierte Weltanschauung haben. Sie überlappen sich sicher mit den Impfgegnern aus eigener Weltanschauung, sind aber vielleicht philosophisch noch fester verhaftet.

(Folie 27)

Ein großes Problem sind die Impfverweigerer im Gesundheitsbereich. Wir hatten in Luxemburg den letzten großen Masernausbruch, weil eine Kinderärztin sich weigerte, mit MMR [Masern, Mumps, Röteln] zu impfen.

1996 kam es zu 96 Fällen bei Kindern zwischen 5 und 10 Jahren. Wir haben darüber mehrere Publikationen gemacht. Ich habe in Vorbereitung auf diesen Vortrag gehört, dass das zu einer starken

Stigmatisierung dieses Pädiaters geführt hat. Pädiater unterliegen allgemein einer großen *peer-pressure*, sodass sich heute kein Pädiater in Luxemburg mehr traut, nicht zu impfen.

(Folie 28)

Auch in der Schweiz gibt es Probleme mit Ärzten. Wenn beispielsweise 13 Prozent der Befragten sagen, sie haben die Impfung abgelehnt, dann haben das immerhin ein Drittel von ihnen auf Anraten ihres Arztes getan.

Hier sind auch Patienten von anthroposophischen und alternativmedizinischen Ärzten deutlich mehr gegen Impfungen als in der Allgemeinbevölkerung, wo es ungefähr 3 Prozent sind.

Es gibt auch sehr wenige, aber sehr laute Impfgegner auch unter den Ärzten und dem Pflegepersonal. Auch Hebammen sind hier hervorzuheben.

(Folie 29)

Das ist problematisch, denn laut einer Studie im Vereinigten Königreich hören immerhin 93 Prozent vor allen Dingen auf die Ärzte und lassen sich von Ärzten im Hinblick auf die Impfung beraten. Internet, soziale Medien oder generell die Medien spielen nur eine untergeordnete Rolle bei diesem Beratungsbedarf.

Daher ist es sehr wichtig, dass man auf das medizinische Personal, auf die Ärzte eingeht. Da ist noch viel Luft nach oben.

(Folie 30)

Hier ist eine Studie aus der Schweiz, wo unterschiedliche Ansätze gezeigt werden. Dabei geht es darum, dass es keine *missed opportunities* gibt. Es muss möglich sein, Wege zu finden, eine stärkere legale Verpflichtung von Ärzten zu erreichen. Denn Ärzte sind immerhin diejenigen, die die Kinder als Erstes sehen, und das muss nicht unbedingt eine Impfpflicht sein.

(Folie 31)

Das Problem des medizinischen Personals ist ein europaweites Problem. Die EU hat schon mehrere Initiativen und Roundtables ins Leben gerufen, um über dieses Problem zu diskutieren.

Eine Sache, die dabei herausgekommen ist, ist, dass in der Ausbildung der medizinischen Fachkräfte Impfungen zu wenig vorkommen.

(Folie 32)

Die Argumente der Impfgegner will ich nicht wiederholen. Es gibt, die, wo die Impfung angeblich noch mehr krank macht, es gibt angeblich Missstände im Gesundheitssystem, und natürlich die Ärzte.

(Folie 33)

Es gibt Probleme mit alternativem medizinischem Wissen. Manche weigern sich sogar zu akzeptieren, dass es DNA oder überhaupt Viren gibt. Und dann gibt es die Trittbrettfahrer, die sagen: Die Krankheit gibt es sowieso nicht, weil andere geimpft sind; deshalb brauche ich das nicht für mich zu machen.

(Folie 34)

Man kann alle möglichen Kampagnen machen. Ich habe hier wieder ein Beispiel aus der Schweiz. Dort gab es ein Pilotprojekt, um Impfungen in Apotheken durchzuführen. Auch in Österreich hat man solche Überlegungen. Das Ergebnis einer solchen Kampagne ist hier gezeigt: 40 Prozent der Befragten haben gesagt: Ich habe neue Informationen bekommen. 56 Prozent haben gesagt: Das habe ich nicht bekommen.

Eine wichtige Aussage aus einer solchen Kampagne: 20 Prozent der Befragten haben gesagt, dass sie gelernt haben, dass auch Erwachsene Mätern haben können. Ich denke, das ist auch für Deutschland wichtig.

Interessant ist auch, dass 50 Prozent der Medien neutral und nur 3, 4 Prozent kritisch berichtet haben.

(Folie 35)

Welche Möglichkeit haben wir? Vor allem Information, niedrigschwelliger Zugang und Anreize. Natürlich Impfeempfehlungen und Öffentlichkeitsarbeiten, aber auch: Wir brauchen eine bessere Webpräsenz. Wenn Sie zum Beispiel den Begriff Impfschaden eingeben, dann kommt das Paul-Ehrlich-Institut an zehnter Stelle. Das ist inakzeptabel. Und die Webseiten, die davor kommen, sind unseriös (übrigens: Unseriöse Seiten können Sie daran erkennen, dass darauf eine Kreditkarte abgebildet ist).

Dann wie erwähnt der niedrigschwellige Zugang zu Impfungen in Apotheken, und finanzielle Anreize wie in Australien oder in Luxemburg, wo es schon ziemlich kräftig ist.

Außerdem die stärkere Verpflichtung von Ärzten und Pflegepersonal mit legalen Möglichkeiten.

(Folie 36)

Potenzielle Maßnahmen bei Impfverweigerung: Es gibt zunächst die freiwillige Beratung. Es gibt den Entzug der postnatalen Kleinkindbeihilfe sowie Ansatzpunkte bei den Kitas bis hin zu einem generellen Ausschluss, wie das in einigen Ländern der Fall ist, zum Beispiel in den Newly Independent States und auch in den USA.

Ein Follow-up durch ein nationales Impfregeister ermöglicht es, punktuell regional auf unterschiedlichen Ebenen gezielt vorzugehen und die nicht Geimpften herauszuziehen.

Oder die Eltern müssen die Behandlung einer Infektionskrankheit, die durch Impfung verhindert werden kann, selbst bezahlen. Noch unangenehmer ist es, wenn es dann keine Lohnfortzahlung gibt.

Strafen für Eltern, die ihre Kinder nicht impfen lassen (das gibt es zum Beispiel in Kroatien; das ist ein erheblicher Betrag für eine kroatische Familie), etwa bei Verweigerung von Beratung, gegebenenfalls höhere Krankenhausbeiträge oder eine Strafe für Eltern, falls ihr Kind, das nicht geimpft wurde, ein anderes Kind angesteckt hat. Hier in Deutschland gab es einen solchen Fall, wo ein Kind anschließend gestorben ist.

(Folie 37)

Weitere Maßnahmen: Zum Beispiel in den USA sagt die American Academy of Pediatrics, dass man sogar die Behandlung verweigern kann. Ich denke, dass das hier in Deutschland problematischer ist.

Dann die Impfpflicht, aber differenzierte Hürden für die Befreiung, zum Beispiel einfache Unterschrift beim Arzt oder auf dem Gesundheitsamt (da muss man eben noch mal los, um diese Unterschrift zu leisten), notarielle Beglaubigung usw. Sie sehen: Es gibt viele Möglichkeiten, um eine Impfpflicht leichter oder weniger schwer zu machen.

(Folie 38)

In Europa gibt es die Impfpflicht schon in einigen Ländern. Frankreich und Italien wurden schon erwähnt, Kroatien, Ungarn, Tschechien, Slowenien, Belgien usw. Aber es gibt auch Länder, wo es keine gibt, die aber trotzdem sehr gut in ihren Impfquoten sind. Die Schweiz hat keine Impfpflicht, aber es gibt Ausnahmen. In Australien gibt es einen Anreiz, aber keine Impfpflicht.

(Folie 39)

Ich gehe nicht auf die Impfpflicht in Italien ein. Sie sehen hier eine Demo gegen die Impfpflicht, ich kann Ihnen aber nicht sagen, wie systemisch solche Gegenmaßnahmen in Italien sind. Das müsste sich im Einzelnen anschauen. Aber es gibt da schon einige Reaktionen.

(Folie 40)

Die Situation in Italien und Frankreich habe ich nicht im Detail beschrieben, aber sie ist sicher anders als in Deutschland.

Frankreich hat die Impfpflicht eingeführt, und auch hier gibt es starke Reaktionen. Aber die entscheidende Frage ist: Wie weit geht Frankreich mit dem obligatorischen Impfschutz? Denn die Gesundheitsministerin hat bereits Ausnahmeregelungen angekündigt für Eltern, die sich auch nach umfassender Information und Beratung nicht impfen lassen wollen. Da gibt es alle möglichen Narrative, warum und wieso.

(Folie 41)

Hier sehen wir die Impfpflicht in Amerika und die verschiedenen Staaten, die unterschiedliche Freistellungen davon haben. Interessant ist, dass es eine gute Korrelation zwischen der Leichtigkeit der Freistellung und der Freistellungsrate gibt (je einfacher es ist, freigestellt zu werden, umso mehr lassen sich freistellen) *und* zwischen der Leichtigkeit der Freistellung und der Krankheitshäufigkeit. Das muss man im Auge behalten.

(Folie 42)

Für Impfung, aber gegen Impfpflicht. Ich habe nicht mehr die Zeit, auf die einzelnen Punkte einzugehen, aber es sind immer dieselben Argumente, die Sie kennen.

Die Folgen der Impfpflicht sind wichtig: die Widerstände von Impfgegnern und zusätzlich gegebenenfalls Impfbefürwortern; Auswirkungen auf nicht obligatorische Impfungen; der Staat muss es auch durchsetzen, das heißt: Wie weit wird er gehen mit Zwangsgeldern usw.? Und der Staat muss für Impfschäden haften, das ist ohnehin der Fall.

(Folie 43)

Für Impfpflicht. Es gibt eigentlich keine medizinischen Kontraindikationen gegen die Impfpflicht, aber es gibt unterschiedliche Argumente

für die Impfpflicht, zum Beispiel die Fürsorgepflicht des Staates; Deutschland hat internationale Verpflichtungen; die Argumente der Impfgegner sind nicht stichhaltig,

(Folie 44)

Ganz wichtig ist: Durch die Impfpflicht wird der Herdenschutz verbessert.

Es gibt auch Überlegungen: Macht es Sinn, eine Impfpflicht zu machen für Ansteckungskrankheiten, die nur ein relativ geringes Infektionsrisiko beinhalten, wie zum Beispiel Tetanus, Meningokokken, Hepatitis, HPV?

Aber Sie wissen, dass durch die Kombinationsimpfstoffe eine differenzierte Impfpflicht schwierig ist.

(Folie 45)

Ich bin kein Jurist, aber habe im Artikel 2 des Grundgesetzes mal alle Wörter, die mit der Impfpflicht kompatibel sind, grün gemacht (das sind 33) und die, die gegen die Impfpflicht sind, rot (das sind 16). [Lachen]

(Folie 46)

Meine zusammenfassende Schlussfolgerung: Es gibt die opportunistischen Skeptiker. Hier müssen die Ärzte in die Pflicht kommen, damit *missed opportunities* nicht vorkommen. Hier ist eine Impfpflicht durchaus zielführend.

Impfgegner aus eigener Ansicht – bei dieser Gruppe sind maßgeschneiderte Argumente notwendig. Hier wird wahrscheinlich ein erheblicher Widerstand gegen die Impfpflicht aufkommen.

Bei den religiös-philosophischen Verweigerern muss eine relativ niedrigschwellige Befreiung möglich sein.

Dann eine weitgefaste Impfpflicht für Berufsgruppen mit starkem Kundenverkehr, wie Health Care Workers, Erzieher oder Flugpersonal. Das müsste auf jeden Fall drin sein.

(Folie 47)

Zusammenfassend weiter: Welche Impfpflicht? Auch hier gibt es unterschiedliche Abstufungen: Erwachsene? (welche Berufsgruppen?) Nur Kleinkinder? Welche Impfungen? (zum Beispiel nur MMR?) Welche Gründe für die Befreiung? Niedrige oder hohe Hürden für die Befreiung? Welche Maßnahmen bei Zuwiderhandlung? Und dann so etwas wie eine Impfpflicht für Ärzte; also nicht, dass sie selber geimpft werden, aber dass sie eine stärkere Verpflichtung gegenüber ihren Patienten haben.

Alternativen zur Impfpflicht sind Ansätze bei Ärzten und Health Care Workers, Erziehungseinrichtungen, maßgeschneiderte Informationen, Anreize statt Strafen und vieles mehr.

(Folie 48)

All diesen Leuten möchte ich danken für die Informationen und die Folien, die sie mir zur Verfügung gestellt haben.

(Folie 49)

Dies ist das WHO LabNetwork für Europa, die wie eine Familie zusammenarbeiten und vieles erreicht haben für die Elimination von Masern in Europa.

(Folie 50)

Natürlich möchte ich auch denen danken, die solche Sachen mit finanzieren.

Vielen Dank.

### **Peter Dabrock**

Herzlichen Dank für Ihre Ausführungen. Für eine Frage gebe ich das Wort an Herrn Professor Henn.

### **Wolfram Henn**

Vielen Dank. Man ahnt, wie viel Soziologie darin steckt. Man lernt viel über europäische Kultur.

Eine Sachnachfrage: Können Sie den Satz noch präzisieren, dass man für eine Eradikation weniger die Inzidenz als die Fallzahl in die Betrachtung nehmen muss? Wie ist das gemeint?

### **Claude Muller**

Wichtig ist vor allen Dingen, dass man die Fallzahlen reduziert. Man kann die Inzidenz sehr hochrechnen, wenn man den Denominator gering hält. Das ist der Fall, wenn Sie eine kleine Impfgruppe haben; dann ist die Inzidenz relativ hoch.

### **Wolfram Henn**

Darf ich nachhaken: Es sind viele Nicht-Mediziner im Raum, die nicht wissen, was die Inzidenz im Vergleich zur Fallzahldefinition ist.

### **Claude Muller**

Die Fallzahl ist die absolute Zahl von Fällen, sagen wir mal zehn Fälle, und die Inzidenz ist die Fallzahl bezogen zum Beispiel auf die Gesamtzahl der Mitglieder dieser Altersgruppe.

### **Peter Dabrock**

Vielen Dank.

Als dritte Rednerin haben wir nun Frau Dr. Katharina Paul. Sie ist Senior Research Fellow am Institut für Politikwissenschaft an der Universität Wien und leitet unter anderem das Projekt KNOW-VACC (Knowledge production and governance in vaccination policy). Frau Paul, Sie haben das Wort.

## **Fragen der Governance im Zusammenhang mit Schutzimpfungen**

**Dr. Katharina Paul · Institut für  
Politikwissenschaft, Universität Wien**

(Folie 1)

Sehr geehrte Damen und Herren, ich freue mich, hier heute sprechen zu dürfen, und bedanke mich für die Einladung. Die Sozialwissenschaften können sicher viel beitragen zum gemeinsamen Nachdenken über Schutzimpfungen und über die sozialen, politischen und institutionellen Herausforderungen, mit denen wir es zu tun haben.

(Folie 2)

Ich möchte heute aus Sicht der Politikwissenschaft sprechen. Im ersten Teil des Vortrags skizziere ich, was für mich die wichtigsten Aspekte sind, und stelle eine zentrale Problemthese auf.

Im zweiten Teil des Vortrags widme ich mich einigen ausgewählten oder paradigmatischen Beispielen von Instrumenten oder Governance-Strategien in der Impfpolitik, die in den letzten Jahren vor allem in Europa, aber auch jenseits davon in Verwendung gewesen sind, und spreche auch gewissermaßen zu den Risiken und Nebenwirkungen von Impfpflichten in den verschiedenen Bedeutungen.

Sie werden sehen: Jedes System ist einzigartig. Es ist manchmal nicht so einfach, ein System der freiwilligen Impfungen von einem Impfpflichtsystem zu differenzieren, und es ergeben sich da ganz eigene Fälle in jedem Land.

Im dritten Teil meines Vortrags werde ich ein Fazit ziehen und die eine oder andere Empfehlung aussprechen.

(Folie 3)

Was bedeutet es aus Sicht der Politikwissenschaft, über Impfungen nachzudenken?

(Folie 4)

Erstens bedeutet das, dass ich Impfpolitik als System betrachte, als Politikfeld. Es bedeutet, dass die Governance von Schutzimpfungen nicht hierarchisch gedacht wird und auch nicht hierarchisch organisiert sein sollte, sondern ein kollektives, netzartiges Unterfangen ist, an dem verschiedene soziale Akteure beteiligt sind. Denn durch Impfungen entstehen spezifische und einzigartige Beziehungen zwischen Staat und Gesellschaft, aber auch Wissenschaft, Medizin, Technik und nicht zuletzt der pharmazeutischen Industrie.

Der systemische Ansatz, den ich vertrete, bedeutet, dass jedes Instrument, das wir in der Impfpolitik in Erwägung ziehen, um etwa Impfraten zu erhöhen, systemisch bewertet werden muss. Das heißt, man muss fragen: Wie wirkt sich dieses Instrument, diese Strategie auf andere Akteure aus und vor allem auf die Qualität der Beziehungen zwischen diesen Akteuren aus?

Das zweite wichtige Element in meinem Zugang betrifft die Art und Weise, wie die Rolle der Öffentlichkeit verstanden wird. Impfsysteme scheinen nämlich immer noch davon auszugehen (wir haben davon in den ersten zwei Vorträgen etwas gehört), dass Bürgerinnen Technologien – in diesem Fall Impfungen – aufgrund von Wissensdefiziten abwehren oder ablehnen. Und diese scheinbar defizitäre Öffentlichkeit soll informiert und belehrt werden, so die Prämisse der Impfpolitik, mit Informationen zu Bildungsangeboten. Gerade zu dieser Jahreszeit und in den letzten Wochen beobachten wir, dass die Öffentlichkeit als unwissend, ignorant, sogar als wissenschaftsfeindlich dargestellt wird. Diese Rhetorik trägt aber leider zur Polarisierung in diesem Politikfeld bei und marginalisiert jene Leute, mit denen wir eigentlich ins Gespräch kommen möchten, um Impfverhalten zu verbessern.

Noch dazu ist die Annahme, dass die Leute, die ungeimpft bleiben, es einfach nicht besser wüssten, längst überholt. Wir sehen nämlich zum Ersten, dass gerade in Bildungsschichten, wo ein gewisser Wissensstand vorauszusetzen ist, zunehmend Kritik auf Schutzimpfungen fällt. Hier gibt es zwar eine gewisse Variation, aber eine Tendenz lässt sich schon festmachen.

(Folie 5)

Zum Zweiten kann dieser Widerstand gegen Impfungen oder die Skepsis an Impfungen auch für etwas anderes stehen: für ein Infragestellen staatlicher Autorität, einen Vertrauensmangel auch in dieser Autorität, aber auch für Zweifel an der Integrität von Praktiken innerhalb der pharmazeutischen Industrie. Oder ein Infragestellen dieser starken Verflechtung politischer und kommerzieller Interessen in diesem Politikfeld, die einzigartig ist und aus diesem Politikfeld Impfungen nicht wegzudenken.

Das sieht man nicht zuletzt daran, dass jedem Knick in den Impfraten eine gewisse Kontroverse vorausgeht. Wakefield wurde schon erwähnt, Ende der Neunzigerjahre. Aktuell haben wir in den Philippinen das Problem, dass eine Masern-Epidemie ausgebrochen ist, weil es nach der Einführung eines neuen Produkts, einer Impfung gegen das Dengue-Fieber, Todesfälle gegeben hat. Sie sehen: Eine Kontroverse wirkt sich auch auf andere, essenzielle Basisimpfungen aus.

Zusammenfassend möchte ich sagen, dass Wissen keine ausreichende Bedingung für ein effektives Impfsystem ist. Man riskiert auch mit dieser Rhetorik von Wissensdefiziten, von den sozialen und anderen systemischen, politischen Determinanten von Impfverhalten abzulenken. Es ist sehr wichtig, dass wir uns die anschauen, auch um uns den jetzigen Herausforderungen zu widmen.

Meine zentrale These ist, dass nicht die Befindlichkeit defizitär ist, sondern vielmehr die Governance von Schutzimpfungen.

(Folie 6)

Mit dieser These im Hinterkopf möchte ich mich nun einigen Instrumenten der Impfpolitik widmen.

(Folie 7)

Informations- und Bildungsarbeit ist neben der Impfpflicht und der Kostenübernahme durch die öffentliche Hand eines der ältesten Instrumente, um Impfpolitik zu gestalten und um die Impfraten zu erhöhen, nicht zuletzt, weil man wie erwähnt viel zu lange davon ausgeht, dass vor allem Nichtwissen die Hürde für effektive Impfpolitik darstellt und nicht etwa ein Mangel an Vertrauen in die Institutionen.

Ein neuerer Ansatz in der Informations- und Bildungsarbeit liegt im Einsatz sozialer Medien. Hier bieten sich geeignete Möglichkeiten, um mit bestimmten Zielgruppen, die in den ersten zwei Vorträgen schon erwähnt wurden, in Kontakt zu treten. Es gibt hier beispielsweise neue Methoden wie das Storytelling oder den Einsatz von Prominenten, um mehr Vertrauen in bestimmte Impfungen zu schaffen.

Insgesamt glaube ich, dass diese Angebote in der jetzigen Form nicht weit genug gehen. Denn mit Wissen lässt sich keine Vertrauenslücke füllen. Eine kritische Öffentlichkeit erwartet viel eher Informationen darüber, wie staatliche Behörden versuchen, sich möglichst unabhängig von der pharmazeutischen Industrie zu machen. Diese Bemühungen zur Unabhängigkeit sind da! Aber man muss sie sichtbarer machen.

Viele Angebote zu Informationen kommen aus verschiedenen Quellen mit einem unterschiedlichen Framing, selbst mit unterschiedlichen Zahlen, und es ist oft schwierig, für Zielgruppen, für

junge Eltern sicher, Informationen zu Impfungen zugänglich und kohärent zu finden. Diese zu präsentieren ist eine schwierige, herausfordernde Arbeit für Behörden, die damit betraut sind. Auch die Arbeit, die hinter dem Impfsystem steht – und das ist ja eine starke staatliche Arbeit –, muss sichtbarer werden und einheitlich dargestellt werden.

(Folie 8)

Ich komme zu einem weiteren Bündel an Instrumenten, etwas Neues: Nudging werden viele von Ihnen schon gehört haben, kommt aus der verhaltensökonomischen Forschung. Hinter diesen Instrumenten steckt die Frage: Wie kann ich einen Menschen dazu bringen, etwas zu tun, obwohl diesem Menschen unmittelbare Kosten bevorstehen? Im Fall der Impfung wird zum Beispiel der Weg zur Ärztin unter dem Kostenbegriff geführt. Durch Nudging versucht man, die Entscheidungsarchitektur von Menschen leicht zu verändern.

In Österreich wird zum Beispiel in den Mutter-Kind-Pass – das ist ein Untersuchungspass während der Schwangerschaft und auch wenn das Kind geboren ist – der Impfpass eingeklebt. Hier werden Impfungen dokumentiert, und so wird eventuell – so hofft man – an Impfungen erinnert in einer Zeit, wo ein Kind ohnehin häufig untersucht werden muss, um weiterhin Kinderbeihilfe zu erhalten. Impfungen sind in Österreich übrigens nicht an die finanziellen Leistungen aus staatlicher Hand gebunden, auch wenn sich in den letzten Wochen immer mehr Stimmen dafür ausgesprochen haben, nachdem innerhalb sehr kurzer Zeit fast 30 Menschen an Masern erkrankt sind.

Ein weiteres Instrument ist recht simpel, wird aber in Europa nur mäßig eingesetzt: Behörden können nämlich gezielt relevante Kohorten zu einer Impfung einladen, zum Beispiel Eltern von Kindern, die in einem adäquaten Alter für die

erste und die zweite MMR-Impfung sind. In Österreich zum Beispiel verlässt man sich größtenteils darauf, dass Ärztinnen dies einfach tun, also Eltern einladen oder sie daran erinnern, oder dass Eltern sogar selbst die Initiative übernehmen.

In Deutschland haben wir den Fall, dass Eltern wohl zu dieser U-Untersuchung eingeladen werden, aber nicht explizit zur Impfung, wenn ich das richtig verstanden habe. Das heißt, auch da verlässt man sich darauf, dass die Ärztin, der Arzt etwas über die Impfung sagt oder auch die Eltern selber. Das heißt: Die Versorgung ist da, aber sie ist ungenügend strukturiert.

Strukturierter könnte man verfahren mittels sogenannter Impfreger, also Datenbanken, in denen individuelle Daten abgespeichert werden und die man auch für verschiedene Funktionen verwenden kann: Monitoring und Surveillance, die Kontrolle der Lagerbestände sogar, die Überwachung von Langzeitwirkungen von Impfungen, gerade von neuen Impfungen, aber auch die gezielte Einladung und auch Erinnerungsfunktionen. Ich komme später noch auf das Thema Impfreger zurück.

Ein Instrument, das schon mehr Richtung Zwang geht, aber vielleicht doch durch verhaltensökonomische Theorien inspiriert ist, ist der Einsatz von verpflichtenden Impfberatungsgesprächen vor dem Eintritt in kollektive Bildungseinrichtungen. Dieses Instrument ist vielleicht teils effektiv, so wie es jetzt in Deutschland in Verwendung ist, aber es ist ein schwieriges Instrument, denn es greift weit in die Privatsphäre von Familien ein und es ist auch nur isoliert in Verwendung aktuell. Es ist nicht Teil eines Pakets gesamter systemischer Überlegungen oder Veränderungen und kann daher auch nur bedingt wirken.

Man riskiert damit auch, dass Eltern gezielt zu impfkritischen Beratungsstätten gehen und sich

diese Bestätigung holen, und man befördert damit indirekt einen Markt, den man nicht fördern möchte, weil er mit den schulmedizinischen Voraussetzungen der Impfpolitik nicht vereinbar ist.

Eine letzte Form des Nudgings ist mir noch wichtig: In den Niederlanden suggeriert man in der Art und Weise, wie Eltern eingeladen werden, eine soziale Standardentscheidung. Junge Eltern bekommen einen Brief zugeschickt, und ungefähr der dritte Satz in diesem Brief ist: „95, fast 95 Prozent der Eltern lassen ihre Kinder impfen.“ Das ist ein selbstbewusster Umgang mit der eigenen Impfpolitik.

Jene Minderheiten, die aus religiösen Gründen nicht an Impfprogrammen teilnehmen möchten, bekommen eine Opting-out-Karte zugeschickt. Es ist de facto kein Opting-out, sondern ein freiwilliges System, aber es wird fast ein Opting-out vorgegeben für diese Minderheiten, gerade für diese protestantischen Minderheiten, die Impfungen aus religiösen Gründen ablehnen.

Und alle, die diese Opting-out-Karte nicht zurücksenden, erhalten weiterhin Einladungen zu Impfungen, und zwar in öffentlichen Versorgungszentren, nicht im niedergelassenen Bereich, wie es in Deutschland der Fall ist. Das heißt, das Kind wird geboren und nach vier Wochen erhalten die Eltern gleich die ersten acht bis zwölf Impfkarten, die man dann zu diesen Impfterminen mitnehmen muss. Es wird einfach davon ausgegangen, dass die Eltern ihr Kind impfen lassen.

Bemerkenswert am niederländischen System ist noch etwas: Unter anderem können sich Eltern hier an alternative Gesundheitszentren oder Konsultationsbüros wenden, in denen auch anthroposophische Angebote gemacht werden. Das ist etwas, was durchaus relevant sein könnte für Deutschland. So geht man nämlich sicher, dass

Familien weiter im öffentlichen Gesundheitssystem bleiben, was ja wichtig ist für die weiteren gesundheitlichen Untersuchungen des Kindes und der Jugendlichen, auch wenn die Eltern in der frühen Zeit des Kindes nur Gebrauch von selektiven Angeboten machen, das heißt zum Beispiel den Impfplan etwas flexibler gestalten können in diesen alternativen Gesundheitszentren und auch von anthroposophischer Beratung Gebrauch machen können, wenn sie das wünschen.

Was mir insgesamt zu diesen verhaltensökonomischen Instrumenten wichtig ist: Sie mögen zwar gerade politisch en vogue sein und wir haben viele Hoffnungen, auch in anderen Politikfeldern, dass man mit Nudging viele Herausforderungen schnell und effektiv angehen kann. Allerdings muss man diese Instrumente in ihrer politischen Qualität und ihrer Dimension immer auch kritisch bewerten, denn eigentlich sind diese Instrumente wieder technokratisch und top-down.

Sie können außerdem schwer an lokale Gegebenheiten und Kontexte angepasst werden. Und zuletzt riskieren wir damit auch, dass wir nicht das Vertrauen stärken, wie wir es eigentlich machen sollten, sondern unterminieren. Weil es manipulative Instrumente sind, wo nicht Bewusstsein geschaffen wird für öffentliche Arbeit, sondern wieder top-down gearbeitet wird.

Außerdem riskieren wir mit diesen Instrumenten, dass nur isoliert manche Akteure des Systems in die Pflicht genommen werden, nämlich Bürgerinnen, Ärztinnen und Ärzte, und nicht das System an sich und damit zum Beispiel staatliche Behörden oder die pharmazeutische Industrie.

(Folie 9)

Damit komme ich zum Thema Pflicht, das ja heute zentral in dieser Veranstaltung ist. Was mit Impfpflicht gemeint ist, geht von Land zu Land,

selbst von Region zu Region auseinander. Schutzimpfungen gegen Infektionskrankheiten, zumindest gegen manche, waren in fast allen EU-Mitgliedsstaaten irgendwann verpflichtend und auch in irgendeiner Form, das heißt zum Beispiel selektiv auf bestimmte Impfungen beschränkt, wie beispielsweise gegen Pocken und Masern.

Gründe, warum Impfpflicht – oder Impfwang sollte es vielleicht eher heißen – nicht mehr Standard ist, gibt es viele. Zum einen haben sich die Beziehungen zwischen Staat und Gesellschaft in gegenwärtigen liberalen Demokratien stark verändert. Zum anderen gibt es klare Erfolge dieser Strategien, indem man in manchen Kontinenten wie Nordamerika, aber auch in manchen Ländern keine endemischen Viren mehr vorweisen kann. Sicher im Falle der Masern ist man in Nordamerika stolz darauf, dass es keine endemischen Masernviren mehr gibt.

Aktuell ist in zwölf EU-Mitgliedstaaten zumindest eine Impfung verpflichtend; das ist meist die Impfung gegen Masern. Das wurde kürzlich in Italien und Frankreich auch dahingehend ausgeweitet, wie schon berichtet wurde.

Was aber auffallend ist, ist, dass in vielen ehemals kommunistischen Staaten fortwährende Impfpflicht oder Impfwang herrscht mit der Androhung juristischer und finanzieller Sanktionen. In der Tschechischen Republik sehen wir, dass da Eltern diese finanzielle Strafe durchaus in Kauf nehmen. Es ist manchen Eltern sehr viel wert, wörtlich, ihre Kinder nicht impfen zu lassen. Sie zahlen dann diese Strafe und die Kinder bleiben ungeimpft.

Eine andere selektive Variante, die schon erwähnt wurde, ist die Impfpflicht für bestimmte Berufsgruppen, zum Beispiel für das Gesundheitspersonal; man könnte auch an das pädagogische Personal denken. Eine solche Impfpflicht scheint

durchaus sinnvoll, auch vielen Sozialwissenschaftlerinnen und Sozialwissenschaftlern, die sich mit dieser Frage beschäftigen. Diese Impfpflicht für Gesundheitsberufe ist übrigens auch von der österreichischen Bioethikkommission im Jahr 2015 empfohlen worden, und in Finnland ist sie auch in Kraft getreten.

In Österreich ist es nicht zu einer gesetzlichen Änderung gekommen; so schnell geht das nicht, und so effektiv funktioniert Politik auch nicht immer. Einzelne Krankenhausträger probieren aktuell in Österreich, diese Impfpflicht für Gesundheitspersonal durchzusetzen: Man fragt neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Krankenhäusern, ob sie geimpft sind und einen Nachweis erbringen können. Wenn dem nicht der Fall ist, wird zum Beispiel kein Dienstvertrag ausgestellt oder man darf nicht auf bestimmten Stationen arbeiten, wie in der Neonatologie oder Intensivstation.

Das sind zwar wichtige Initiativen, ähnlich wie das, was wir in Deutschland teilweise erleben. Damit wird aber wieder ungenügend systemisch gedacht und gearbeitet, und wieder werden nur private Akteure, nämlich zum Beispiel junge Ärzte und Ärztinnen oder Krankenhausträger, in die Pflicht genommen und nicht das System an sich und die anderen Akteure, die daran beteiligt sind.

Abschließend ist es so, dass seit dem Zweiten Weltkrieg in Europa vor allem Verlass ist auf Informations- und Bildungsarbeiten in Systemen, auf Eigeninitiative von Ärztinnen, Ärzten und Eltern oder indirekte Governance-Instrumente zum Beispiel durch Gesundheitsprogramme; wir hatten das Beispiel bei den J-Untersuchungen. In Österreich haben wir noch andere Gesundheitsprogramme wie den Mutter-Kind-Pass oder generell die Kinder- und Jugend-Vorsorge: Hier wird indirekt Einfluss auf Impfpolitik genommen.

## (Folie 10)

Dennoch gibt es in letzter Zeit zunehmende Bewegungen und zunehmende Rhetorik darüber auf der Ebene der Politik, Verpflichtungen mit Sanktionen zu verknüpfen. Wir haben schon gehört, dass es aktuell in der Europäischen Union zwei Hauptvarianten gibt: Zum Ersten kann Impfpflicht bedeuten, dass Eltern oder Erziehungsbeauftragte finanzielle Sanktionen erfahren, wenn ihre Kinder nicht geimpft sind, das heißt, sie müssen eine Strafe zahlen. Italien hat diese Impfpflicht ausgeweitet und verwendet dieses Modell.

In der zweiten Variante der Impfpflicht ist der Nachweis bestimmter Impfungen verpflichtend für den Zugang zu bestimmten Bildungs- und Erziehungsinstitutionen. Hier wird das Beispiel der USA oft erwähnt. Ich finde es nur bedingt relevant für den europäischen Kontext, aber darüber könnten wir später sprechen. Aber auch Italien und Frankreich verwenden dieses Modell zum Teil.

An Italien lässt aber auch beobachten, dass die Ausweitung der Impfpflicht nicht nur hohe politische Kosten haben kann, sondern auch dazu führen kann, dass Kindern der Zugang zu Bildung verwehrt wird, weil es manchen Familien so wichtig ist, so viel wert ist sozusagen, ihre Kinder nicht impfen zu lassen, dass die Kinder dann eventuell gar nicht in die Kita oder in die Schule kommen. Das ist sozusagen eine Nebenwirkung, die man keinesfalls mit Impfpolitik auslösen möchte.

In Australien und in Luxemburg lässt sich noch eine dritte Variante beobachten. Hier werden manche Schutzimpfungen an den Erhalt von Kinderbeihilfe gebunden. Man nennt das in Australien die „No jab, no pay“-Policy, die übrigens schon 1999 dort eingeführt wurde und kürzlich reformiert wurde. Man ist in Australien damit beschäftigt, an der ein oder anderen Schraube zu

drehen, um zu schauen, was denn die Auswirkungen dieser Politik sind.

Die Gruppe von Julie Leask in Sydney beschäftigt sich mit diesem Thema und weist auch auf das Risiko hin, dass man mit dieser Policy Familien ökonomisch schaden kann und damit auch Kindern. Wir wissen, dass sich eine ökonomische Benachteiligung auch auf die Gesundheit auswirken kann; das heißt, das hat noch weitere Auswirkungen.

Zum Thema einer Einführung des Impfwangs allgemein gibt es auch einiges an Forschungen. Cornelia Betsch und Robert Böhm weisen zum Beispiel auf das Risiko hin, dass eine Verpflichtung Reakzeptanz erzeugt. Das heißt, man verliert hiermit womöglich das Mittelfeld, das Impfen gegenüber zwar nicht unbedingt abgeneigt ist, vielleicht skeptisch denkt, aber einem staatlichen Mandat sehr wohl abgeneigt wäre. Die riskiert man zu verlieren, wenn man eine neue Impfpflicht einführt.

Abschließend scheint mir, dass ein allgemeiner Impfwang hohe symbolische und soziale, politische Kosten hätte und damit unter den aktuellen politischen Bedingungen kein geeignetes Instrument wäre. So ein Instrument mag zwar kurzfristig die Impfrate heben, aber langfristig kann es nicht das Grundproblem lösen, nämlich mangelndes Vertrauen und Unsicherheiten. Das heißt, man behandelt mit einem Impfwang ein Symptom und nicht die Ursache.

## (Folie 11)

Um zu einer weniger eingreifenden Strategie zu kommen: In manchen Ländern wird versucht, durch die Ausweitung der Angebote die Impfrate zu erhöhen. In Malta, Portugal und dem Vereinigten Königreich wird zum Beispiel die Influenzaimpfung in Apotheken angeboten. In vielen Ländern wird aber auch Pflegepersonal spezifisch für

den Impfauftrag ausgebildet, als Public Health Nurses. Dies hat oft Vorteile für die Beziehungsqualität zwischen Familien und Impfpersonal. Speziell hat man das in Schottland gesehen: Man hat beobachtet, dass Familien aus sozial schwächeren Segmenten ihre Kinder eher gegen humane Papillomaviren impfen lassen, wenn es diese Public Health Nurses in den Gesundheitsangeboten gab.

Ähnlich spezifisch ist die Möglichkeit betrieblicher Vorsorgeangebote, dass man vor allem in Arbeitsstätten die Angebote ausweitet. Das ist vor allem für Risikogruppen oder bestimmte Berufsgruppen relevant, wenn wir beispielsweise an die Influenzaimpfung für Gesundheitsberufe denken.

Insgesamt besteht aber das Risiko, dass man einen Überfluss an Angeboten bekommt und dann der Weg zur Impfung zu wenig deutlich vorgezeichnet ist. Es geht also nicht um die Quantität, sondern um die Qualität der Angebote, und hiermit meine ich vor allem eine Strukturierung an Entscheidungsmöglichkeiten.

Im Falle von Schutzimpfungen in Deutschland und auch in Österreich sehe ich ein besonderes Problem: Hier besteht nämlich eine derartige Vielfalt und Bandbreite im niedergelassenen Bereich, dass Eltern womöglich manchmal dankbar wären, wenn die Wahlfreiheit nicht allzu groß wäre – ich sage das auch als Mutter – und dafür die Kassenpraxen länger geöffnet, größer und vielleicht in Gruppen organisiert wären.

Sie sehen: Impfpolitik ist auch Gesundheitspolitik und muss in das gesamte System passen.

(Folie 12)

Ich komme jetzt zu einem Bündel an Instrumenten, das den systemischen Ansatz, den ich propagiere, erlauben könnte.

Impfregister, die schon erwähnt wurden; Datenbanken, in denen festgehalten werden kann, wer,

wo, wann, von wem und mit welchem Produkt geimpft worden ist: Damit lassen sich einerseits Impfraten exakt und zeitnah ermitteln. Andererseits können diese Datenbanken auch dafür verwendet werden, um Zielgruppen anzuschreiben und zu einer Impfung einzuladen oder sie daran zu erinnern. Das wird aktuell zum Beispiel in den Niederlanden gemacht. Hier werden jene Jahrgänge eingeladen, die ungenügend gegen Masern geschützt sind, weil sie die zweite Impfung womöglich nicht erhalten haben. Das scheint mir ein sehr effektiver Zugang zu sein.

In manchen Fällen, wie im niederländischen, aber auch im norwegischen Fall, werden diese Impfregister auch zur Forschung von Impfverhalten verwendet, wenn hierfür Zustimmung gegeben ist von den Familien, die geimpft worden sind, aber auch solchen, die die Impfung abgelehnt haben. Hier kann man beispielsweise Surveys, also Umfragen an diese Familien schicken, um zu beobachten, wie sich das Impfverhalten nach einer bestimmten Intervention verändert.

Einerseits kann also so ein Register die Entscheidungssituation infrastrukturieren, wie ich das nennen möchte, und dem bekannten Phänomen der Bequemlichkeit und Vergesslichkeit gegensteuern; Complacency, Convenience, diese Schwierigkeiten.

Andererseits eröffnet ein Impfregister Handlungsoptionen für die Forschung, mit der sich Impfpolitik unabhängig bewerten lässt. Diese transparente Evaluierung könnte wiederum das mangelnde Vertrauen von Bürgerinnen in das gesamte System stärken.

Denn mit Impfregistern kann man transparent machen, dass Impfungen sicher und effektiv sind. Man kann aber auch berücksichtigen, dass sie Nebenwirkungen haben und dass wissenschaftliche

Forschung, und zwar auch aufseiten der staatlichen Behörden, betrieben wird, um sie noch sicherer und noch effektiver zu machen.

(Folie 13)

In den Niederlanden, in Finnland und Dänemark wird das Impfreister auch für die Evaluierung neuer Impfungen verwendet, zum Beispiel die Effektivität der Impfung gegen humane Papillomaviren, und zur Sicherheit dieser Impfung. Wir haben alle beobachtet, dass es viele Kontroversen und Diskussionen um die Impfung gegen humane Papillomaviren gab.

Auf diese Art wird Pharmakovigilanz und auch die Aufsicht transparenter und öffentlicher gemacht, indem man gezielt Leute ermutigen kann, Nebenwirkungen zu melden. Damit lädt man zum Teil auch die Gesellschaft ein, besser mitzuwirken und teilzunehmen, und man vermittelt, dass man diese Sorgen und Bedenken ernst nimmt.

Zuletzt mögen Impfreister auch disziplinierend auf die Ärzteschaft wirken. Wir haben gehört, dass die Ärzteschaft beim Wahrnehmen dieser beruflichen Verpflichtung zum Impfen oft etwas nachlässig ist. Ich denke, dass durch Datenerfassung indirekt eine Art Nudging entstehen könnte und damit vielleicht auch eine stärkere soziale Kontrolle auf die Ärzteschaft im niedergelassenen Bereich.

Solange diese Daten und potenziellen Wissensinfrastrukturen nicht ausgeschöpft sind, ist eine allgemeine Impfpflicht unter den aktuellen politischen Bedingungen ein schwieriges Instrument. Ich weiß, dass das Robert Koch-Institut sich die Option eines zentralen Impfreisters angeschaut und in Betracht gezogen hat. Ich denke, dass das finnische, das britische und das niederländische Beispiel hier beeindruckende Einsichten liefern können in die Möglichkeit einer solchen Infrastruktur und in die Art und Weise, wie so eine

technische Infrastruktur auch eine neue Beziehung zwischen Staat und Gesellschaft, Wissenschaft und Medizin herstellen kann.

(Folie 14, 15)

Ich komme zum Schluss. Wenn wir Impfpolitik neu denken möchten – und dazu sind wir auch hier –, muss die Gesellschaft eine aktive Rolle spielen und nicht diese passive und abwartende Rolle, die ihr jetzt zugeschrieben wird. Der Begriff der Impfmüdigkeit riskiert auch, davon abzulenken, dass es hier um ernst zu nehmende Sorgen und Zweifel an einem zentralen Programm des Wohlfahrtsstaates geht. Das bedeutet aber auch, dass Institute und Governance-Instrumente dahingehend bewertet werden müssen, dass sie nicht nur Symptome bekämpfen (etwa sinkende Impfraten), sondern auch die Ursachen. Und das sind Vertrauensdefizite. Es gilt nicht Wissenslücken zu füllen, sondern Vertrauen aufzubauen.

Dieses Vertrauen kann unter anderem dadurch gestärkt werden, dass man neben Informations- und Bildungsarbeit auch eine Analyse des Systems angeht, sich also anschaut: Wer hat weniger Zugang, wo sind die Barrieren in der Praxis? Mit welchen verschiedenen *Öffentlichkeiten* hat man es hier eigentlich zu tun? Denn es ist ja auch nicht eine kohärente Öffentlichkeit, die dem Staat hier in dieser Intervention gegenübersteht.

Und wie können wir den Zugang zu Impfungen und dahingehende Entscheidungen und Wege im Gesundheitssystem einerseits durch Infrastrukturen vereinfachen und andererseits anpassen, da, wo es notwendig ist? Ich habe in dem Kontext vor allem die anthroposophischen Zentren in den Niederlanden erwähnt.

Die Möglichkeiten von Impfreistern in der Governance sind in Deutschland noch nicht ausgeschöpft, und in Österreich auch nicht. Hier fällt vor allem auf, dass Eltern aktiv und strukturiert

Einladungen zu Impfungen bekommen sollten. Idealerweise könnte diese Impfung in einem mittelgroßen staatlichen, pädiatrischen Versorgungszentrum stattfinden, wo vielleicht auch die Pflegekraft mit impfen könnte und Ressourcen investiert werden können in respektvolle Begegnungen, die Zeit brauchen, zwischen Ärztinnen und Familien.

Zuletzt möchte ich auf die Möglichkeit, wenn nicht sogar die Notwendigkeit hinweisen, sozialwissenschaftliche Forschung mehr in die Gestaltung von Impfpolitik einzubinden. Beispielsweise könnte man versuchen, die Werte zu erfassen, die positive Impfscheidungen prägen, und das ist ja ein großer Teil der Bevölkerung, der diese Impfungen annimmt. Damit könnte man vielleicht sogar jene verhaltensverändernden Instrumente – die Nudges – ein Stück weit demokratischer prägen und informierter gestalten, also weniger auf Basis von Modellen und Experimenten in Laboren, sondern auf Basis von kollektiven Werten, die gesamtgesellschaftlich vertreten werden.

Mit der Einladung einer Sozialwissenschaftlerin haben Sie einen großen Schritt getan in die Richtung einer Öffnung dieses Politikfeldes. Ich danke Ihnen für die Gelegenheit, hierzu einen kleinen Beitrag geleistet zu haben.

### **Peter Dabrock**

Liebe Frau Paul, wir danken Ihnen. Wie wir es bei den anderen beiden gemacht haben, erhalten Sie auch eine Frage des Vorsitzenden der AG „Impfen als Pflicht?“, Herrn Professor Henn.

### **Wolfram Henn**

Ich habe im Auditorium, soweit es für mich einsehbar ist, einen Moment ein kollektives Augenbrauen-Hochziehen gesehen, als Sie nämlich von anthroposophischer Impfberatung gesprochen haben. Was sind das für Leute, die diese Impfbera-

tung durchführen? Sind das Softcore-Anthroposophen, die also doch für Impfungen sind innerhalb ihres Weltbildes, oder wie muss man sich das praktisch vorstellen?

### **Katharina Paul**

Ich verstehe Ihre Sorgen dazu und auch das Augenbrauen-Hochziehen. Ich glaube, die Anhänger und Anhängerinnen von anthroposophischen Überzeugungen werden nicht weggehen und gehören auch nicht zu diesem sehr geringen Prozentsatz der Bevölkerung, die Impfungen komplett ablehnen. Das sind eher Segmente der Bevölkerung, die etwas mehr mitsprechen möchten und zögerlich sind bei selektiven Impfungen. Wenn wir die marginalisieren, riskieren wir, dass wir sie im Gesundheitssystem verlieren und dass sie keine Impfungen und auch keine Vorsorgeuntersuchungen für ihre Kinder mehr in Anspruch nehmen.

Die anthroposophischen Zentren im niederländischen Beispiel sind institutionalisiert; das ist ein wichtiger Punkt. Es gibt 19 oder 20 Alternativ Consultatiebureaus, in allen Städten, auch in den kleineren. Da wird auch anthroposophisch mitgesprochen, das heißt, da können Eltern hingehen und sich darauf verlassen, dass da ihre Überzeugungen und ihre Werte auch angehört werden.

Es gibt dort aber auch schulmedizinisch geschultes Personal, das auch Verständnis zeigt und vielleicht Teile dieser Überzeugungen teilt, vermute ich. Ich habe mir die Zentren nicht im Detail angeschaut, aber sie sind institutionalisiert. Das ist einfach eine Ausweichmöglichkeit für einen bestimmten Prozentsatz. Denn es gibt auch in den Niederlanden Bezirke mit einem erschreckend geringen Prozentsatz an bestimmten Impfungen.

## **Befragung der Sachverständigen durch den Deutschen Ethikrat**

### **Moderation: Prof. Dr. Wolfram Henn · Mitglied des Deutschen Ethikrates**

#### **Peter Dabrock**

Vielen Dank, Frau Paul. Wir gehen jetzt zur Anhörung der Ethikratsmitglieder über, und ich bitte die Kolleginnen und Kollegen um Meldungen, wer Fragen an unsere drei Sachverständigen hat.

#### **Andreas Lob-Hüdepohl**

Zunächst eine kurze Informationsfrage. Auf einer Folie tauchte die Zahl 32 Milliarden Geschenk einer Regierung an die Pharmaindustrie auf. Meine Frage: Kann man das irgendwie beziffern, den Anteil des Umsatzes, den die Pharmaindustrie durch Impfstoffe hat?

Ich erinnere mich, dass die Auffrischung meiner Tetanusimpfung mit vielen anderen gekoppelt war, weil es sie im letzten Sommer nur als Kombinationsimpfstoff gab. Ich fand es verwunderlich, dass man das nur als Doppelpack oder Vierfachpack bekommt. Da könnte man vermuten, dass es auch ein ökonomisches Interesse ist.

Der zweite Punkt. Herr Müller, wie stehen Sie zu dieser These, dass es im Wesentlichen ein Governanceproblem ist und nicht unbedingt eine defizitäre Öffentlichkeit darstellt? Sie haben an einer Stelle formuliert, Selbstbestimmung sei ein großes Problem. Für einen Ethiker ist das vielleicht problematisch, aber eigentlich die entscheidende Herausforderung, weil die Frage der Selbstbestimmung das zentrale Moment ist von Menschen, über ihr Leben zu entscheiden.

Ich könnte auch fragen: Was machen Frauen und Männer im Gesundheitswesen falsch, dass sie das Selbstbestimmungsbegehren von Menschen eher als Problem einer mangelnden Compliance im

Rahmen von Impfungen wittern? Es könnte ja sein, dass man hier die möglichen Vorbehalte viel ernster nehmen müsste.

Der dritte Punkt: Eltern entscheiden nicht für sich, sondern für andere. Hier taucht das Moment der Selbstbestimmung nicht so stark auf bezogen auf die eigene Person, sondern auf den anderen, dem meine Sorge gilt. Als katholischer Theologe ist mir die Religionsfreiheit ausgesprochen wichtig. Gleichwohl kennt auch sie Grenzen, wenn ich als Eltern für Kinder entscheiden muss. Wie schätzen Sie das ein?

Sie haben mit Blick auf die USA drei Typen genannt: die medizinische, die religiöse und die philosophische, das ist wohl die weltanschauliche. Wo gibt es gebotene Grenzen, sich darauf zu berufen? Weil ich als Eltern ja nicht nur für mich entscheide und die negativen Folgen tragen muss, sondern die negativen Folgen möglicherweise andere, in diesem Fall Kinder tragen. Gibt es da nicht bestimmte Grenzen, die erforderlich sind?

#### **Elisabeth Steinhagen-Thiessen**

Ich würde gern eine Frage zu älteren Menschen stellen, auch wenn das nicht im Fokus steht. Aber wir haben einen demografischen Wandel; unsere Patienten sind heute biologisch oft jünger, wenn man das mit denen von vor 20 Jahren vergleicht. Nichtsdestotrotz: Die Patienten, die stationär in den Krankenhäusern liegen, mit Infekten, mit Delir und allem, was dazugehört, sind meines Erachtens eine wichtige zukünftige Gruppe.

Deshalb die Frage an Sie: Halten Sie es für nötig, dass wir uns Gedanken machen über spezielle Impfpläne für Ältere, spezielles Vorgehen und spezielle Beratung? Ich erlebe es immer wieder in unserer Alterssprechstunde in der Charité, dass ältere Patienten kommen und fragen: „Soll ich mich impfen, soll ich mich nicht impfen?“ Denn es ist ja so, dass manche Hersteller ihre Konzentration

in den Impfstoffen gerade für die Älteren verändert haben aus gutem Grund, weil das Immunsystem nicht mehr so gut funktioniert. Ich würde gerne von Ihnen etwas zum Thema der älteren Patienten und das, was möglicherweise auf uns zukommt, hören.

### **Christiane Fischer**

Meine Fragen gehen vor allem an Frau Paul und Herrn Wichmann. Ich fand das sehr überzeugend. Ich sehe es ähnlich wie Sie: Wir haben einen Vertrauensverlust und müssen darauf aufbauen. Wir müssen sehen, dass wir die Eltern überzeugen und nicht mit Gesetzen ködern.

Meine Frage: Benötigen wir nicht eine bessere Studienlage? Wir wissen bisher nicht, ob die Rotaviren-Impfung wirklich zur Senkung der Gesamtsterblichkeit, der Gesamtmortalität führt. Wir benötigen dringend eine neue Studie zur HPV-Impfung, wie die Impfeffektivität ist. Auch das verunsichert, dass es nicht genug Studien gibt.

Wir benötigen absolute Zahlen. Die Steigerung von 1 auf 3 ist das Dreifache. Wir benötigen die absolute Zahl. Es ist unseriös, was ich auch beim Robert Koch-Institut lese. Die zweite Masernimpfung ist nach meinen Kenntnissen keine Auffrischimpfung, sondern eine Riegelungsimpfung, also dass 95 Prozent der Masernfälle durch die zweite Impfung verhindert werden. Warum sagt man das nicht?

Die Diphtherie-Impfung hat keine Herdenimmunität, sondern einen Toxoid-Effekt, einen Individualschutz.

Ich finde es sehr problematisch, dass diese Sachen nicht gesagt werden, und ich denke, dass diese Dinge den Mangel an Vertrauen verursachen, den Sie angesprochen haben. Wir brauchen eine bessere Studienlage, wir brauchen absolute Zahlen, wir brauchen eine Studienlage zur Senkung der

Gesamtmortalität. Nur dann können wir Vertrauen schaffen.

### **Claude Muller**

Vielleicht fange ich mit Ihren Fragen an. Die 32 Milliarden, die angesprochen waren, sind von Impfgegnern in Italien als Argument vorgebracht worden. Ich habe sie nicht geprüft. Italien hat eine sehr starke Impfindustrie. Wie die 32 Milliarden zusammengekommen sind, kann ich nicht sagen. Das könnte man aber ausrechnen, wobei man dann von den jetzigen oder den vorherigen Impfquoten ausgehen würde und sehen würde, wie viel die Steigerung und wie groß das Geschenk für die Pharmaindustrie ist. So müsste man die Rechnung machen.

Dann das Governanceproblem. Selbstverständlich ist Selbstbestimmung nicht ein Problem, aber Selbstbestimmung führt dazu, dass man Impfungen stark diskutiert. Die Studien, die dazu gemacht wurden, gerade auch in der Schweiz und in Deutschland, haben gezeigt: Je mehr man sich mit Impfungen auseinandersetzt, umso kritischer wird man offenbar. Man kann das praktisch immer weitermachen und findet immer neue, kleinere Argumente, die am Ende die Gesamtthematik überlagern. Aber eigentlich geht dann der Haupteffekt der Impfung verloren. Der Haupteffekt der Reduzierung der Kindersterblichkeit geht verloren, kommt in der Öffentlichkeit nicht mehr rüber, wenn man zu viel über die Nebenwirkungen spricht. Dann spricht man nur noch über Nebenwirkungen und die Hauptwirkung bleibt unerwähnt. Das ist ein Problem bei einer solchen Diskussion.

Das Problem bei der Impfung ist immer: Je besser die Impfung, umso weniger ist die Krankheit, und umso mehr kommt die Nebenwirkung der Impfung zutage. Und dieser Zwiespalt – die Impfungen schaffen die Krankheit ab und damit treten sie

mit ihren Nebenwirkungen immer mehr in den Vordergrund –, das ist das, was ich meine, wenn man diese Diskussion immer weiterführt.

Was machen die Health Care Workers falsch? Ich denke, dass unter ihnen viele kritische sind. Das ist ein europaweites Problem, das auch die EU erkannt hat. In den verschiedenen Pflegesparten und bei den Ärzten, besonders den Alternativärzten mit Alternativmedizin, sind viele, die die Impfung nicht empfehlen.

Man muss aber differenzieren, zum Beispiel ist es für Tetanus offenbar auf gleicher Ebene: Die Nutzer von alternativer Medizin impfen praktisch so viel wie die anderen. Es ist sogar so, dass bei FSME in dieser schweizerischen Studie herausgekommen ist, dass die Nutzer von Alternativmedizin mehr FSME impfen als die anderen. Da gibt es schon eine Differenzierung. Aber für Masern ist es eher ungünstig.

Es gibt Impfpläne für Ältere. Ich erinnere nur an die Empfehlungen für Influenza-Impfungen ab 60 oder 65 Jahre, insbesondere bei Personen, die multimorbid sind, also mehrere Krankheiten haben. Da gibt es Empfehlungen. Vielleicht stehen die in der Öffentlichkeit nicht so im Vordergrund wie die Impfdiskussion bei Kleinkindern. Aber das ist den Ärzten auf jeden Fall bekannt.

Dann die Veränderung der Zusammensetzung für Ältere im Vergleich zu Jüngeren. Meistens wird die Zusammensetzung für die Jüngeren geändert. Zum Beispiel ist der Impfstoff für Influenza für ältere Menschen vorgesehen. Wenn man die Indikation auf Kleinkinder ausdehnen will, kann es sein, dass man die Zusammensetzung ändert. Das hat man auch getan.

Die Rotavirus-Impfung nicht effektiv? Ich sollte Sie mal mitnehmen in ein Krankenhaus in einem Entwicklungsland, wo die Kinder vor der Imp-

fung gegen Rotavirus gestorben sind wie die Fliegen. Danach war bei Kindern, die geimpft worden sind, der Spuk weitgehend vorbei. Die Effektivität dieses Impfstoffes ist durchaus gegeben, und ich fand es sehr bedauernswert, dass der erste Impfstoff, der entwickelt worden ist, aus Gründen, die eine minimale Rolle in einem großen Land gespielt haben, aber sich nachher als falsch herausgestellt haben, deswegen vom Markt genommen wurde und erst sechs oder acht Jahre später ein neuer Rotavirus-Impfstoff auf den Markt gekommen ist.

Es ist richtig, dass die zweite MMR-Impfung formal gesehen keine Auffrischung ist. Es hat sich aber herausgestellt, dass für die Herdenimmunität eine Impfung nicht ausreicht, weil zu viele Impfversager dabei sind und die Impfquote in der Regel nicht optimal ist, und durch die zweite Impfung erreicht man beides. Man erreicht die primären und die sekundären Impfversager, vor allen Dingen die primären Impfversager, und die Impfquote erhöht sich dadurch erheblich. Das ist der Grund für die zweite MMR-Impfung.

### **Katharina Paul**

Vielleicht kann ich andocken an die Frage, ob wir mehr Studien brauchen. Impfpolitik ist auch Forschungspolitik und Wissenschaftspolitik. Vielleicht brauchen wir nicht unbedingt noch mehr Studien, aber wir brauchen eine andere Art von Studien. Es wird oft an der Qualität und an der Unabhängigkeit mancher Studien gezweifelt. Das wirkt sich auf den Begriff der Effektivität einer bestimmten Impfung aus. Viele von uns werden den Eindruck teilen, dass das Vertrauensdefizit in die Wissenschaft auch ein Problem für die Impfpolitik ist und dass man dieses Vertrauensdefizit auch nachvollziehen kann, da die Art und Weise, wie die pharmazeutische Industrie in ihrer Studententätigkeit reguliert wird, sicher eine Zeit lang

ungenügend reguliert war. Es gibt sicher Möglichkeiten, um das zu verbessern. Da müsste man ansetzen.

Was ich vorhin meinte, ist, dass wir es mit einer sehr kritischen Öffentlichkeit zu tun haben, die viel Transparenz verlangt, wie Studien geführt werden und was die Rolle des Staates daran ist.

Ein wichtiger Aspekt der Impfpolitik ist, dass es ein wohlfahrtsstaatliches Angebot ist, das eigentlich zelebriert werden sollte, weil es so stark und großzügig ist und unglaublich viel Arbeit dahintersteckt. Was aber oft im Vordergrund steht im Erlebnis, ist die pharmazeutische Industrie. Und es hat schon Gründe, warum das so im Vordergrund ist. Das ist etwas, was man bedenken muss, bevor man über Pflichten nachdenkt. Verpflichtungen sehe ich, aber Pflichten, das ist eine andere Frage.

Dazu noch ein Punkt: Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sollten nicht nur in diesem Feld der Impfungen, sondern auch in anderen mehr darüber sprechen, was sie nicht wissen. Forschung hat immer einen Zeitstempel. Da sind immer offene Fragen, ist immer der Wunsch, mehr Daten zu erheben. Das wird ja auch gemacht; das sind Bemühungen, die existieren. Aber das müsste man sichtbarer machen. Da ist einiges aufzuholen, sicher auch aufseiten staatlicher Behörden. Das Ganze, die öffentliche Gesundheit, muss öffentlicher werden. Statt die Öffentlichkeit als gegeben zu nehmen, müssen wir diese Öffentlichkeit mehr reinholen und sichtbarer machen.

Zur Frage der Governance und zur Selbstbestimmung: Mir fällt dazu eine Soziologin ein in den USA, Jennifer Reich. Sie schreibt sehr interessant zum Impfverhalten und zum Individualismus in gegenwärtigen Demokratien und sicher in den USA, wo sie von einer Verbreitung von neoliberalen Begriffen der Selbstbestimmung spricht. Sie

argumentiert, dass die Art und Weise, wie über Elternschaft gesprochen wird, suggeriert, dass Eltern und vor allem Mütter (hier ist die Genderdimension wichtig) eine eigene Entscheidung treffen *müssen*, eine eigene Meinung haben müssen und eine eigene Expertise entwickeln müssen. Das heißt, es kommt auch von woanders her. Das finde ich interessant und ist ein soziologischer Input zur Frage der Selbstbestimmung.

### **Ole Wichmann**

Ich habe eine Ergänzung zu den 32 Milliarden. Man muss einfach sagen: Das ist unseriös. Um das einmal in den Kontext zu setzen: In Deutschland sind im System der Impfungen etwa 1,2 oder 1,3 Milliarden Euro. Im Vergleich zu allen Kosten im Gesundheitssystem ist das eine kleine Nummer. Dabei darf man nicht vergessen: In Deutschland ist die Bevölkerung größer und wir bezahlen deutlich mehr für die Impfungen als jedes andere europäische Land. Das liegt am Impfsystem, was wir haben, und die Kosten, das sind nicht nur die Hersteller, die daran verdienen, sondern auch die Apotheken, Großhandel usw. Das darf man nicht vergessen.

Auf der anderen Seite brauchen wir die Industrie, damit die Impfstoffe entwickelt werden. Sie nimmt das Risiko einer Investition in Kauf. Impfstoffe sind ja sehr gut getestet auf Sicherheit, Effektivität. Ein übliches Programm für die Entwicklung liegt im dreistelligen Millionenbereich und kann am Ende auch bedeuten, dass der Impfstoff nicht so gut wirkt und nicht zum Einsatz kommt. Von daher muss man das berücksichtigen.

Zum Ausschluss und zu den philosophischen, religiösen Gründen möchte ich ergänzen: Gerade letzte Woche habe ich mit einem Kollegen aus Frankreich gesprochen, wo sie das gerade eingeführt haben. Das ist auch diskutiert worden, und

dort hat man beschlossen, nur medizinische Gründe als Ausschluss zu nehmen. Man hat gesagt: Philosophische oder religiöse Gründe sollen in Frankreich nicht gelten. Natürlich wird es stark diskutiert, aber was in der Impfcommunity international gesehen wird: Eine Impfpflicht einzuführen, die nachher nicht konsequent umgesetzt wird oder gar schlimmer, wie es in Italien passiert, ein Spielball der Politik ist, je nachdem, welche Partei gerade an der Regierung ist, mal hü, mal hott – das trägt nicht dazu bei, dass das was in der Bevölkerung bringt.

Impfung für Ältere ist ein wichtiges Thema. Gerade bei der Weltgesundheitsorganisation gibt es ein Konzept des lebensbegleitenden Impfens. Wir haben zunehmend eine alternde Bevölkerung und zunehmend Impfstoffe, zum Beispiel gerade aktuell zugelassen der Impfstoff gegen Herpes zoster, Gürtelrose. Da gibt es jetzt auch die Empfehlung. Wir haben Impfpläne.

Was aber wichtig ist, ist die Kommunikation. Ältere haben andere Zugangswege oder reagieren anders auf Botschaften als junge Eltern. Zum Beispiel läuft gerade ein BMBF-finanziertes Projekt in Thüringen, eine Kampagne: Impfen 60+ heißt die, wo man mit Kollegen aus der Soziologie und Verhaltensforschung Ansätze designt, testet und eine Kampagne implementiert, um zu gucken, wie gut die wirkt. Da ist gerade die Kommunikation wichtig.

Herpes zoster nehme ich als Anlass – Sie sprachen über die Wirksamkeit von Impfungen in Bezug auf Reduzierung von Mortalität. Gerade die ersten Impfstoffe, die wir haben, zielten vor allem darauf ab. Aber heute zielen viele Impfstoffe darauf ab, die Krankheitslast zu senken. Zum Beispiel die Rotavirus-Impfung: Natürlich sterben in Deutschland nicht viele Kinder an Rotavirus, das kann man an einer Hand abzählen. Aber wir hatten im Jahr vor der Einführung der Impfung 70,

80.000 Fälle oder 50.000 Hospitalisierungen. Und durch eine Impfung, die sehr gut vertragen wird oder sogar durch eine Schluckimpfung gemacht werden kann, können wir diese Krankheitslast in den Krankenhäusern – das ist auch psychologisch für die Eltern, man muss zwei, drei Tage mit ins Krankenhaus gehen. Das war mit ein Grund, dass die STIKO, die Ständige Impfkommission gesagt hat: Das macht Sinn. Genauso der Herpes zoster. Das kann schon die Lebensqualität einschränken, so eine Gürtelrose, über viele Monate Schmerzsymptome. Dagegen zu impfen macht schon Sinn.

Ich denke, gerade bei neueren Impfstoffen haben wir die Evidenz gut aufgearbeitet. Natürlich ist es eine Herausforderung an die Kommunikation, da stimme ich Ihnen zu. Wir brauchen definitiv bessere Wege der Kommunikation, um diese Sachen noch mehr zu erklären.

Wir haben mittlerweile Hintergrundpapiere der STIKO, die sind 40, 50 Seiten lang. 200 Publikationen, das kann nicht mal der normale Arzt lesen. Das ist einfach dafür da, um zu zeigen: Wir haben an alles gedacht. Da finden Sie die Effektivität, die Krankheitslast, Modellierung – alles, was Sie brauchen, um eine informierte Entscheidung zu treffen.

Wir sind aber dabei, zu schauen, wie wir das kondensieren können, auf Tabellen, auf Zweiseiter, wo einfach die richtigen Botschaften drin sind. Das ist nicht einfach, kann ich aus eigener Erfahrung berichten.

Abschließend noch ein Kommentar: Mit Sicherheit haben wir einige Ärzte, die impfkritisch sind. Aber das ist kein Riesenproblem. Viele Ärzte in unseren Erhebungen stehen hinter dem Impfen.

Die Unterschiede sind aber interessant: Die Pädiatrie ist grundsätzlich pro Impfen. Wenn man aber

in andere Bereiche reingeht, Allgemeinmedizin oder Gynäkologie, wo ja auch geimpft werden soll, HPV-Impfung, Röteln, andere Impfungen – da sind mehr Vorbehalte. Dabei sind das nicht unbedingt Ansichten zur Impfung, sondern man ist es einfach nicht so gewohnt. Wenn man wenig impft, ist man eher zurückhaltend. Das ist natürlich ein Aufwand, ein Aufklärungsgespräch zu machen in einer sowieso schon vielbeschäftigten Praxis. Das sind solche Barrieren, die da mit reinkommen.

### **Peter Dabrock**

Vielen Dank. Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich habe eine lange Liste und nehme nun die nächste Gruppe dran.

### **Claudia Wiedemann**

Ich habe zwei Fragen, zum einen an Herrn Müller oder Herrn Wichmann: Was heißt, die Masern eliminieren? In Australien, lange Zeit Impfpflicht, lese ich, dass sie jetzt eine Quote von 93 Prozent bei der zweiten Masernimpfung haben. In Deutschland erreicht man das auch, im Schulkindalter. Die Australier schaffen das offensichtlich schon beim Alter von zwei Jahren. In Deutschland haben wir ein großes Masernproblem, heißt es, und die Australier haben es eliminiert. Wir erreichen aber die gleiche Impfquote bei der zweiten Impfung. Da verstehe ich nicht ganz, was eigentlich genau das deutsche Problem ist.

Frau Paul, ich finde Ihren systemischen Ansatz sehr sympathisch. Aber dieses Register ist doch wieder ein Top-down-Modell, sehr bürokratisch, wo man irgendwo registriert wird, wo der Nutzer wieder passiv ist, so scheint mir das. Was sind Ihre Argumente dafür?

### **Karin Amunts**

Ich beziehe mich auf das, was Herr Wichmann zu Anfang gesagt hat. Sie haben die individuellen Konsequenzen von den gesellschaftlichen abgetrennt. Wenn man jetzt die gesellschaftlichen nimmt: Welchen Impfschutz muss man denn erreichen? Sind es 90, 95 oder 98 Prozent? Wahrscheinlich variiert das zwischen den einzelnen Impfungen. Spielen solche Fragen eine Rolle? Und wie kann man es erreichen? Die letzten 10 Menschen zu überzeugen, die überhaupt nicht wollen, ist ja viel aufwendiger, als die letzten 10 Prozent. Wie geht man das an, wie schätzt man das ab, wie viel Druck oder Überzeugung man aufwenden muss?

### **Steffen Augsberg**

Meine Frage geht an Frau Dr. Paul und bezieht sich ebenfalls auf das von Ihnen vorgestellte Modell eines Impfreisters. Wie wollen Sie das in eine allgemeine Verwaltung von Patientendaten einbeziehen? Konkret ist mir nicht klar geworden, auf welcher Legitimationsgrundlage das beruhen soll, ob auf einer Einwilligung oder einer gesetzlichen Erlaubnisnorm, vermutlich Letzterem, und welche Anknüpfungspunkte Sie sehen, um unterschiedliche Gruppen zu erfassen.

Ist das eine Registrierung, die mit der Geburt stattfindet? Dann müssten wir uns fragen, wie wir mit älteren Bevölkerungsteilen umgehen.

Haben wir damit auch spezifische Bevölkerungsgruppen im Visier? Oder wird die Gesamtbevölkerung erfasst? Das habe ich nicht ganz nachvollziehen können.

Das Ganze binden Sie ein in die Verhaltensökonomie des Nudging, das ist ein sanft paternalistischer Ansatz, der nachvollziehbar ist, der auch, glaube ich, im Vereinigten Königreich schon Erfolge hat. Diese Briefe, die Sie beschrieben ha-

ben, werden da in der Finanzverwaltung eingesetzt. Ich frage mich aber: Was bringt das bei den renitenten Impfverweigerern? Denn die werden sich durch ein sanftes Stupsen kaum von ihrer klaren Haltung abbringen lassen. Können Sie das vielleicht ergänzen?

### **Katharina Paul**

Impfregister sind für mich mehr als technische Objekte. Ich verstehe die auch als Infrastrukturen, die zwischen Staat, Gesellschaft und Medizin vermitteln können und worüber man das System besser bewerten kann, das heißt: Wer geht zu diesen Impfungen wirklich hin? Vor allem: Wer geht da auch nicht hin? Welche Bevölkerungsgruppen sind das?

Das heißt, wir beginnen besser zu erfassen, was das Problem ist und wie groß dieses Problem ist. Man kann diese Daten auch schneller erfassen und nicht erst zum Beispiel mit der Untersuchung in der Schuleingangsphase. Man könnte auch schneller intervenieren und man könnte Kampagnen in bestimmten Regionen besser anpassen. Wir haben ja von Deutschland eine Grafik gesehen, dass hier die Zahlen sehr auseinandergehen. Schon zwischen Stadt und Land in Bayern war ein beachtlicher Unterschied.

Diese Bewertung ist ein Aspekt der Impfregister. Der zweite waren diese Einladungen, die gezielt im Impfregister gesendet werden können, als etwas, was automatisch geht.

Ein dritter Aspekt ist, dass man in diesen Impfregistern, wenn man die zusammenführt, auch festhalten kann, dass da Bürgerinnen und Bürger Nebenwirkungen eintragen können. Herr Müller hatte gesagt, das Problem ist: Wenn die Nebenwirkungen so im Vordergrund stehen, sprechen wir nur noch von Nebenwirkungen und nicht mehr von der Wirkung. Das Problem ist: Die El-

tern sprechen hauptsächlich über die Nebenwirkungen, weil das einfach das ist, was man unmittelbar nach einer Impfung spürt – manchmal, nicht immer.

Und ich glaube, [...]mologen mögen diese Daten zur Meldung von Nebenwirkungen nicht. Sie finden das zu unordentlich und zu unverlässlich, weil jeder beim Paul-Ehrlich-Institut oder in Österreich bei der Aufsichtsbehörde etwas eintragen kann. Aber ich glaube, das kann eine Form von Teilnahme sein. Leute möchten das ja irgendwie loswerden, und uns wäre es lieber, wenn sie es in ein staatliches Register eintragen, als wenn sie es nur in Internetforen diskutieren. Das könnte eine Form von Partizipation sein.

Es gibt auch andere Formen von Partizipation, die in den Niederlanden zum Beispiel ausgeübt werden. In den Überlegungen zur HPV-Impfung man antizipiert: Wir könnten hier Schwierigkeiten haben. Das hat sich bewahrheitet, die Schwierigkeiten waren da, aber man hat eine Vereinigung kritischer Eltern eingeladen, um an einer Sitzung ähnlich wie dieser teilzunehmen, und da wurden auch kritische Stimmen angehört. Das ist schwierig, das ist herausfordernd, das ist kein perfektes Instrument. *Kein* Instrument wird perfekt sein, und es werden niemals 100 Prozent erreicht werden können.

Damit auch die Antwort an den Kollegen: Sie haben die als renitente Impfverweigerer bezeichnet. Ich glaube, der Effekt dieser Gruppe wird überschätzt, glücklicherweise. Denn vieles hat mit dem System zu tun, mit der Zugänglichkeit: Da muss man bis 17 Uhr in der Kassenordination, in der Kassenpraxis auftauchen, und dann ist da nur eine Ärztin. Wenn wir längere Öffnungszeiten von Kassenpraxen hätten, die viel zugänglicher sind, wo arbeitende Eltern hingehen könnten – das ist Teil des Gesundheitssystems. Impfpolitik

ist auch Sozialpolitik, Gesundheitspolitik, Forschungspolitik, Datenpolitik, ist vieles zugleich.

Zu Ihrer Frage zu den Patientenakten: Das wird auch gemacht. In Finnland kann man auf staatlicher Seite durch die Zusammenführung auch mit Gesundheitsverhalten unglaubliche Forschung betreiben. In Dänemark hat man, um mit der Kontroverse rund um humane Papillomaviren umzugehen, geschaut (und ich finde das nicht einwandfrei): Wer sind die Gruppen, die diese starken Nebenwirkungen melden? Hatten die vorher schon Beschwerden?

Ich habe einen Vortrag gehört von einem dänischen Vertreter der Behörde dort. Die konnten tolle Daten zeigen und damit sichtbar machen: Wir schauen uns an, was an dieser Sache, was an dieser Sorge ist.

Das ist natürlich herausfordernd, administrativ und rechtlich. Und man müsste im Grunde von Neuem anfangen. In den Niederlanden wurde auch neu angefangen, 2005. Ich muss aber zugleich sagen (ich rede jetzt über den österreichischen Fall): Die Tatsache, dass die Impfungen meines Kindes nur auf einem Papier, auf dem Impfpass festgehalten sind und auf dem Computer der niedergelassenen Ärztin, die vielleicht ihre Praxis bald schließt oder schon geschlossen hat, das ist schwierig. Wir können heute mit Daten ganz anders umgehen. Das finde ich nicht zeitgemäß.

### **Ole Wichmann**

Zur Frage, warum wir trotz der Impfquoten die Elimination Masern noch nicht erreicht haben: Natürlich haben wir bei Schuleingang schon gute Impfquoten. Und da wollen wir eigentlich hin: zu 95 Prozent. Sie müssen wahrscheinlich 2, 3 Prozent abziehen aufgrund der nicht vorgelegten Impfpässe. Aber da sind wir in einem guten Bereich.

Ein Defizit liegt darin, dass wir vor 15, 20 Jahren nicht so gut waren; da war zum Beispiel Australien wahrscheinlich besser. Wir haben Impfücken vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Da haben wir Daten, dass 15 bis 20 Prozent nicht geschützt sind, entweder aufgrund einer fehlenden Impfung oder weil sie die Erkrankungen nicht durchgemacht haben. Das sehen wir schon bei den Fällen, die gemeldet werden: Da sehen wir zunehmend Erwachsene. Das ist ein Problem, das wir haben.

Man darf auch nicht vergessen: Im Vergleich zur Zeit vor 20 Jahren haben wir unheimlich viel geschafft. Die Zahlen sind runtergegangen, aber seit 10 Jahren ungefähr tingeln wir uns da unten so ein. Ich denke, wenn wir weiterhin diese guten Impfquoten bei den Kindern haben, werden wir irgendwann in Richtung Elimination kommen. Aber es dauert einfach viel zu lange, auch im Kontext der internationalen Zielstellung, die wir haben, wenn wir nicht vor allem die Jugendlichen und jungen Erwachsenen angehen. Das ist das Problem. Wir werden Ausbrüche vor allem in diesen Altersbereichen haben. Irgendwann sind die durch natürliche Infektion immun. Aber die Frage ist: Müssen wir darauf lange warten?

Die zweite Frage des Impfregisters: Ich stimme dem zu, dass das ein Mittel ist, wichtige Daten zu erheben und möglicherweise auch Einladungen zu verschicken. Wir haben in Deutschland aber schon ein System, um zumindest die ersten Sachen zu machen. Das sind diese Daten, die ich Ihnen vorhin vorgestellt habe: die KV-Daten, die Abrechnungsdaten aus der ambulanten Versorgung. Da haben wir als Robert Koch-Institut eine Kooperation mit allen KVen. Wir haben von allen 17 seit 2004 alle Abrechnungsziffern zu Impfungen, zu Erkrankungen, zu U-Untersuchungen. Wir können dort runtergebrochen auf Kreisebene und Altersgruppen genau sagen, wie dort die

Impfquoten sind. Damit hat sich das deutlich verbessert. Wir können dort auch die Effektivität der einzelnen Impfstoffe bestimmen oder auch Signale zu ausgesuchten Impfnebenwirkungen.

Was wir aber nicht machen können: Das Ganze ist anonymisiert, das sind Sekundärdaten, die von den Ärzten sowieso zwecks Abrechnung erhoben werden, also kein Extraaufwand und relativ günstig. Das kostet uns um die 100.000 Euro im Jahr, das ist nicht viel. Das ist eine perfekte Nutzung der sowieso bestehenden Daten. Was wir nicht haben (weil es anonym ist), ist eine Einladung der Personen, die nicht geimpft sind.

Da ist aber die Frage, ob man, wenn man so etwas, was wir haben, schon hat, extra noch ein Impfregeister aufbauen muss mit den ganzen Datenschutzaspekten und Kosten. Da müssten zum Beispiel alle Impfpässe der Bevölkerung der letzten Jahre nachgetragen werden. Wer macht das? Und es muss vollständig sein. Es bringt nichts, wenn es freiwillig läuft, dass da manche mitmachen und manche nicht. Dann gibt es Verzerrungen in den Erhebungen. Deshalb bin ich da skeptisch.

Man könnte auch ein Einladungssystem zum Beispiel über Krankenkassen, die ja auch die Daten haben, machen, oder über Arzt-Software, die es auch gibt, dass von der Arztpraxis – wobei das natürlich ein Aufwand für die Praxis ist. Eine kleine, gut organisierte Praxis kriegt so was hin, aber bei großen Praxen mit vielen Patienten ist das ein großer Aufwand.

### **Claude Muller**

Zur Maserneliminierung: Wenn man auf beiden Seiten – Australien und Deutschland – eine Impfquote von 93 Prozent hat, sagt das nichts darüber aus, welche Gruppen diese 7 Prozent ausmachen. Das können Einzelpersonen sein, verteilt über das ganze Land, oder es können bestimmte Gruppen sein, die eng miteinander verflochten sind, und

dadurch können sich Masern über 12 Monate halten. Damit ist eine endemische Situation gegeben. Wenn es aber Einzelpersonen sind, die nur durch importierte Fälle infiziert werden, und dann zwei, drei Fälle auftreten, dann ist es eine völlig andere Situation. Das Land ist dann nicht mehr endemisch.

Hinzu kommt auch die Dichte der Bevölkerung. Die Dichte der Bevölkerung in Australien ist geringer als in Deutschland. Das spielt eine erhebliche Rolle. Die Mongolei ist ein gutes Beispiel dafür: Die Impfquote war sehr niedrig. Es gab wenig Fälle, aus welchen Gründen auch immer: Vielleicht wurden sie nicht berichtet oder sie traten nicht auf. Aber auf einmal gab es einen Riesenausbruch, der das ganze Land umfasste, weil die Bewegungsdynamik innerhalb des Landes anders war, und dann kam es dazu. Es ist ein stochastisches Phänomen, wo viel dem Zufall überlassen ist – aber nicht nur. Das muss man sich vor Augen halten.

### **Peter Dabrock**

Vielen Dank für die Antworten. Wir kommen zur nächsten Gruppe der Ratsmitglieder.

### **Stephan Kruij**

Ich habe Ihre Anregung aufgenommen und „Impfschaden“ in die Suchmaschine eingegeben. Tatsächlich kann ich bestätigen: Es ist schwer, zu seriösen Informationen zu kommen. Ich habe dann den Artikel „Sicherheit von Impfstoffen“ vom Paul-Ehrlich-Institut gefunden.

Als jemand, der aus dem Anti-Impf-Region südlich von München kommt und erlebt hat, wie im Freundes- und Bekanntenkreis tatsächlich mit Verwunderung beobachtet wird, wenn man berichtet, dass man seine Kinder hat impfen lassen – der Mangel an Vertrauen bezieht sich wahrscheinlich weniger auf die gut dargestellten Reak-

tionen an der Einstichstelle oder Immunreaktionen, plötzliches Fieber oder so. Ich denke, Angst wird dadurch erzeugt, dass Heilpraktiker von plötzlichem Kindstod, Autismus und solchen Dingen im Zusammenhang mit der Impfung sprechen. Leider kann ein Heilpraktiker in fünf Minuten mehr behaupten, als ein Naturwissenschaftler in seinem ganzen Leben widerlegen. Das ist ein Ungleichgewicht der Waffen.

Da sehe ich das Problem, dass zufällig die zeitgleiche Koinzidenz da ist: Autismus oder plötzlicher Kindstod werden dann festgestellt, wenn auch die Impfung stattgefunden hat, und da wird von einzelnen Personen oft ein Zusammenhang unterstellt, der nicht nachweisbar ist, der aber auch mit wissenschaftlichen Methoden nicht widerlegbar ist. Da ist das Vertrauen angesiedelt. Welche Lösungsmöglichkeiten sehen Sie da?

### **Andreas Kruse**

Herr Wichmann, Sie hatten zu Beginn Ihres Vortrags über die Determinanten der Inanspruchnahme von Impfmaßnahmen oder Impfangeboten gesprochen. Eine wichtige Formulierung war, dass Sie gesagt haben: auf der einen Seite das Vertrauen (von dem eben die Rede war), auf der anderen Seite das Wissen.

Sie haben außerdem gesagt: Durch die Vermittlung von Wissen können wir das Recht, aber auch die Pflicht, bestimmte Maßnahmen in Anspruch zu nehmen, fundieren. Das finde ich einen wichtigen Grund, weil das für die Prävention insgesamt gilt. Viele Präventionsmaßnahmen, die wissenschaftlich gut nachgewiesen sind, werden nicht in Anspruch genommen, weil sie nicht in einer angemessenen Art und Weise in ihren Wirkungen dargestellt werden, auch was die Falsifikation von Nebenwirkungen, die postuliert werden, angeht.

Das bringt mich zu einer bestimmten Form von Governance (um Ihren Begriff, Frau Paul, aufzunehmen), dass wir die Medizin, vor allen Dingen Allgemeinmedizin und Allgemeinmediziner, in einer anderen Art und Weise mit der Pflicht versehen, sehr differenziert Wissen zu vermitteln. Sie hatten eben auch gesagt, dass die Probleme mit Blick auf Impfen vielfach in einer allgemeinmedizinischen Praxis auftreten, weil das möglicherweise nicht mehr zum selbstattribuierten Portfolio eines Arztes oder einer Ärztin gehört.

Mit anderen Worten: Man könnte vielleicht Herrn Montgomery, der sagt: Eigentlich müssten wir so etwas wie eine Impfpflicht einführen, antworten: Du solltest in den verschiedenen Landesvertretungen dafür werben, dass eine bestimmte Form von Wissensvermittlung und darauf aufbauend auch eine bestimmte Form von Vertrauen entsteht, damit durch diese Wissensvermittlung Menschen in die Lage versetzt werden, selbstverantwortlich zu entscheiden und zu handeln.

Das gilt – das Thema wurde eben von Frau Steinhagen-Thiessen angestoßen – mit zunehmender Bedeutung auch für ältere Menschen, wo wir vielfach die Tendenz bei Medizinerinnen und Medizinern finden, a) sich überhaupt nicht mit den positiven Effekten des Impfens mit Blick auf bestimmte Risikofaktoren des Alters auseinanderzusetzen, bzw. b) ältere Menschen nicht als solche anzuerkennen, mit denen man ein fundiertes, auf Stärkung von Selbstverantwortung und Vertrauen zielendes Gespräch führen kann.

### **Carl Friedrich Gethmann**

Frau Paul, Sie haben uns als These mitgeteilt: Wir stehen nicht vor einem Problem des Wissensdefizits, sondern des Vertrauensverlusts. Dahinter steht die Vorstellung, dass sich Vertrauen und Wissen disjunktiv verhalten. Wenn das so wäre, würden alle Informationsmaßnahmen nichts zur

Vertrauensbildung beitragen, sondern irgendwelche anderen Faktoren, über die Sie nichts gesagt haben. Das überzeugt mich nicht.

Man betrachte nur mal die Frage: Woher kommt das Überzeugungssystem, das ein Individuum hat (und jeder von uns hat eins)? Nur minimal aus eigener Evidenzerstellung. Ich weiß nicht, was die kognitive Psychologie im Moment sagt; ich habe gelernt: zwischen 1 und 5 Prozent.

Ich bin überzeugt, dass es in der Antarktis viel Eis gibt. Ich habe mich nie dessen vergewissert, will auch gar nicht dahin, bin aber trotzdem überzeugt. Wie kommt das zustande?

Einmal – da wir keine Tabula-rasa-Vorstellung haben – durch Sozialisation, dann durch weitere Erfahrung, die durch Passungsüberprüfungen inhäriert wird, oder ich ändere mein Überzeugungssystem. Da sind wir alle sehr konservativ, also träge, auch Wissenschaftler.

Im Übrigen überprüfe ich ständig die epistemische Qualität der Informationsquellen. Was heißt das? Dass ich zum Beispiel die Kohärenz überprüfe: Ist das in sich stimmig? Konvergiert das mit anderen Überzeugungen und ist das konkludent? Das heißt, ich bin bereit, aus bestimmten Prämissen zu bestimmten Schlüssen überzugehen.

Das sind die Kriterien, und das sind nicht bloß individuelle, die man anführt, wenn man in Interaktion bei unterschiedlichen Überzeugungen miteinander Dissense ausficht. Dann sagt man: Du bist nicht kohärent usw.

Das heißt: Ein Großteil dessen, was man Vertrauen nennt, wird durch kognitive Prozesse gespeist, nicht durch individuelle Evidenzüberprüfung. Diese muss man genauer betrachten, und wenn man dem Großteil zustimmt, ist die Frage: Was ist eigentlich das Delta? Blindes Vertrauen

wird bei uns in der Umgangssprache weithin abwertend verstanden. Das heißt, wir wollen nicht durch den Sprung ins Ungewisse vorgehen. Deswegen erscheint mir nach wie vor Informationsbeschaffung und Informationsvermittlung ein wesentliches Element dessen, was man Vertrauensbildung nennt.

### **Ole Wichmann**

In Bezug auf die Frage zu Impfschäden stimme ich Ihnen zu. Es ist ein Problem, dass manchmal das temporäre Ereignis nach der Impfung mit der Kausalität – das ist eine Herausforderung. Es gibt aber diverse Studien vor allem epidemiologischer Art, die so etwas durchführen.

Einmal sind natürlich alle Impfstoffe zugelassen. Da gab es Studien im Vorfeld, ob die Impfungen grundsätzlich sicher und effektiv sind. Aber was man nicht durch diese Studien aufdecken kann, sind äußerst seltene Nebenwirkungen, weil die einfach nicht groß genug sind.

Aber es gibt epidemiologische Studien. Gerade zu Autismus gibt es sehr gute und ausreichende Evidenz. Die Studien zeigen durchgehend, dass es keinen Zusammenhang zwischen Autismus und Masern gibt. Es gibt diverse Studien mit über 100.000 Teilnehmern oder Patienten, die untersucht wurden. Man muss das natürlich zusammenstellen und so vermitteln, dass das bei den Menschen, die sich impfen lassen, ankommt. Das ist immer eine Herausforderung.

Das Zweite: Es ist wichtig, Impfschäden von Impfkomplicationen zu unterscheiden. Gerade die Schäden – da hatte ich eben noch einmal nachgesehen: Das Letzte, was auf nationaler Ebene publiziert wurde, ist von 2009. Natürlich ist da ein Defizit. Aber man ist dabei, diese Informationen auf nationaler Ebene besser aufzuarbeiten und zu publizieren. Im Jahr 2009 hatten wir 222 Anträge, von denen 33 bewilligt wurden. Es ist wichtig,

diese Daten transparent darzustellen, genauso wie die Komplikationen, die dann in einem Meldeweisen aufschlagen.

Die Wissensvermittlung gerade auch an die Ärzte ist eine wesentliche Sache; das hatte ich auch gesagt. Gerade den Ärzten muss man es ermöglichen, dieses Wissen an die Patienten weiterzugeben.

Impfen, Impfstoffe und die Studien, die dahinterstehen, das ist unheimlich komplex. Deshalb leistet sich der Staat auch so etwas wie die Ständige Impfkommission und das Fachgebiet, für das ich zuständig bin, die ganze Evidenz, die wir aufzuarbeiten, wo wir nichts anderes machen, als uns kontinuierlich die Studien anzuschauen und teilweise auch Studien zu implementieren. Das ist ein ganzes System dahinter, bis es zu den Impfempfehlungen kommt.

Aber man muss es noch besser schaffen, den Ärzten diese Sachen kompakt an die Hand zu geben, damit sie dieses Wissen, was für die Entscheidung nachher relevant ist, zu vermitteln.

Was ich aber auch denke: Man muss auch an die Pflicht des Arztes appellieren. Auch wenn man eine andere Einstellung hat, sollte es trotzdem verpflichtend für einen Arzt sein, den Patienten oder die Patientin entsprechend aufzuklären. Nur weil man selber die eigene Einstellung hat, darf man diese Information nicht vorenthalten. Wir haben seit letztem Jahr das erste Mal diesen Aspekt auch in die STIKO-Empfehlungen reingebracht. Wie ich gehört habe, hat das dazu geführt, dass der Aspekt der Verpflichtung des Arztes aufzuklären in der Ärzteschaft mehr diskutiert wird.

Man muss auch dort den Ärzten Dokumente an die Hand geben. Was ich jetzt im Gespräch von Kollegen gehört habe und was ich sehr schön fand: Die nutzen ein Dokument der Weltgesundheitsorganisation für Eltern, die sich weigern,

impfen zu lassen. Das ist ein Dreiseiter, wo etwas (aber nicht nur) zu Risiken und Nutzen der Impfung steht und wo man vielleicht sogar unterschreiben muss (so ein Opt-out, was schon genannt worden ist), dass man sie auch aufklärt: Was ist das Risiko, sich nicht impfen zu lassen? Manche Kollegen lassen sich sogar von den Eltern unterschreiben: „Hiermit bestätige ich, dass mir die Risiken bewusst sind, falls ich mein Kind nicht impfen lasse, was das für Konsequenzen für mein Kind haben könnte.“

Daran kann man mit Sicherheit noch arbeiten.

### **Katharina Paul**

Ich möchte kurz auf die kritischen Fragen eingehen. Ich schätze es als nicht träge Forscherin, wenn ich in meiner Perspektive herausgefordert werde, und ich glaube nicht, dass unsere Auffassungen hier stark auseinandergehen. Ich glaube eher, dass ich eine andere Auffassung habe von der Beziehung zwischen Wissen und Vertrauen, und wollte nur darauf hinweisen, dass Wissen allein keine ausreichende Bedingung ist für das Impfverhalten, das wir uns innerhalb eines solidarischen Gesundheitssystems vorstellen, und dass Informationsarbeit, Wissensvermittlung nicht das einzige oder ausreichende Instrument sein kann.

Es ist schon lange in Verwendung und es wird daran gearbeitet, es kohärenter und konsistenter zu machen. Es ist sicher verbesserungswürdig, aber in den Sozialwissenschaften, gerade in der Soziologie, wird seit den späten Achtzigerjahren argumentiert, dass das Modell des Wissensdefizits nicht geeignet ist, um mit diesen schwierigen, technikintensiven Themen umzugehen. Das bezieht sich genauso auf die Diskussion um genetisch modifizierte Organismen usw. Da ist nicht das Wissensdefizit ursächlich für die Kritik, für die Skepsis der Bevölkerung oder mancher Öffentlichkeiten, sondern andere Dinge. Auf diese

anderen Dinge müssen wir auch eingehen. Das wollte ich damit argumentieren.

### **Claude Muller**

Ich möchte noch etwas ergänzen zu dieser unheilvollen und falschen Studie, die in England erschienen ist. Ich möchte sie nicht noch einmal mit diesem Terminus belegen. Denn wir, die wir dies immer wiederholen, sind die, die dieses Narrativ wachhalten. Das ist ein Problem, weil die Studie seit mindestens 10 Jahren durch unterschiedliche Gremien in verschiedenen Ländern widerlegt worden ist. Man hat die Studie und die Hintergründe der Studie noch einmal genauer angeschaut und gesehen, wie viele Missstände dabei zutage getreten sind.

Aber es ist durchaus ein Problem, wie Sie sagten: Wenn ein Impfgegner einen Satz sagt, dann brauchen Sie eine halbe Stunde, um jeden Teil dieses Satzes zu widerlegen. In den Medien ist es oft sehr schwierig, besonders, wenn die Medien etwas tun, was sie als *unbiased reporting* nennen.

Dann ist es auch eine Formulierungssache. Die Wissenschaftler können immer nur sagen: Es gibt keinen Hinweis für einen Zusammenhang. Und dann bekommen sie als Antwort: Ja, dann kann doch ein Zusammenhang bestehen! Das sind eben die Grenzen der Wissenschaft.

### **Katharina Paul**

Noch eine kurze Bemerkung. Wir haben viel über die Impfgegnerinnenbewegung gesprochen. Eigentlich sind alle Gruppen in dieser Bewegung an ein bestimmtes Issue gebunden, ob Autismus oder Wakefield ...

[Zuruf: Nicht wiederholen]

Ob dieses Issue oder bestimmte Impfungen – das sagt uns auch etwas über die Vertrauensverhältnisse bezüglich dieser Issues. Damit, auch mit dem schon mehrfach Erwähnten, ist damals nicht

gut umgegangen worden, auch nicht durch die Medien. Die Medien spielen eine große Rolle im Reproduzieren dieser Erlebnisse.

### **Claude Muller**

Gerade im Vereinigten Königreich haben die Medien in der Zwischenzeit aber eine andere Haltung eingenommen und sogar eingesehen, dass sie da Mist gebaut haben, und fordern jetzt sogar vermehrt Impfungen. Ich hatte ja eine Folie gezeigt, wo die Impfskepsis auf einem historischen Niedrigpunkt angekommen ist. Da hat sich einiges getan. Wir sollten nicht immer wieder darüber sprechen, um das Narrativ nicht wachzuhalten.

### **Peter Dabrock**

Ich habe eine letzte Runde von Fragen aus dem Ethikrat.

### **Franz-Josef Bormann**

Meine Frage geht an Herrn Wichmann und Herrn Muller. Es wurden mehrmals verschiedene Personengruppen identifiziert: Herr Wichmann sprach von den Jugendlichen, den jungen Erwachsenen, die besonders wichtig sind, oder den Angehörigen der Gesundheitsberufe in den verschiedenen Schattierungen. Dann wurden immer diese harten Impfgegner identifiziert.

Meine Frage ist: An welche Gruppe würden Sie sich prioritär wenden, wenn Sie eine Strategie für das Impfen entwickeln sollten? Herr Wichmann, macht es aus Ihrer Sicht Sinn, sich auf das Projekt einzulassen, die Impfgegner, jedenfalls jene Impfgegner aus eigener Weltüberzeugung, mit maßgeschneiderten Gegenargumenten zu attackieren? Oder würden Sie sagen: Das bringt überhaupt nichts, das ist vergebene Liebesmüh und wir sollten uns besser an andere Personengruppen wenden?

Der zweite Teil meiner Frage betrifft das Problem des Zusammenhangs zwischen Vertrauen und anderen Faktoren. Vertrauen ist ein multifaktoriell bedingter Konstruktbegriff, der sich aus verschiedenen Quellen speist. Selbst wenn es kein disjunktives Verhältnis ist, also Wissen eine Komponente von Vertrauensentwicklung ist, stellt sich die Frage, was darüber hinaus noch besonders wichtig ist. Ist es die mediale Unterstützung der Aufarbeitung, der Vermittlung? Ist es die Frage, wie Frau Paul gesagt hat, der systemischen Implementierung? Was außer der Aufklärungs- und edukatorischen Komponente ist aus Ihrer Perspektive besonders wichtig? Gerade aus einer internationalen Perspektive. Was wirkt am besten, wenn man das Ziel erreichen will, die Quote zu erhöhen?

### **Wolfram Höfling**

Ich möchte an Herrn Gethmann anknüpfen, aber es etwas versöhnlicher formulieren. Es geht darum, dass man vertrauensbildende Wissensgenerierung und Wissensvermittlung installiert. Der zentrale Akteur ist in Deutschland wohl die STIKO oder das Robert Koch-Institut. Herr Wichmann, Sie hatten uns zu Beginn einen Entscheidungsbaum gezeigt vom RKI über die STIKO und wie es dann weitergeht.

Zwei Fragen habe ich dazu. Es gibt noch zwei weitere Akteure in diesem staatlichen Regulierungsprogramm: Das sind einmal die obersten Landesgesundheitsministerien, die ja Ihre Empfehlungen nicht übernehmen *müssen*. Da wäre meine Frage: Gibt es Fälle, wo das passiert ist, und welche sind das?

Zweitens: Dasselbe gilt für den G-BA, die Frage der Kostenerstattung. Der G-BA kann von Ihren Empfehlungen abweichen, mit Gründen. Ist das geschehen? Und mit welchen Argumenten? Das

würde mich interessieren und leitet mich zu einer grundsätzlicheren Frage über:

Sie haben eben in einem Diskussionsbeitrag – da ging es um die Rotaviren – den für mich erstaunlichen Hinweis gegeben, dass in der Abwägung auch die Lebensqualität eine Rolle spiele; nämlich müssen Eltern mit ihren Kindern ins Krankenhaus. Ich habe nichts dagegen, dass man das in die Abwägung einbezieht. Aber ist das eine Abwägung, die Aspekt eines Entscheidungsprozesses der STIKO ist? Ist die in ihrer Zusammensetzung für diese ethisch doch anspruchsvolleren Entscheidungsprozesse eigentlich installiert?

Oder müsste oder könnte man da nicht – und das wäre eine weitere Frage – das IQWiG [Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen] mit einschalten, dass dieses im Anschluss an die STIKO noch mal eine andere Kosten-Nutzen-Abwägung macht?

Nicht dass Sie mich falsch verstehen: Ich habe persönlich keine Vorbehalte gegen die STIKO. Aber unter dem Aspekt der Vertrauensbildung – weil es institutionelle Vorbehalte gegen diese Institution gibt – müsste man darüber nachdenken, ob es da andere Entscheidungsprozesse geben könnte.

Herr Muller, eine informative Frage: Sie haben für mich überraschend gesagt: Der Bible Belt – ja gut, dann lassen wir die eben in den Niederlanden. Es ist kein großes Problem, dass sich dieser Gürtel da von Süden nach Norden gegen alles sträubt und auch gegen Impfungen. Ich habe allerdings nicht verstanden, wie die Niederländer verhindern, dass daraus wirklich ein Problem entsteht.

Ich habe auch ein bisschen irritiert zur Kenntnis genommen, dass Sie gesagt haben: Na gut, dann machen wir ein Opt-out-Modell; wenn einer sagt: „Das ist religiös motiviert“, dann darf der raus. Wenn aber einer aus *eigener* Weltanschauung

sagt: „Nee, das mach ich nicht mit“, dann halte ich den dabei. Als Verfassungsrechtler würde ich sagen, das wäre in Deutschland jedenfalls nicht zu realisieren.

### **Ilhan Ilklic**

Ich habe zwei Fragen, meine erste Frage geht an Frau Paul. Sie haben in Ihrem Vortrag Impfreghister starkgemacht, damit man bessere Impfquoten erreicht. Wir haben in den Vorträgen auch gesehen, dass ähnliche Ansätze oder Konzepte in verschiedenen Ländern unterschiedliche Erfolge erzielen können. Sie haben auch positive Beispiele aus nordeuropäischen Ländern gegeben.

Die Frage ist, ob diese Impfreghister in allen Ländern dieselben Ergebnisse erzielen können. Vor allem, wenn in manchen Staaten, wie es auch in Deutschland der Fall ist, eine gewisse Skepsis besteht, wenn es um Datenschutz usw. geht. Die Frage ist, ob Impfreghister vielleicht sogar kontraproduktiv wirken können, vor allem dann, wenn man besondere Gruppen in einer heterogenen Gesellschaft berücksichtigt, also vulnerable Gruppen wie Asylsuchende, Menschen ohne Papiere usw.

Die zweite Frage geht an Herrn Wichmann: Wir wissen durch die KiGGS-Studie [Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland], dass der Geburtsort entscheidend ist, vor allem für die Zugewanderten. Meine Frage ist mehr eine Wissensfrage, ob es in verschiedenen Ländern in Europa erfolgreiche Projekte gibt, wenn es um die Verbesserung der Impfquote bei den Migranten geht, die aus dem Ausland gekommen sind.

### **Claude Muller**

Was wirkt am besten, um die Quoten zu erhöhen? Ich würde sagen, das Prinzip muss sein: *low-hanging fruits*, die, die man am leichtesten erreicht. Das sind für mich die, die ich opportunistische

Impfskeptiker genannt habe. Wenn Sie sich an die mit dem eigenen Weltbild heranwagen, ist das okay. Aber unterscheiden Sie zwischen den Missionierenden und denen, die sich das für sich selbst zurecht gemacht haben, aber nicht unbedingt die ganze Welt davon überzeugen wollen.

Dann zum Thema Bible Belt. Sie als Verfassungsrechtler setzen die philosophische und die religiöse Anschauung auf ein Niveau. Das wird in Amerika in vielen Staaten nicht so gesehen. Es gibt unterschiedliche Befreiungsmodi. In den einen Staaten wird medizinisch *und* religiös, in den anderen medizinisch und philosophisch und in den dritten alle drei berücksichtigt. Dazu kann ich nicht mehr sagen.

Für die, die jetzt zum Arzt kommen und eine eigene Anschauung haben, aber nicht unbedingt so vehement sind, dass sie sagen: „Alle meine Freunde müssen das auch machen; ich werde viel Zeit aufwenden, um die zu überzeugen“ – ich denke, man müsste eine Kommunikationsstrategie für Ärzte entwickeln, die man denen an die Hand gibt, damit sie leicht und schnell unterscheiden können, wer vor ihnen sitzt:

Wenn das jemand ist, der mit missionarischem Eifer andere überzeugen will, dann muss er seine Zeit da nicht so sehr reinhängen. Wenn es aber jemand ist, den man mit gezielten Argumenten erreichen kann, man kann fragen: „Was ist das Problem? Oder warum meinen Sie?“, dann denke ich, dass man die Zeit aufwenden kann. Es geht immer darum zu differenzieren, wen man vor sich hat und ob man eine Chance hat oder nicht.

Es ist absolut frustrierend, und ich habe das schon gemacht, dass ich über eine Stunde mit jemandem diskutiert habe, und das Gespräch war immer eigentlich: „Ja, ja, ja, ja“, und am Ende sagte mir die Mutter: „Aber Herr Doktor, Sie verstehen nicht. Mein Kind ist das Wichtigste, das Schönste,

was ich habe.“ Ich habe gesagt: „Klar, dann müssen Sie impfen!“ – „Und deshalb kann ich es nicht impfen“, nach 70 Minuten. Vielleicht liegt es an mir, vielleicht auch nicht.

### **Katharina Paul**

Zur Frage von Herrn Ilkilic, ob die positiven Ergebnisse, die wir in nordeuropäischen Ländern erleben, auch einfach in anderen Ländern eingeführt werden können. Natürlich nicht! In der Impfpolitik, wenn wir *eines* aus dem Vergleich verschiedener Länder lernen, dann ist es: *One size does not fit all*. Wir können nicht ein System, ein Instrument importieren und woanders aufsetzen, sondern jedes muss immer dem Kontext angepasst werden. Deswegen müssen wir so viel wie möglich über den jeweiligen Kontext wissen, in dieser Frage heute über Deutschland.

Das wollte ich damit nicht suggerieren, dass man es einfach einführen könnte. Wir sehen aber auch, dass mit diesen Impfregeistern viel Transparenz hergestellt werden kann, nicht zuletzt über neue Impfungen. Man kann ja mit Impfregeistern auch die Langzeiteffektivität messen mit Kohortenstudien, die sehr gut und sauber geführt werden können. Das kann auch Vertrauen schaffen.

Sie hatten nach bestimmten Populationen gefragt, die diese Datenerfassung, die Registrierung nicht als positiv erleben würden. Das ist auch ganz wichtig. Das ist bei Roma der Fall und sicher auch bei Geflüchteten, wo diese Registrierung eine andere Bedeutung haben könnte. Damit muss man sehr sensibel umgehen. Es gibt sicher verschiedene Möglichkeiten, um diese Frage zu bearbeiten.

Die Herausforderung bei den nicht genügend geimpften Roma ist eher die Erreichbarkeit, nicht dass sie das nicht wollen, sondern dass man sie schwierig erreicht, weil sie zum Beispiel einen anderen Lebensstil haben.

### **Ole Wichmann**

Zur Frage, auf welche Zielgruppe ich mich konzentrieren würde. Da besteht zumindest in der Impfcommunity Konsens: Sich auf die eingefleischtesten Impfgegner zu konzentrieren lohnt sich nicht, also da irgendwie Argumente zu bringen. Denn die sind häufig überhaupt nicht zugänglich und verleugnen ja auch Wissenschaft.

Wenn ich die Wahl hätte: Die *low-hanging fruits* ist mit Sicherheit ein wichtiger Ansatz. Da sehe ich zum Beispiel gerade die Jugendlichen als eine Zielgruppe, wo man einfach Impflücken schließen kann und wo einige Impfungen sind, die aufgefrischt werden. Oder die HPV-Impfung finde ich eine wichtige Maßnahme. Da könnte man vielleicht durch eine gezielte Einladung zur JI schon viel bewegen.

Die andere Zielgruppe ist für mich das Gesundheitspersonal, also sowohl sie zu befähigen, als Multiplikator zu wirken, als auch selber geimpft zu sein. Es ist nicht vertretbar, wenn auf der Intensivstation durch nicht geimpftes Pflegepersonal oder Ärzte Masernfälle eingeführt werden.

Die zweite Frage zielt in Richtung STIKO. Die STIKO-Empfehlungen sind die Grundlage für die Landesempfehlung oder die hohen Landesbehörden. Hier ist es selten der Fall, eigentlich gar nicht, dass eine Entscheidung nicht übernommen worden ist. Im Gegenteil, wenn, dann setzt man eher noch was drauf. Klassisch ist zum Beispiel die Influenza-Impfung: Wo es von der STIKO die Risikogruppenstrategie gibt, wird sie in vielen Bundesländern allen empfohlen. Aber nicht unbedingt, weil das die beste Impfstrategie ist, sondern um bei allen, zum Beispiel auch in Betrieben Geimpften oder die es möchten, einen Impfschaden, wenn es dazu kommt, zu regulieren. Das ist nach meinem Verständnis die Motivation dahinter, wenn man darüber hinausgeht.

Der G-BA ist äußerst selten. Er muss schon richtig gute Gründe haben, wenn man der STIKO nicht folgt. Man muss wissen: Die ganze wissenschaftliche Arbeit läuft in der STIKO bzw. teilweise in der Geschäftsstelle. Das ist sehr komplex. Wir brauchen üblicherweise ein bis zwei Jahre für eine Empfehlung eines neuen Impfstoffs. Diese Kapazitäten hat der G-BA gar nicht. Wir stellen dort die ganzen Sachen vor. Es muss natürlich transparent sein und evidenzbasierten Methoden entsprechen, und da noch Gründe zu finden, es abzulehnen, ist äußerst selten. Deswegen gibt es da keine großen Beispiele.

Ihre Frage nach dem IQWiG: Das ist international, also HTA, Health Technology Assessment. Ich wüsste nicht, wie die dort noch zusätzliche Sachen mit reinbringen. Es sind genau diese HTA-Sachen. Ich hatte auch viel mit anderen Impfkommisionen international diskutiert, wo das immer mal gefragt wird. Aber so eine nationale Impfkommision ist ein Konzept, das fast alle Länder haben. Das wird auch von der WHO empfohlen. Gerade was ich eben sagte: Eine Modellierung zum Beispiel für das komplexe Transmissionsmodell einer Bevölkerung einer Infektionskrankheit ist so komplex, das dauert ein bis zwei Jahre. Das ist etwas ganz anderes, als was sie bei der HTA, zum Beispiel IQWiG machen. Das können sie teilweise innerhalb von ein paar Wochen machen, die Bewertung.

Bei uns kommen natürlich noch Aspekte hinzu wie Lebensqualität oder Akzeptanz der Impfungen, wie ein Impfstoff oder eine neue Impfung integriert werden kann. Wir haben einen ganzen Fragenkatalog, der sich mit den wesentlichen Aspekten, eine neue Impfung einzuführen, beschäftigt. Deswegen denke ich, dass es da gut aufgehoben ist. Natürlich gibt es eine Historie, das haben Sie ein bisschen durchblicken lassen. Vor einiger

Zeit gab es [...] Evidenzbasierung usw., aber das haben wir mittlerweile gut geregelt.

Ein letzter Aspekt: Impfen und Migration. Das ist ein schwieriges Thema, weil wir da relativ wenig Daten haben. Ich habe keine Übersicht, wie andere Länder in der EU das machen. Was wir vor allem in den Daten, die ich vorgestellt habe, sehen: Es ist nicht nur der Geburtsort, sondern das ist kombiniert mit den Sprachkenntnissen der Eltern und des Kindes. Das hat einen großen Einfluss darauf. Zugangswege gerade der legal hier Lebenden, das ist auch schwierig. Wo wir zum Beispiel viele Masern gesehen haben, das war vor allem bei EU-Migranten, nicht mal Flüchtlinge von außerhalb der EU, sondern gerade dort gibt es die Probleme. Da heranzukommen und entsprechend zu informieren ist eine Herausforderung.

### **Peter Dabrock**

Sie kennen vermutlich die Sendung „Hart aber fair“. Da gibt es in der letzten Runde eine kurze präzise Frage mit kurzen, präzisen Antworten. Diese Frage wird Wolfram Henn jetzt stellen.

### **Wolfram Henn**

Ich versuche aus dem, was Sie gesagt haben und was wir diskutiert haben, eine Schnittmenge herauszubilden. Drei Punkte sind nahe am Konsens.

Erstens: Wir brauchen ein Impfreister, wie auch immer dieses strukturiert wird, als Forschungsressource und als Möglichkeit zur gezielten Kommunikation.

Zweitens: Zurückhaltung gegen pauschale Zwangsmaßnahmen in die Allgemeinbevölkerung hinein.

Drittens: Fokus der Maßnahmen auf die Stakeholder, die Professionellen, insbesondere auf die Ärzteschaft.

Jeder von Ihnen hat einen Wunsch: Wenn Sie sich eine Maßnahme herauspicken sollten, welche

würden Sie möglichst bald in Deutschland implementiert sehen wollen?

### **Katharina Paul**

Bemühungen zur Transparenz und zu der Art und Weise, wie staatliche Behörden versuchen, sich von der pharmazeutischen Industrie unabhängig zu machen, ist sicher von substanzieller Wichtigkeit für den Aufbau von Vertrauen zur Öffentlichkeit.

### **Ole Wichmann**

Ressourcen und mehr Kompetenz in der Kommunikation mit der Zielgruppe, gerade die Multiplikatoren, Ärzteschaft, die Wissensaufbereitung entsprechend für die Zielgruppen finde ich einen wichtigen Punkt.

### **Claude Muller**

Die Ärzte mehr in die Pflicht nehmen und dann zur Kontrolle oder zum Nachweis fordern beim Zugang zu Bildungseinrichtungen, sofern kein Register oder etwas anderes besteht.

## **Schlusswort**

### **Prof. Dr. Peter Dabrock · Vorsitzender des Deutschen Ethikrates**

Dann danke ich Ihnen für diese letzte Runde, die Einschätzung, wo wir vorrangig ansetzen sollten. Ich danke Ihnen überhaupt für Ihre differenzierten und ausführlichen Ausführungen, die uns zu denken geben, um unsere Frage „Impfen als Pflicht?“ ethisch-rechtlich, aber auch medizinisch und politisch in den Blick zu nehmen.

Haben Sie herzlichen Dank, dass Sie der Veranstaltung so konzentriert gefolgt sind. Ich hoffe, dass auch Ihnen diese Anhörung einiges gebracht hat, so wie sie uns etwas gebracht hat.

Ich danke den Simultanmitschreiberinnen, die uns wie immer kompetent und treu zur Seite gestanden haben, um auch diese Veranstaltung möglichst inklusiv durchführen zu können.

Ich wünsche Ihnen, die Sie nicht zum Ethikrat gehören, einen guten Nachhauseweg. Der Ethikrat wird nach der Mittagspause seine Sitzung als nicht-öffentliche Plenumsitzung fortsetzen. Herzlichen Dank.