

Impfen – für wen?

Vaccination – for whom?

Autor

H.-H. Abholz

Institut

Abteilung für Allgemeinmedizin, Universität Düsseldorf

Impfungen sind Schutzmaßnahmen, die unterschiedliche „Schutzbedürftige“, nämlich „den Einzelnen“ und „die Gesellschaft“ haben. Und zudem sind die Zielsetzungen dieses Schutzes nochmals unterschiedlich. Dies sich zu verdeutlichen, ist von Bedeutung, wenn es um die Frage geht, ob es bzw. in welchem Fall es eine Verpflichtung zur Impfung geben soll oder nicht bzw. diese ethisch gerechtfertigt ist oder nicht. Impfungen stehen damit zwischen individualmedizinischer Aufgabe und Public-Health bezogener Vorgabe. Da hierzulande die Impfungen in der Regel Aufgabe des Kinder- oder Hausarztes ist, diese Ärzte also zwischen diesen Auf- und Vorgaben stehen, erscheint es hilfreich, sich die Zielsetzungen von Impfungen generell und einzelnen Impfungen differenzierend klar zu machen, um als Handelnder zu sehen, wer der „Auftraggeber“ ist, der Patient oder die Gesellschaft. Um es vorwegzunehmen: Es geht hierbei immer um die Fragen:

- a) Individueller Schutz und/oder Schutz einer Bevölkerung; sowie
 - b) Individuelle Impf-Freiheit vs. gesellschaftlicher Anspruch auf Einschränkung derselben
- Dabei sind die folgenden Konstellationen vorhanden:
1. Eine Impfung dient **allein dem Individuellem Schutz** vor einer Infektionskrankheit und diese ist im Falle des Auftretens nicht von Mensch zu Mensch weiter zu geben. Dies ist bei der Tetanus-, Gelbfieber-, FSME- oder der Tollwut-Impfung gegeben. Für solche Impfungen ist nicht einzusehen, warum eine Impfpflicht bestehen soll – es sei denn man ist der Ansicht, dass die Gesellschaft, die Versicherungsgesellschaft, im Falle des Auftretens einer solchen Erkrankung nicht für deren Behandlung finanziell zuständig sein sollte, weil dieses Auftreten doch über Impfung verhinderbar gewesen wäre.

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

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

- A. Zu groß wäre der Schaden für den gesellschaftlichen Zusammenhalt der Menschen. Denn eine „Spitzelgesellschaft“ würde aus den dann notwendig werdenden „Schuldprüfungen“ erwachsen.
- B. Die Grenzziehung zwischen „schuldhaft“ und „nicht schuldhaft“ ist real sehr schwierig: So könnte man auch den Bundestagsabgeordneten als schuldig an seinem Herzinfarkt ansehen, weil er übermäßig viel Stress sich aussetzt, neben seiner Tätigkeit im Bundestag noch für zahlreiche Beratertätigkeiten aktiv wird und so anhaltend Konflikten sich aussetzt.
- C. Schließlich würde ein grundsätzlicher Konsens in der GKV infrage gestellt, nach dem bei Krankheit unabhängig von der Verschuldensfrage die Solidargemeinschaft helfend verantwortlich ist.
- D. Darüber hinaus wäre anzunehmen, dass man mit einer Einführung des Verschuldensprinzips in weitere definitorische, aber sozialrechtlich wirksame Schwierigkeiten käme: Die Definition dessen, was als krank angesehen wird, könnte und müsste erweitert werden. Denn z. B. bei Krankheiten, die durch Alkohol hervorgerufen werden, kann das Verschuldensprinzip schon deswegen

Peer reviewed article

eingereicht: 04.12.2007

akzeptiert: 13.12.2007

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-1004608

Online-Publikation: 2008

Z Allg Med 2008; 84: 72–74

© Georg Thieme Verlag KG

Stuttgart · New York

ISSN 1433-6251

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. H.-H. Abholz

Universitätsklinikum

Düsseldorf

Abteilung für Allgemeinmedizin

Geb. 14.97

Moorenstr. 5

40225 Düsseldorf

abholz@med.uni-duesseldorf.

de

heute nicht gelten, weil „Alkoholismus“ eine Krankheit ist und Kranke nicht aus der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen werden dürfen.

Aber wo ist der Unterschied zu dem „Impf-Ängstlichen“, den ich mit fast der gleichen Berechtigung als „Angstkrank“ auch darstellen kann. Diese Angst hindere ihn – so könnte man es sehen – Impfungen zu akzeptieren, also das Vernünftige zu tun. Denn Impfungen – so zumindest die Impfbefürworter – sind nutzenbringend und haben nur minimale Nebenwirkungsraten; es gibt nichts Vernünftiges dagegen zu sagen.

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

2. Eine Impfung dient **dem eigenen Schutz und dem anderer**. Dies bedeutet, dass die mittels Impfung zu verhindernde Erkrankung der Geimpfte Einzelne nicht bekommen wird und er sie damit auch nicht an andere „weitergeben“ kann. Hier sind zwei unterschiedliche Konstellationen zu unterscheiden:

2A. Die zu prävenierende **Erkrankung** ist auch ohne Impfung **selten** in einer Bevölkerung. Eine Impfung gegen Hepatitis B zählt hierzu, weil nicht nur der eigene Schutz, sondern auch der Schutz von Geschlechtspartnern oder – im Falle z.B. eines Chirurgen – Personen resultiert, die über einen Blut zu Blut Kontakt infiziert werden können und dann andere infizieren können.

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

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

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

Denn die Mittel sind nicht unendlich: Wenn alles bezahlt würde, was mit auch kleinstem, aber nachweisbarem Nutzen möglich ist, dann stünde die „Zugänglichkeit für alle“ zu den GKV-Gesundheitsleistungen aufgrund der so entstehenden Nichtbezahlbarkeit aller Leistungen zur Disposition. Man hätte ein mögliches „medizinisches Ma-

ximum“ der „Sozialen Gleichheit in der Versorgung“ geopfert.

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

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

Hier wird einheitlich eine Impfpflichtung gesehen.

- 2B. Die zu prävenierende **Erkrankung** ist ohne Impfung **häufig** in einer Bevölkerung. Dies ist für die meisten sog. Kinder-Impfungen, wie z.B. Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, Masern, Röteln, Windpocken usw. der Fall. In Bezug auf eine Impfpflichtung gibt es zwei Positionen:

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

Die andere Position besteht darin, dass darauf hingewiesen wird, dass Krankheit Krankheitskosten verursacht und diese nur bei Nichtgeimpften im Falle einer Krankheit entstünden, also unnötigerweise gesellschaftlich getragen werden müssten; eine Impfverweigerung gesellschaftlich unzumutbar sei. Folgeschäden müssten daher selbst getragen werden. Die Gegen-Argumentation zu diesem „Selbstverschuldens-Argument“ ist unter Pkt 1.) schon abgehandelt.

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

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

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

beim Gelbfieber tut – vorzuschlagen – wenn es um den individuellen Schutz ginge.

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

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

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

Als Fazit bleibt für mich

- ▼
- A. Eine Impfscheidung muss in der Regel eine individuelle Entscheidung bleiben, die aber durch fachliche, nicht einseitige Beratung inhaltlich substantiiert werden muss.
- B. Es muss gesellschaftlich explizit gemacht werden, wann und mit welcher Begründung Eradikation (Konstellation 3) eines Keimes angestrebt wird bzw. eine Impfverpflichtung für einzelne Personengruppen (Konstellation 2A) durchgesetzt werden soll.
- C. Da es auch für das Ziel des Erreichens eines bevölkerungsbezogenen Nutzens – ebenso wie für die individuelle Entscheidungsfreiheit – ethische Argumente gibt, handelt es sich bei der Frage der Impfpflicht und der Impfpflicht immer um eine ernste Frage des medizinischen und ethischen Abwägens.
- D. Daraus leitet sich ab, dass die Institution, die hier fachlich berät oder gar Vorgaben macht, über jeden Zweifel erhaben sein muss, dass gar noch andere Interessen als die zur fachlichen Beratung Entscheidung-treibend sein könnten.
- E. Gerade dies aber scheint mir belegbar über die letzten Jahre nicht mehr für die StIKo der Fall zu sein. In einer in Bezug auf die Aufklärung über die wahren oder zusätzlichen Zielsetzungen von gesundheitlichen Maßnahmen zunehmend kritischer werdenden Öffentlichkeit muss die Seriosität der StIKo wieder hergestellt werden oder die Institution muss gewechselt werden.
- F. Ansonsten werden zunehmend derer Empfehlungen als Industrie-gesteuert abgetan und ab irgendeinem Punkte „das Kind mit dem Bade ausgeschüttet“, also sinnvolle und fern von Industrieinteressen begründete Empfehlungen auch nicht mehr ernst genommen. Ich höre derartiges zunehmend häufiger.

Man kann es aber auch anders sehen

▼
Die bis hier unterstellte individuelle Entscheidungsfreiheit über das Impfen für sich selbst und die Kinder kann man jedoch auch anders in Bezug auf die schutzbefohlenen Kinder beurteilen:

Man kann der Ansicht sein, dass eine Schutzimpfung ein so hohes Rechtsgut für nicht entscheidungsfähige Kinder ist, dass diese Entscheidung den Eltern aus der Hand genommen werden muss. Eine solche Regelung besteht faktisch in den USA und war in der DDR gegeben.

Wenn man also als Gesellschaft entscheidet, dass hier die Gesellschaft letztendlich die entscheidende Instanz sein muss, dann muss sich die Gesellschaft allerdings auch fragen lassen, ob eine unterbliebene Masern- oder Varizellen-Impfung von der Häufigkeit und Schwere der dann auftretender Krankheitsfälle so bedeutsam ist, dass die Außer-Kraft-Setzung elterlichen Rechts damit gerechtfertigt werden kann. Die Beantwortung dieser Frage mit „Ja“ zieht sogleich die folgenden Nachfrage nach sich: Warum wird dann elterliches Recht nicht auch bei den zahlreichen anderen krankmachenden Fehlverhalten von Eltern in der Erziehung der Kinder, die jeder Arzt oder Erzieher, Lehrer täglich sieht, außer Kraft gesetzt, sondern nur bei den extremsten Fällen (battered child)?

Eine Gesellschaft hätte sich also zu fragen, inwiefern sehr viel genereller – nicht nur in Bezug auf das Impfen – die elterliche Erziehungsberechtigung und Entscheidungsgewalt eingeschränkt werden müsste – und ob sie dies wirklich will.

Das Problem hier ist, dass man sehr schnell in den Bereich eines „Spitzelstaates“ kommt, um „Überschreitungen elterlicher Gewalt“ im Einzelfall überhaupt zu erfassen.

Wahrscheinlich aber wird völlig ausreichend sein, wenn Impfen weiter propagiert wird und nur Impfmittel zugelassen werden, bei denen die Wahrscheinlichkeit sehr hoch ist, dass es nicht zu nennenswerten Nebenwirkungen kommt. Zudem wird eine solche offensive Impfpolitik immer dann auf fruchtbareren Boden fallen, wenn nicht zugleich problematische Impfscheidungen gefällt werden, bei denen die Öffentlichkeit den Eindruck hat, dass es hier nicht nur um das Impfen, sondern auch um das Geld-Verdienen geht. Mit anderen Worten: Das Klima, in dem Impfpolitik stattfindet, muss so gut, so über jeden Zweifel erhaben sein, dann funktioniert auch die Umsetzung eines hohen Grades von Durchimpfung.

Interessenskonflikte: keine angegeben.

Zur Person



Prof. Dr. med. H.-H. Abholz

Facharzt für Allgemeinmedizin und
Facharzt für Innere Medizin.
Langjährig in Klinik und Allgemeinpraxis
tätig.
Seit 1998 Leiter der Abteilung für
Allgemeinmedizin der Universität
Düsseldorf.