



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Dr. med. Martin Lang
Vorsitzender des
Landesverbands Bayern
Bahnhofstraße 4 / Königsplatz
86150 Augsburg

Tel.: 0821 / 34 33 583
Fax: 0821 / 383 99
Mobil: 0172 / 82 17 18 5

E-Mail: BVKJ@jugendmedizin.de
www.bayern.bvkj.de

Geschäftsstelle München:
Tegernseer Landstr. 138
81539 München
Tel.: 089 / 642 09 585
(Mo. - Fr.: 9.00 - 12.00 Uhr)
Augsburg, 30.09. 2019

Frau
Regierungsdirektorin
Dagmar Feldmann
Ausschuss für Gesundheit und Pflege

Bayerischer Landtag - Maximilianeum
81627 München

Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und Pflege zum Thema „Erfolgversprechende Wege zur Erhöhung der Impfraten, insbesondere bei Masern“

Sehr geehrte Frau Feldmann,
sehr geehrter Herr Seidenath,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir begrüßen die Initiative des Gesundheitsausschuss des bayerischen Landtages sich ausführlich mit dem Thema Masernschutz und Impfprävention in Deutschland zu beschäftigen. Wir Kinder- und Jugendärzte hoffen sehr, dass wir in Deutschland die gefährliche Maserninfektion, die vor allem bei abwehrgeschwächten Menschen und bei den noch ungeschützten Säuglingen und Kleinkindern zu schweren Komplikationen wie Lungen- oder Hirnhautentzündungen und schließlich auch zum Tode führen kann, ausgerottet wird. Masernepidemien wird es in Deutschland nicht mehr geben, wenn mindestens 95 % der Bevölkerung zweimalig geimpft sind. Aktuell liegen wir trotz großer Anstrengungen noch darunter. Dabei ist es ein großer Erfolg unseres Gesundheitssystems, dass um die 90 % der Schulkinder über einen ausreichenden Impfschutz verfügen, bei den Risikogruppen wie den zweijährigen Kindern liegt die Schutzrate allerdings erst bei 74 %, bei den Erwachsenen liegt die Schutzrate erst bei 50 %. Dazu gehören auch die Frauen im gebärfähigen Alter, was besonders risikobehaftet ist, da Mütter ohne eigenen Masernschutz auch Babys ohne jeglichen Masernschutz auf die Welt bringen. Diese sind dann eine enorme Risikogruppe, und wie die letzten Jahre gezeigt haben, überproportional hoch mit der gefährlichen SSPE, einer langsam fortschreitenden, nicht behandelbaren Hirnerkrankung, die bereits in wenigen Jahren zum Tode führt, betroffen.

Die Diskussion um eine Impfpflicht hilft uns bereits jetzt in den Praxen, dass die Eltern ihre Fürsorgepflicht gegenüber der Impfprävention ernster nehmen. So steigt die Bereitschaft die Impfdokumente prüfen zu lassen, Impfskeptiker sind eher bereit, fachärztlichen Rat anzunehmen und die

gut gemeinten Laienempfehlungen sich gegen das Impfen zu positionieren (Stichwort: Fake-Informationen zu angeblichen Nebenwirkungen, Autismus, etc.) kritisch zu hinterfragen. Dafür benötigt es ärztliche Empathie für die Ängste der Menschen, insbesondere aber Beratungszeit und -Intensität in der ambulanten medizinischen Versorgung. Es darf nicht sein, dass Heilpraktiker und impfkritische Hebammen einen intensiveren Beratungsanteil zu dem wichtigen Thema einnehmen, wie die darin geschulten und erfahrenen Ärzte. So ist es doch sehr verwunderlich, dass das wichtige Thema Beratung über zur Impfprävention im ärztlichen Leistungskatalog noch immer keine Stellenwert und keine entsprechende Honorierung findet. Impfskepsis ist in Deutschland seit Jahren en vogue, da sich viele Menschen gerne an den falschen Quellen mit unrichtigen Informationen informieren. Wir wünschen uns intensive gemeinsame Anstrengungen, den Fachärzten die Beratungshoheit zur Impfaufklärung zurück zu geben und gesetzlich geregelte Leistungseinheiten / Arztzeit zur leitliniengerechten Beratung in der ambulanten Medizin einzuführen.

Andernfalls ist die gesetzliche Impfpflicht notwendige und letzte Konsequenz, eine wirksame Prävention durch Herdenimmunität auch in Deutschland umzusetzen.

Notwendig ist dann eine Impfpflicht auch für andere gefährliche Krankheiten, wie Röteln, Diphtherie, Tetanus, Kinderlähmung, Keuchhusten und Mumps.

Antworten zum Fragenkatalog

1. Ausgangssituation / Bestandsaufnahme: Daten und Fakten - Im Freistaat Bayern und - im Vergleich hierzu - in ganz Deutschland

§ Gegen welche Krankheiten sind aktuell Impfungen möglich, gegen welche empfohlen?

Möglich sind Impfungen gegen Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus, Haemophilus influenzae Typ B, Polio oder auch Kinderlähmung, Hepatitis B, Pneumokokken, Meningokokken Serogruppe ACWY, Serogruppe A alleine und Serogruppe B, Rotaviren, Masern, Mumps, Röteln, Windpocken oder auch Varicellen genannt, Humanes Papilloma Virus, Hepatitis A, Gelbfieber, Typhus, Cholera, japanische Enzephalitis, Tollwut, FSME, Herpes Zoster, Influenza.

Empfohlen bei uns sind: Impfungen gegen DPT-HIB-IPV-Hepatitis B, MMRV, Meningokokken C; HPV, Pneumokokken; Rotaviren; Herpes Zoster und Influenza über 60 Jahre und bei Indikationen, in Bayern und BW auch FSME als Indikationsimpfung sehr großzügig.

§ Bei welchen Erkrankungen ist eine Erhöhung der Impfrate wünschenswert?

Eine Erhöhung der Impfrate wünschen wir insbesondere für

- die Masern- (Mumps-Röteln-) Schutzimpfung
- die Impfung gegen Tetanus-Diphtherie-Keuchhusten-Polio- (Td-aP-IPV) bei Jugendlichen
- die zeitgerechte (pünktliche) 3. Impfung gegen Pneumokokken
- die HPV-Impfung

§ Für die Erkrankungen mit Impflücken:

- Wie viele Kinder sind einmalig, wie viele Kinder zweimalig geimpft? Welcher Impfstoff wird verwendet?
- In welchem Alter finden diese Impfungen statt?
- Wie viele Kinder sind bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres zweimalig gegen Masern geimpft, aufgeschlüsselt nach Stadt- und Landkreisen in Bayern? Welche Gründe gibt es, dass später geimpft wird?
- Ab wann besteht Herdenschutz? Welcher Prozentsatz an Impfungen ist folglich anzustreben?

Zugelassene Impfstoffe für die Masernschutzimpfung: Priorix (MMR), Priorix Tetra (MMRV), Proquad (MMRV)

Masern-Durchimpfungsraten bei **zweijährigen Kindern**:

- eine Impfung (Teilschutz): 95,6%
- zweite Impfung (vollständiger Schutz): **74%**

Masern-Durchimpfungsraten bei **dreijährigen Kindern**:

- eine Impfung (Teilschutz): 97,8 %
- zweite Impfung (vollständiger Schutz): **84 %**

(Daten der KV 2017 für Deutschland ohne Sachsen)

Die bayerischen Zahlen sind ähnlich.

Die Altersempfehlungen für die Masernschutzimpfung gemäß STIKO:

1. Impfung: 11. bis 14. LM und
2. Impfung: 15. bis 24. LM statt, aber eben nicht ausreichend, wie man sieht, d.h. viele Kinder werden erst zwischen dem 2. und dem 6. LJ das zweite Mal gegen Masern geimpft.
 - Im Alter von 2 Monaten bis 23 Monate
 - FSME 3 Jahre
 - HPV ab 9 Jahre
 - Influenza ab 6 Monate nach Indikation jedes Jahr

Eine Aufschlüsselung nach Landkreisen in Bayern wie viele Kinder im 3. LJ zweimal geimpft sind, gibt es nicht.

Es gibt die Daten der SEU (Schuleingangsuntersuchung), aufgeschlüsselt nach Landkreisen, abrufbar beim LGL.

Die Landkreise mit den niedrigsten Impfraten bezüglich Masern sind: Bad Tölz (84,4%), Aichach-Friedberg (86,6%), Garmisch-Partenkirchen (84,0%), Mühldorf am Inn (83,5%), Rosenheim (80,8%), Traunstein (82,3%), Rottal-Inn (87,4%)

Allerdings werden nur ca. 90% der Impfausweise vorgelegt, die anderen 10% sind nicht beurteilbar (eher die wenig Impfer)

Gründe für späteres Impfen ist Vergessen, häufige Krankheit des Kindes, Impfskepsis der Eltern, Angst vor Impfungen, negative Beeinflussung durch Medien, mangelnde Aufklärung und mangelnde Empfehlung durch betreuende Ärzte.

Es werden hauptsächlich Mehrfachimpfstoffe verwendet zur besseren Compliance und Erhöhung der Impfraten der einzelnen Bestandteile

Herdenschutz besteht bei einer zweimaligen Impfrate von 95% der Bevölkerung. Also ist dieser Prozentsatz anzustreben.

§ Zu welchem Prozentsatz sind die Betreuerinnen und Betreuer in den Kindertagesstätten sowie die Lehrerinnen und Lehrer geimpft? Wie sieht es beim medizinischen und pflegerischen Personal in ambulanten und stationären Einrichtungen sowie in Alten- und Pflegeheimen aus?

Die Frage nach der Impfrate bei Betreuerinnen in KITAS oder Lehrern/innen und Ärzte/innen ist nicht zu beantworten da es darüber keine Statistik gibt. Wir haben bisher keine Impfpflicht. Man kann davon ausgehen, dass es an Universitätskrankenhäusern und Kliniken eher höhere Impfraten gibt, im Schuldienst und auch im Betreuungsbereich von Kleinkindern eher nicht so hohe Impfraten (lange Zeit grüne Regierung in München). Einzig bei der Verbeamtung von Lehrer/innen ist eine Impfberatung obligat

Bei Personal in den KH und Pflegeheimen ist der Betriebsarzt zuständig

§ Gibt es aktuell bereits Bereiche, in denen eine Impfpflicht besteht? Wenn ja, in welchen?

Es gibt keine Impfpflicht in Deutschland, deshalb gibt es auch keine Bereiche in denen man verpflichtet werden kann sich impfen zu lassen. Private Institutionen können für ihren Bereich Regeln erstellen, öffentliche Institutionen dürfen das nicht.

§ Wie viele Menschen sind in den vergangenen zehn Jahren an Krankheiten erkrankt, gegen die hätte geimpft werden können? In welchem Alter? Gab es Unterschiede in der Schwere der Erkrankung je nach Alter?

Am Beispiel Masern: in den letzten 10 Jahren (2011 bis 2019, Stand 32. KW) sind insgesamt in Deutschland 8.715 Menschen an Masern erkrankt, unterschiedlicher Schweregrad, Alter von 0 bis 60 Jahren.

§ Wie viele Menschen sind in den letzten 10 Jahren an Masern erkrankt, obwohl sie die zweifache Impfung erhalten haben?

Erkrankung bei 2-malig geimpften lag im Promillebereich. Die meisten Erkrankten hingegen waren gar nicht, wenige nur einmal geimpft

§ Wie viele dieser Erkrankten haben dauerhafte gesundheitliche Schäden erlitten?

Dauerhafte Schäden erleiden im Schnitt 1 von 1.000 Erkrankten: Encephalitis

1 auf 3000 Fälle erleidet eine SSPE (tödlich)

Kurz: die deutlich Diskrepanz zwischen möglichem Impfschaden (im Promillebereich) und dem Impfnutzen, Reduzierung der Nebenwirkungen durch ständige Kontrolle und Verbesserung, Mehrfachimpfungen

§ Gibt es Zahlen zu Impfschäden? Wie häufig sind diese? Wenn ja, in welcher Form?

Nachgewiesene Impfschäden sind extrem selten (1 auf 1 Million Impfungen Encephalitis)

§ Welche medizinischen Gründe sprechen grundsätzlich gegen und für eine Impfung?

Gründe gegen eine Impfung gegen Masern: nachgewiesener Immundefekt (Bescheinigungen nur durch ÖGD / Amtsärzte, um Gefälligkeitsatteste der Impfskeptikerszene zu vermeiden)

§ Auf wie hoch wird die Zahl der notorischen Impfverweigerer geschätzt?

Die Anzahl der Impfverweigerer liegt nach Schätzungen der Experten bei ca 3 bis 5% der Bevölkerung. Impfkritischer Personenkreis 10 -15%.

§ Welche Gründe sind bekannt, aus denen heraus eine Impfung verweigert wird?

Die Gründe für die Verweigerung sind ideologischer Art:

Fremdeinwirkung, Gabe von Giftstoffen (immer noch wird Quecksilber erwähnt obwohl dies schon längst nicht mehr in Impfstoffen vorhanden ist und Aluminiumhydroxid, welches wirklich in Impfstoffen vorhanden ist), Angst vor Autismus (längst als Humbug widerlegt), Misstrauen in die Beratung der betreuenden Ärzte etc, immer noch die Mär, dass ja die Pharmaindustrie nur verdienen will und willfähige Ärzte ebenso und dies unterstützen.

Angst vor Nebenwirkungen, Druck aus der Familie, Freundeskreis, Umgebung; falsche Impfberatung

Fazit: zum Teil werden wir befürwortende Ärzte mit hanebüchenen Argumenten konfrontiert.

2. Impfen in der Praxis

§ Wer führt aktuell Impfungen durch?

Impfungen führen Ärzte und med. Fachangestellte durch, sowohl ambulant in Praxen als auch in Betrieben als auch im Gesundheitsamt bzw. im öffentlichen Dienst. Der Arzt zeichnet verantwortlich.

Impfende Facharztgruppen sind: Kinder- und Jugendärzte, Allgemeinmediziner, Reiseärzte, Gynäkologen, Internisten, Chirurgen, Arbeitsmediziner

§ Wie hoch ist das Impfen vergütet? Wird dies als ausreichend bewertet?

Die Vergütung ist je nach Impfung gestaffelt und wird insgesamt von der Ärzteschaft als unzureichend erachtet. Zum Beispiel gibt es für eine MMR-Impfung 15,5 Euro, für eine HPV-Impfung Nr 1. nur 8 Euro (sehr hoher Aufklärungsbedarf), für die 2. Impfung dann nur 14,6 Euro. Darin enthalten sind die Beratung und Untersuchung des Patienten und die Gabe der Impfung.

Wenn man davon ausgeht, dass eine Impfberatung für die MMR-Impfung oder auch eine HPV-Impfung ausgiebig sein muss, dies dann mindestens 10 Minuten in Anspruch nehmen kann, so sind 15 Euro zu wenig Honorar.

§ Wäre es möglich und ratsam, auch an anderen Orten zu impfen, z.B. in der Schule oder im Gesundheitsamt?

Impfungen in Schule und Gesundheitsamt sind aus rechtlichen Gründen (Aufklärung, Einverständniserklärung etc) eher schwierig zu implementieren, wären aber durchaus zu überdenken und sind positiv zu bewerten.

Zudem: Gesundheitsämter stoßen mit dieser Aufgabe personell an ihre Grenzen. Außerdem zeigt sich aus der Erfahrung, dass der Erfolg einer Impfkampagne durchgeführt durch die GÄ nur mäßigen Erfolg zeigt (Aussage eines GA-Leiters),

Im schulischen Bereich lassen sich Impfquoten auch nicht verbessern, so wie bei den fehlenden Impfpässen bei der Schuleingangsuntersuchung wird es auch bei dieser Aktion laufen, dass der bestimmte Personenkreis nicht erscheint oder den Impfpass nicht vorlegt.

§ Wäre es möglich und ratsam, dass auch Nicht-Ärzte impfen, z.B. Apotheker, bzw. dass dort eine Impfberatung stattfindet?

Nicht-Ärzte sollten auch nicht impfen.

Eine Beratung kann zum Beispiel beim Apotheker stattfinden, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass eine Grundausbildung bezüglich Impfens vorliegt.

Rechtlich wären hier noch einige Hürden zu nehmen: die Apotheker sind nicht im Impfwesen ausgebildet, bei einer allergischen Reaktion oder einer Anaphylaxie sind sie nicht ausgerüstet diese leitlinienkonform zu beherrschen

Beispiel: Kanton Zürich: hier kantonales Recht, es wurde eine juristisch einwandfreie Regelung getroffen, dass Apotheker impfen dürfen, jedoch nur: Grippe und FSME von Beginn an, Hepatitis A und B nur Folgeimpfung, wenn 1. Impfung durch Arzt durchgeführt, außerdem nur Personen >16 Jahre.

§ Ist Impfen Bestandteil von Vorsorgeuntersuchungen im Kindes- und Erwachsenenalter? Sollte es hier Änderungen geben? Wenn ja, welche?

Der Impfpass wird bei jeder Vorsorge-Untersuchung kontrolliert, es werden etliche Impfungen bei den Vorsorgen gemacht (zeitliches Zusammentreffen von Impfung und Vorsorgetermin), es wird bei Verweigerung darüber beraten und aufgeklärt, allerdings sind Impfungen nicht Bestandteil einer U, sondern nur die Beratung bezüglich Impfungen und die Dokumentation dass der Impfstatus altersentsprechend ist oder eben nicht.

Auf Impfungen sollte bereits bei der Einladung der Krankenkassen an den Patienten eindringlich hingewiesen werden

3. Wege zur Verbesserung des Schutzes vor Krankheiten, gegen die geimpft werden kann:

§ Für Arbeitnehmer in sensiblen Bereichen (in ambulanten bzw. stationären medizinischen Einrichtungen, Alten- und Pflegeheimen, Kindertagesstätten oder Schulen): Kann bzw. sollte eine Impfung durch den Arbeitgeber vorgeschrieben werden? Gibt es Bereiche, in denen schon jetzt eine Impfpflicht vorherrscht?

Ja, es sollte eine Impfung in sensiblen Arbeitsbereichen (Gesundheitsbereiche oder Betreuungsbereiche wie KITA, Schulen) durch den Arbeitgeber vorgeschrieben und verpflichtend sein. Es gibt bisher keine Impfpflicht also auch berufsrechtlich nicht.

§ Gibt es auch Impfgegner unter den Ärzten und Hebammen? Welche Anstrengungen werden unternommen, um diese Personengruppen zu überzeugen? Gibt es berufsrechtliche Instrumente? Wenn ja: wie häufig werden diese angewandt?

Unter Hebammen gibt es bedauerlicherweise überdurchschnittlich viele Impfskeptiker und auch Impfgegner, insbesondere bei den freiberuflich Tätigen. Die politische Organisation der Hebammen ist heterogen, es gibt mehrere politische Hebammenverbände. Der Verband der freiberuflichen Hebammen zeigt häufig wenig Akzeptanz bei der Umsetzung einer leitliniengerechten Medizin in Deutschland. Dies ist insofern bedeutsam, da in der neunmonatigen Schwangerschaft ein sehr intensives Vertrauensverhältnis zwischen der Schwangeren und der Hebamme ihres Vertrauens geprägt wird. Daher wäre es von großem Nutzen und überfällig, die Aufsicht der Hebammen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst gemäß ihrer medizinisch leitliniengerechten Gesundheitsversorgung zu intensivieren.

Unter praktizierenden Ärzten gibt es in geringem Ausmaß ebenfalls Impfskeptiker, sogenannte individuelle Impfberater. Diese propagieren nicht Stiko-konforme Impfschemata. Auffällig ist, dass sie dies oft zu einem regelrechten „Geschäftsmodell“ erheben. Während sie sich die Beratung zur Impfskepsis und einer naturheilkundlichen Ideologie oft teuer bezahlen lassen (meist haben diese Ärzte keine KV-Zulassung), leisten sie in der übrigen medizinischen Versorgung eher einen marginalen Stellenwert. An dieser Stelle muss der Gesetzgeber und insbesondere auch die berufsständische Ärztekammer sensibilisiert und aktiv werden.

Wie wichtig und bislang bereits erfolgreich die Überzeugungsarbeit durch leitliniengetreue Fachärzte ist, habe ich eingangs erwähnt. Allerdings werden ideologisch eingeschworene Impfgegner und -Skeptiker mit unseren rationalen Argumenten und bestmögliche Empathie nicht erreicht (ideologische Verblendung). Wir brauchen im ambulanten ärztlichen Leistungskatalog diesbezüglich Berücksichtigung, zeitliche Ressourcen und eine adäquate Honorierung.

Berufsrechtliche Instrumente (LÄK z.B.) wurden in der Vergangenheit weder bei Hebammen noch bei ambulant tätigen Ärzten angewandt. Das ist bedauerlich. Die Argumentation, dass die individuelle ärztliche Beratungs- und Therapiefreiheit ein hohes Gut sei, ist in einer Zeit, in der populistische Fake-News über rationale wissenschaftliche Fakten gestellt werden, obsolet..

Wie sich außerdem bei der Auswertung der Masernepidemie in Oberbayern zeigte besteht eine enge Korrelation zwischen Heilpraktikerdichte und Impfverweigerern. Dies muss bei der Weiterentwicklung der Ausbildung des Heilpraktikers unbedingt berücksichtigt werden und die wirksame Prävention ein Schwerpunkt der Ausbildung zum Heilpraktiker werden.

§ Sind gleich wirksame Alternativen zu Impfungen denkbar? Wenn ja, welche?

Es gibt keine Alternative zu aktiven Impfungen.

4. Insbesondere: Zur Einführung einer Impfpflicht für bestimmte Krankheiten – auf der Grundlage des Vorschlags aus dem Bundesministerium für Gesundheit

§ Wie wird eine Impfpflicht (verfassungs-) rechtlich bewertet?

Die rechtliche Bewertung der Impfpflicht obliegt der Jurisprudenz.

§ Impfpflicht contra Schulpflicht: Was ist das höhere Gut?

Impfpflicht contra Schulpflicht: beides muss vereinbar sein (Recht auf das höchst mögliche Maß an Gesundheit und Recht auf Bildung)

§ Mono- oder Mehrfach-Impfstoff: Ist es möglich und ratsam, einen nur auf Masern beschränkten Mono-Impfstoff für eine Pflichtimpfung zu verwenden? Anders gewendet: sollte eine Impfpflicht auch auf die weiteren durch handelsübliche Mehrfach-Impfstoffe abgedeckten Krankheiten ausgeweitet werden?

Es gibt momentan in Deutschland keinen Masern-Einzelimpfstoff, es ist allerdings unproblematisch auf den Mehrfachimpfstoff zurückzugreifen da die in diesem Impfstoff enthaltenen Komponenten ebenfalls als Standardimpfungen empfohlen sind (Mumps und Röteln).

Der MMR Impfstoff wurde in einer Studie des PEI als mit am besten verträgliche Impfstoff in einer Langzeituntersuchung beurteilt, deshalb sollte eine Einengung auf einen Einzelimpfstoff nicht

durchgeführt werden. Falls notwendig ist dann evtl. die Erweiterung der Impfpflicht auf MMR anzudenken.

§ Lässt die Einführung einer Impfpflicht für einzelne Krankheiten erwarten, dass die Bereitschaft abnimmt, sich gegen andere Infektionskrankheiten impfen zu lassen, etwa, weil diese dann als vermeintlich weniger gefährlich eingestuft werden?

Ob die Einführung einer Impfpflicht die Bereitschaft für andere Impfungen sinken lässt, ist nicht vorhersehbar. Einschätzung: eher nicht

§ Erreichen wir mit einer Impfpflicht die richtigen bzw. wie müsste die Impfpflicht ausgestaltet sein, um gerade in der Gruppe der jungen Erwachsenen die Impfquote bei der zweiten Masernimpfung zu erhöhen?

Man hätte auch die Möglichkeit von Catch-up-Impfungen anstatt von Nachholimpfungen (geht nur mit Hilfe staatlicher Institutionen): allen 2 bis 18-jährigen, die nur einmalig geimpft sind, die 2. Masernimpfung zu implementieren und dies in einem Kalenderjahr.

Die Elimination einer Erkrankung ist eine langfristige Aufgabe.

Durch die vollständige zweimalige Impfung der Kleinkinder bis zum 2. Lebensjahr wird im Laufe von 10 Jahren eine Durchimpfungsrate erreicht, die dazu führt, dass die Erkrankung eliminiert wird (langfristig erreichbares Ziel, nicht kurzfristig erreichbar).

§ Wie kann eine Impfpflicht sinnvollerweise und am effektivsten durchgesetzt werden?

Durchsetzung einer Impfpflicht: verpflichtender Impfstatus beim Besuch einer Krippe, KITA oder eines Kindergartens sowie der Grundschule und jeglicher Schule bis zum 15. Lebensjahr, wo die Schulpflicht endet. Sollte dieser Impfstatus nicht gegeben sein, so sind als erster Schritt eine Mahnung und als zweiter Schritt finanzielle Konsequenzen sowie Verbot des Besuchs des Kindergartens notwendig.

Es sollte auch klar vermieden werden, dass Ärzte wie zum Beispiel die oben erwähnten individuellen Impfberater ohne KV-Zulassung Atteste ausstellen dürfen, dass das Kind aus gesundheitlichen

Gründen nicht geimpft werden kann. Dies sollte ausschließlich dem RGU oder dem Gesundheitsamt vorbehalten sein. Es sei denn es handelt sich um einen nachgewiesenen Immundefekt oder eine Erkrankung, bei der tatsächlich nicht gegen Masern geimpft werden darf.

Religiöse Gründe dürfen nicht als Kontraindikation gelten.

§ Was ist effektiver: die verstärkte Aufklärung über negative Folgen einer Nicht-Impfung oder die Einführung einer Impfpflicht?

Eine Aufklärung über negative Folgen einer Nichtimpfung oder Verweigerung ist absolut sinnvoll, jedoch wird dies seit zig Jahren mit nicht ausreichendem Erfolg bereits gemacht. Dieses Instrument allein wird die Masern nicht eliminieren, sonst hätten wir dies bereits erreicht.

Durch diese Aufklärung werden eben nicht alle Eltern von Kindern erreicht, vor allem diejenigen nicht, die bereits ideologisch beeinflusst sind contra Impfungen.

Also ist eine Impfpflicht das letzte Mittel um das Ziel der Eliminierung zu erreichen.

Fazitfrage als Abschluss: Welche Wege sollten aus Ihrer Sicht beschritten werden, um die Impfrate und damit den Schutz der Bevölkerung vor Krankheiten zu erhöhen, gegen die geimpft werden kann?

Maßnahmen zur Verbesserung der Impfraten:

- (1) Einführung von adäquaten Beratungseinheiten für die umfassende Aufklärung zur Impfprävention.
- (2) Impfskeptiker zeigen sich eher systemkritisch, haben eine anspruchsvollen Erwartungshaltung gegenüber einer umfänglichen Beratung. Sie erwarten ärztliche Zuwendung, Empathie, vor allem aber ausreichende Besprechungszeit zur Diskussion / Abstimmung der staatlich empfohlenen Impfpräventionsmaßnahmen mit ihren persönlichen Wertvorstellungen.
- (3) Insofern muss unsere ärztliche Impfberatung adäquat und v.a. ergebnisoffen vergütet werden, selbst wenn die Eltern dann immer noch nicht (in der Regel aus ideologischen Gründen) die Impfung durchführen lassen wollen. Die Tatsache, dass die Impfberatung bis heute nicht Bestandteil des ärztlichen Leistungskatalogs ist, ist für die Durchsetzung der freiwilligen, selbstbestimmten Impfbereitschaft nicht zielführend.
- (4) Implementierung der wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Impfprävention in den Ausbildungskatalog des Hebammen- und Medizinstudiums.

- (5) Aufklärung der positiven Aspekte zur Impfprävention in der Öffentlichkeit, vor allem in den neuen Medien.
- (6) Impfpflicht ist eine Ultima Ratio und gerne dann sinnvoll, wenn alle anderen Maßnahmen umfänglich ausgeschöpft sind und der doch nicht zum Ziel führen (Ausrottung der Erkrankung, Herdenschutz durch über 95-prozentigen Immunschutz in der Bevölkerung).

5. Soziologische Auswirkungen einer Impfpflicht auf die Bevölkerung

- § Welche Effekte hat eine Pflicht auf die Durchimpfung der Bevölkerung aus soziologischer Sicht?
- § Lässt sich mit Zwang die Durchimpfung wirklich erhöhen oder steigen dadurch nur Vermeidungseffekte an?
- § Welche Wege würden aus soziologischer Sicht zu höheren Impfraten führen?

Dass eine Impfpflicht die Durchimpfungsraten steigert, sieht man an Italien, welches seit ein paar Jahren die Impfpflicht eingeführt hat und somit die Impfraten gesteigert hat.

Auch andere Länder haben seit längerer Zeit die Impfpflicht mit positiven Auswirkungen auf die Impfraten eingeführt.

6. Pharmaindustrie

- § Wer produziert und vertreibt Impfstoffe?

Produktion und Vertrieb von Impfstoffen: Pharmaindustrie mit Apotheken

- § Wie hoch ist der Produktionsanteil von Impfstoffen im Vergleich zur gesamten Arzneimittelproduktion?

Gering (liegt nach unserem Wissen unter 1%)

- § In welcher Größenordnung wird sich der Produktionsanteil bei Einführung einer Impfpflicht erhöhen?

Erhöhung, aber nicht wesentlich

§ Wo werden Impfstoffe produziert?

Produktion von Impfstoffen findet statt in Fabriken der entsprechenden Pharmafirmen in Deutschland, in Frankreich und in USA, in etlichen Ländern werden Impfstoffe produziert.

§ Welche Inhaltsstoffe enthalten Impfstoffe neben dem direkt wirksamen Anteil des Produkts?

Impfstoffe enthalten oft Reste von Antibiotika, Hühnereiweiß, Aluminiumhydroxid, Aminosäuren, Saccharosen etc, abgesehen von den Inhaltsstoffen die für die Immunisierung notwendig sind.

§ Bestehen gesundheitliche Bedenken gegenüber nicht direkt impfwirksame Inhaltstoffe?

Impfstoffe werden akribisch in mehreren Studien an Probanden geprüft bevor sie zugelassen werden. Diese Zulassungsprozedur ist äußerst streng und langwierig. Eine Schädigung durch die zugesetzten Inhaltsstoffe ist somit ausgeschlossen. Somit gibt es dagegen keine gesundheitlichen Bedenken.

Die Entwicklung eines Impfstoffes bis zum Zulassungsprozess dauert im Schnitt 20 Jahre.

§ Gibt es eine Statistik über Impffolgeschäden?

Das PEI (Paul-Ehrlich-Institut) sammelt alle Fälle von gemeldeten außergewöhnlichen Nebenwirkungen und Komplikationen und auch Impfschäden. Dort kann dies eingesehen werden.

§ Wer haftet für Impffolgeschäden bei einer Impfpflicht?

§ Wer trägt die Beweispflicht bei Impffolgeschäden?

Sollte ein Impfschaden bei einer von der STIKO empfohlenen und somit öffentlich empfohlenen Standardimpfungen erfolgen, so haftet das Bundesland für den Impfschaden ohne große Beweispflicht.

Aufopferungsansprüche nach §§ 60,61 des Infektionsschutzgesetzes sind verschuldensunabhängig. Bei einer nicht öffentlich empfohlenen Impfung ist dies nicht der Fall und es muss eine rechtliche Entscheidung getroffen werden.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Martin Lang
Landesvorsitzender BVKJ Bayern

Mit fachlicher Unterstützung von:

Dr. Brigitte Dietz, Kinder- u. Jugendärztin, stellvertr. Landesvorsitzende BVKJ Bayern, Mitglied der LAGI
Dr. Martin Götz, Kinder- u. Jugendarzt, Vorstandsmitglied BVKJ Bayern, Mitglied der LAGI