

Wider eine Impfpflicht in Deutschland – eine Streitschrift

Against a Compulsory Vaccination in Germany – a Polemic

Steffen Rabe

Zusammenfassung: Die Forderung nach einer Impfpflicht scheint die regelmäßige Antwort auf jeden nicht nur in Deutschland stattfindenden Ausbruch impfpräventabler Erkrankungen zu sein. Diese Arbeit diskutiert, inwieweit die unterstellten positiven Effekte von Zwangsimpfungen unter Umständen überschätzt werden, ob die rechtlichen und epidemiologischen Rahmenbedingungen für die Einführung einer Impfpflicht in Deutschland derzeit überhaupt vorliegen und ob Befürchtungen, eine Impfpflicht könne die Impfbereitschaft letztendlich vermindern, begründet sind.

Schlüsselwörter: Impfen; Impfpflicht; STIKO; Masernimpfung

Summary: The claim for compulsory vaccinations seems an answer regularly given at every outbreak of vaccine-preventable diseases not only in Germany. This paper discusses whether or not the positive effects of compulsory vaccinations are overestimated, juridical and epidemiological framework requirements for the introduction of mandatory vaccinations in Germany exist at all and whether the fear, compulsory vaccinations could in the end diminish the acceptance of vaccinations in the population, is justified.

Keywords: vaccination; compulsory vaccination; STIKO; measles vaccination

Eine fast schon regelmäßige Antwort auf jeden Ausbruch impfpräventabler Erkrankungen – nicht nur in Deutschland – scheint die Forderung nach einer Impfpflicht zu sein – erhoben z.B. von Gesundheitspolitikern [1], einem langjährigen Mitglied der Ständigen Impfkommission (STIKO) [2], von ärztlichen Berufsverbänden [3] und in Parteitagebeschlüssen etablierter Parteien [4, 5].

Die vorliegende Streitschrift widmet sich den kritischen Fragen, ob

- die unterstellten positiven Effekte von Zwangsimpfungen u.U. überschätzt werden,
- die rechtlichen und epidemiologischen Rahmenbedingungen für die Einführung einer Impfpflicht in Deutschland derzeit überhaupt vorliegen und
- Befürchtungen, eine Impfpflicht könne die Impfbereitschaft letztendlich vermindern, begründet sind.

Impfpflicht – Wirksamkeit

Impfpflicht und Durchimpfungsrate

Vergleicht man exemplarisch die Durchimpfungsraten zweier Standardimpfungen, nämlich der dritten Tetanus/Diphtherie/Keuchhusten-Impfung (**DTP3** – in Deutschland i.d.R. als 5- oder 6-fach-Impfung) und der ersten (**MCV1**) und zweiten (**MCV2**) Dosis der Masernimpfung in Deutschland mit dem Mittelwert derjenigen acht EU-Staaten, in denen für beide Impfungen schon länger eine Impfpflicht gilt (Bulgarien, Kroatien, Lettland, Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechien und Ungarn*), ergibt sich das folgende Bild (Abb. 1–3, Tab. 1) [6–8]:

Bei **DTP3** beträgt der Unterschied zwischen den Ländern *mit* einer Impfpflicht und Deutschland zugunsten Ersterer seit Jahren weniger als 1 % – in den letzten 10 Jahren betrug er nie mehr als 2 % und war teilweise (2014) de facto

nicht vorhanden (Abb. 1). Bei **MCV1** liegt die Durchimpfungsrate in Deutschland seit 2010 teilweise deutlich *über* dem Mittel der Länder, in denen die Masernimpfung verpflichtend vorgeschrieben ist – zuletzt 2 % höher (Abb. 2).

Dieser Umstand ist in der Diskussion von überragender Bedeutung, denn er widerlegt ein zentrales Argument der Verfechter einer Impfpflicht – dass Impfskepsis oder Impfmüdigkeit zu niedrigen Impfraten führten, die dann z.B. eine Ausrottung der Masern verhindern: 97 % der Eltern in Deutschland entscheiden sich seit Jahren ganz freiwillig *für* eine Masernimpfung [9].

Die Betrachtung der **MCV2** ist wesentlich komplexer, als die bloßen Zahlen suggerieren:

Unbestritten sind nach einer MCV1 im zweiten Lebensjahr etwa 95 % der Geimpften jahrelang (wohl sogar jahrzehntelang) vor einer Masernerkrankung geschützt [10]. Auf diesen Umstand verlassen sich fast alle europäi-

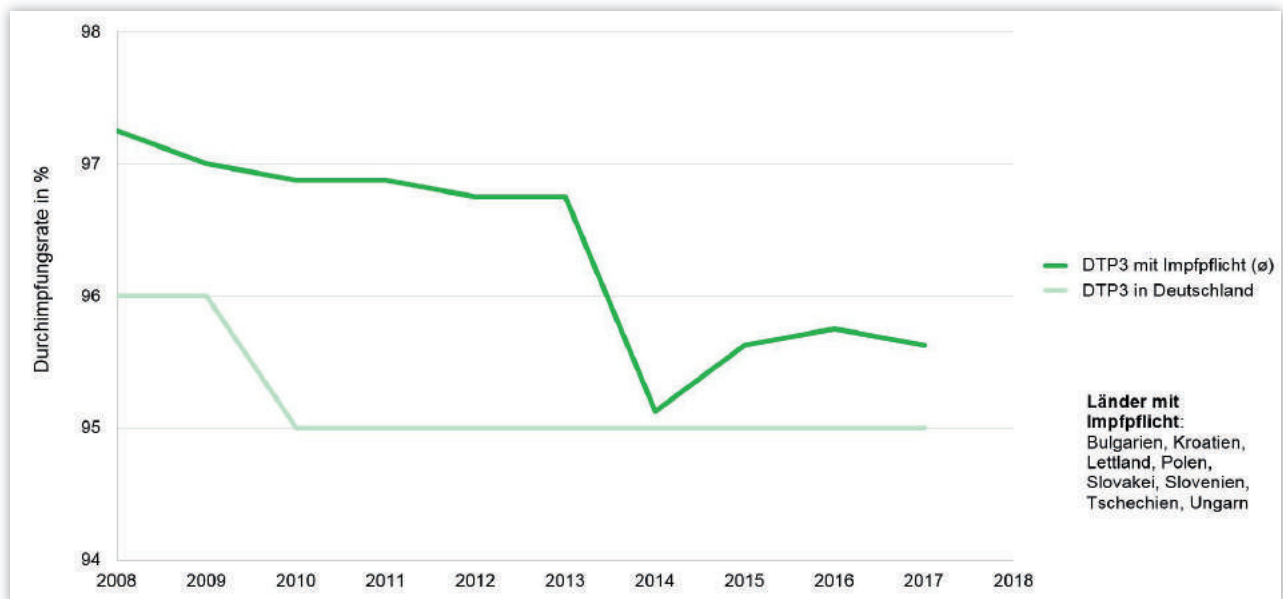


Abbildung 1 Durchimpfungsrate DTP3 [6, 7]

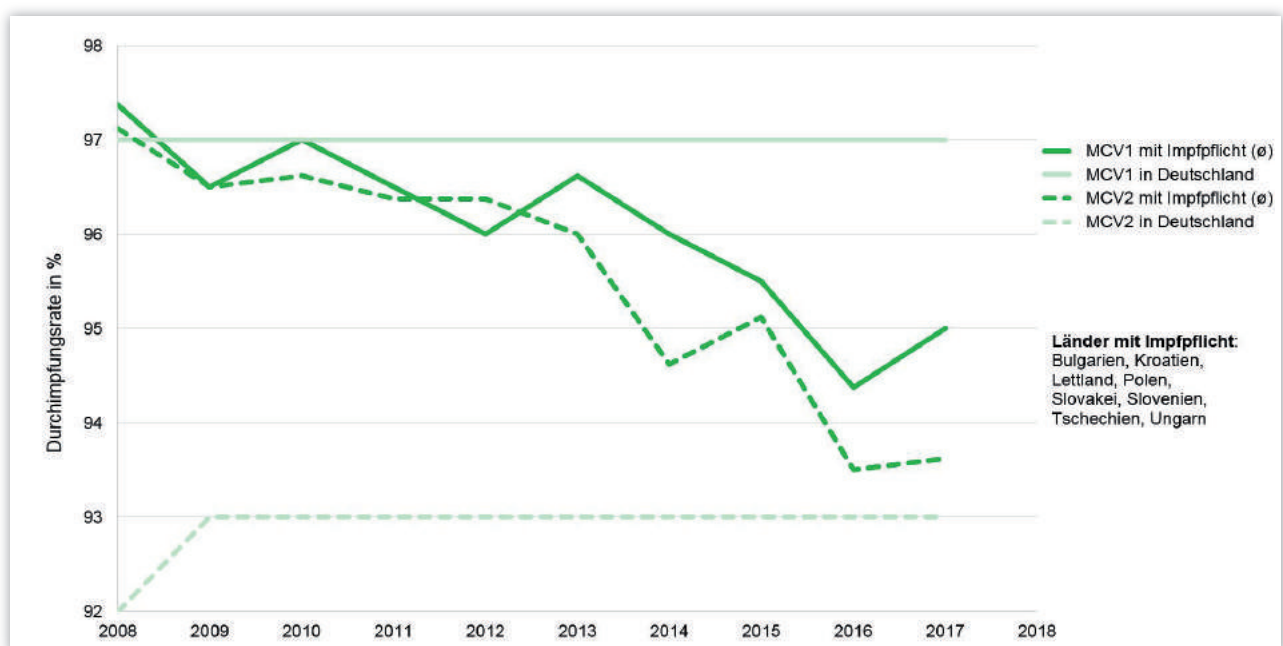


Abbildung 2 Durchimpfungsrate MCV1/2 [6, 7]

schon Nachbarländer und empfehlen die MCV2 (teilweise deutlich) später als die deutsche Ständige Impfkommission (STIKO) [7], denn die MCV2 dient nicht der Verbesserung des durch die erste Impfung bereits entstandenen Schutzes, sondern dem nochmaligen Erfassen der „primären Impfersager“.

Die STIKO nimmt mit dem im EU-Vergleich ungewöhnlich frühen Zeit-

punkt der MCV1-Empfehlung (für Kinder, die eine Gemeinschaftseinrichtung besuchen, ab dem 9. Lebensmonat [11]), um einen möglichst frühen Schutz zu erreichen, möglicherweise mehrere Nachteile in Kauf:

1. entsteht der ausreichende Schutz durch die MCV1 bei wesentlich weniger Geimpften (laut zweier Veröffent-

lichungen etwa bei 80 % statt bei 95 % [10, 12]),

2. ist dieser entstehende Schutz nach Aussage einer Studie, die Eingang in das *position paper* der WHO zu Masern-Impfstoffen findet, qualitativ schlechter: Die für die Effektivität der Impfung entscheidende Avidität der entstehenden Antikörper ist bei einer Impfung im ersten Lebensjahr geringer [13]**,

** „The development of a high avidity antibody response is critical for the development of protective immunity to measles virus. Antibody avidity to measles virus is generally lower in children vaccinated at 6 or 9 months of age compared with the avidity obtained in children vaccinated at age 12 months.“ [13]

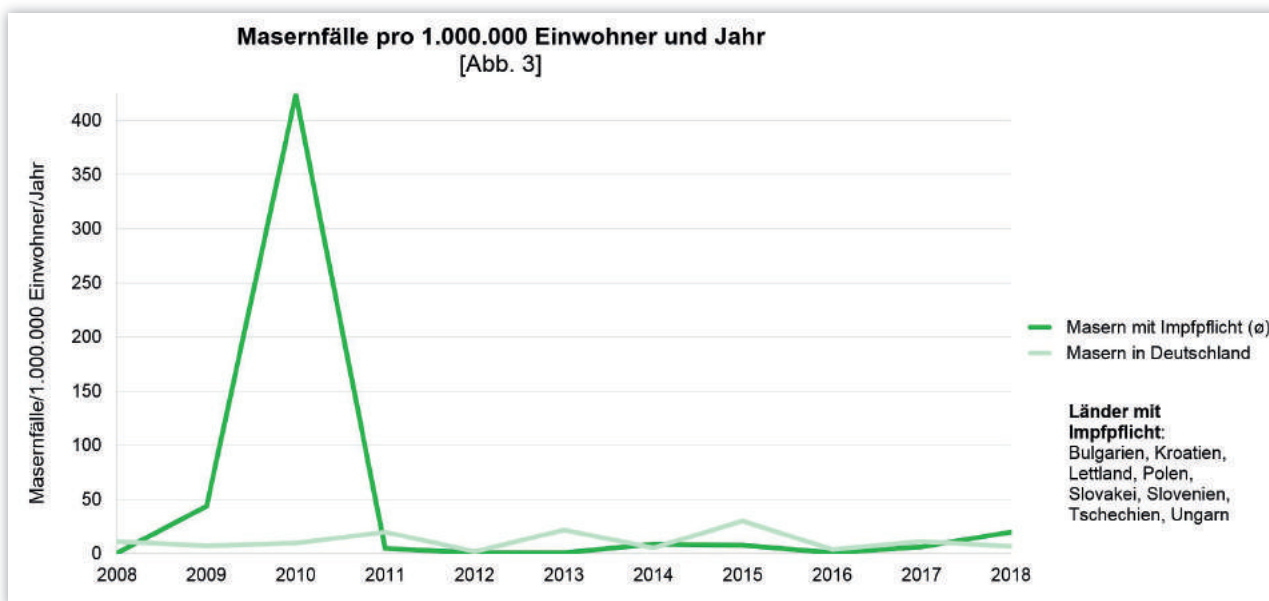


Abbildung 3 Masernfälle pro 1.000.000 Einwohner und Jahr [6, 7]

3. scheint dieser Schutz (so eine auf der deutschen KIGGS-Erhebung basierende Studie) dann lebenslang qualitativ schlechter zu bleiben, ohne dass spätere MCV2 dies ändern könnten [14]⁺.

Die augenscheinlich niedrigen MCV2-Durchimpfungsraten in Deutschland dürfen daher nicht darüber hinwegtäuschen, dass erstens zum Zeitpunkt ihrer Erfassung (in Deutschland: Einschulung) die allermeisten Kinder, die eine MCV1 erhielten, schon sicher vor Masern geschützt sind und zweitens die MCV2 in vielen europäischen Nachbarländern zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht empfohlen gewesen wäre. Dies gilt ausdrücklich auch für einige der Länder mit einer Masernimpfpflicht: So ist die MCV2 in Bulgarien mit 12 Jahren, Ungarn mit 11 Jahren, in Polen und der Slowakei mit jeweils 10 Jahren terminiert. Zum Zeitpunkt der Einschulung haben die pflichtgemäß geimpften Kinder all dieser Länder noch keine MCV2 erhalten [7].

Trotz dieser (hausgemachten) Besonderheiten beträgt auch bei der MCV2 der Unterschied zwischen den Ländern mit Masernimpfpflicht und Deutschland zuletzt weniger als 1 % (Abb. 3).

Selbst von der EU finanzierte Studienprojekte wie der *Action plan on Science in Society related issues in Epidemics and*

Total pandemics (ASSET) kommen zu den gleichen Ergebnissen bei der Untersuchung des (fehlenden) Zusammenhangs zwischen Impfpflicht und Durchimpfungsraten: „*This comparison cannot confirm any relationship between mandatory vaccination and rates of childhood immunization in the EU/EEA countries.*“ [15]

Impfpflicht und Erkrankungshäufigkeiten

Auch hier zeigt der Vergleich der Maserninzidenzen der letzten zehn Jahre (bezogen auf jeweils eine Million Einwohner und Jahr), dass es in der EU große Masernausbrüche gerade auch in Ländern mit einer Impfpflicht gab (Bulgarien 2009/2010: Inzidenz bis knapp 3000; Tschechien 2015: Inzidenz über 50, Slowakei 2018: Inzidenz über 100), wogegen Deutschland selbst im Jahr mit der höchsten Inzidenz der letzten 10 Jahre, 2015 (Berliner „Epidemie“), einen Wert von 30 aufwies [8]. 2018 lag die Maserninzidenz in Deutschland deutlich unter dem Mittel der Länder, in denen die Masernimpfung gesetzlich vorgeschrieben ist (Abb. 3).

Zusammenfassend zeigt sich also bei genauer Analyse der offiziellen Impf- und Erkrankungszahlen am Beispiel der Standardimpfungen sowie der Maserninzidenz, dass die behaupteten positiven Effekte einer Impfpflicht entweder

gar nicht auftreten (MCV1), oder marginal und teilweise inkonsistent sind (DTP3, MCV2, Maserninzidenz).

Impfpflicht – Rechtliches

Jede Impfung ist faktisch und auch juristisch eine Körperverletzung, die Impfung eines Kindes darüber hinaus auch noch vorgenommen an jemandem, für den Andere – in der Regel die Eltern – das Sorge- und Bestimmungsrecht innehaben. Dies setzt dem Staat enge Grenzen, verpflichtende Impfungen gegen den Willen des Einzelnen oder der Eltern vorzuschreiben, denn das deutsche Grundgesetz schützt die körperliche Unversehrtheit jedes Menschen prominent schon im Artikel 2 und nur wenig später, im Artikel 6, das Recht der Eltern auf Pflege und Erziehung ihrer Kinder.

Die juristischen Rahmenbedingungen, unter denen ein Eingriff in diese Grundrechte in Deutschland überhaupt vorstellbar sein kann, wurden im Jahr 2016 vom „Wissenschaftlichen Dienst des Bundestages“ (WD) untersucht [16, 17].

Impfpflicht im Seuchenfall

Folgt man den Juristen des WD, enthält das Infektionsschutzgesetz IfSG definitiv keine Ermächtigung für eine generelle Impfpflicht – lediglich die streng be-

⁺ „These results indicate that mispriming of the immune system after early vaccination cannot be cured by a late second dose of MCV.“ [14]

Maserninzidenz (pro 1 Mio. Einwohner/Jahr)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Bulgarien	0,13	301,19	2964,9	21,3	0,14	1,92	0	0	0,14	23,23	1,83
Kroatien				2,56	0,47	0,23	3,77	51,83	0,95	1,69	5,54
Tschechien	0,19	0,48	0	1,62	2,09	1,43	21,12	0,85	0,66	13,8	19,09
Ungarn	0	0,1	0	0,5	0,2	0,1	0	0	0	3,67	1,43
Lettland	1,37	0	0	0,48	1,47	0	17,99	0	0	0	12,82
Polen	2,62	3,02	0,34	1	1,84	2,21	2,89	1,26	3,5	1,66	8,95
Slowakei	0	0	0,98	10,73	0,97	0,49	25,23	8,73	0,48	3,87	4,36
Slowenien	0	0	0	0,37	0,19	0	0	0	0	1,1	105,24
Masern mit Impfpflicht (ø)	0,62	43,54	423,75	4,82	0,92	0,80	8,88	7,83	0,72	6,13	19,91
Masern in Deutschland	11,13	6,99	9,54	20,03	2,07	22,01	5,48	30,37	3,97	11,26	6,57

Tabelle 1 Maserninzidenz [1–3]

grenzte Möglichkeit einer Verpflichtung, für „bedrohte Teile der Bevölkerung an Schutzimpfungen [...] teilzunehmen [...], wenn eine übertragbare Krankheit mit klinisch schweren Verlaufsformen auftritt und mit ihrer epidemischen Verbreitung zu rechnen ist“ (IfSG § 20, VI). Nota bene: Der Gesetzgeber fordert hier nicht nur die grundsätzliche Möglichkeit einer epidemischen Verbreitung, sondern, dass mit dieser „zu rechnen“ sein müsse.

Generelle Impfpflicht

Die Frage nach der Verfassungsmäßigkeit einer generellen Impfpflicht, so der WD, „[...] lässt sich pauschal nicht beantworten. Die Abwägung müsste stets unter Berücksichtigung der verschiedenen Erkrankungsarten erfolgen. Ergibt die Abwägung im Ergebnis nur ein geringes Risiko, dürfte eine generelle Impfpflicht ein Eingriff in das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit aus Art 2 Abs. 2 GG darstellen, der verfassungsrechtlich nicht zu rechtfertigen wäre.“

Gerade für die Masern aber, gegen die eine Impfpflicht regelmäßig gefordert wird, sieht der WD dieses „geringe Risiko“: „Angesicht einer Sterblichkeitsrate von 30 Prozent im Falle einer Pockeninfektion wurde beispielsweise die Impfpflicht gegen Pocken vom BVerwG im Jahr 1959 als verfassungsgemäß eingestuft. [...] Im Falle einer Maserninfektion beträgt die Sterblichkeit in Deutschland laut RKI dagegen nur 0,1 Prozent.“ [16]

Ausdrücklich erwähnt und nicht in Frage gestellt wird vom WD die juristische Grundvoraussetzung für einen solchen Grundrechtseingriff, dass nämlich eine Impfpflicht im faktischen wie im juristischen Sinne „geeignet“ sei, die Ziele der „bevölkerungsmäßigen Prävention“ zu erreichen und zu fördern, darunter auch die „Ausrottung eines Keimes auf Bevölkerungsebene“ – und dies auch über die entstehende sogenannte „Herdimmunität“.

Impfpflicht bei Kindern

Grundsätzlich fielen Schutzimpfungen bei Kindern, so der WD, unter „den Schutzbereich des elterlichen Erziehungsrechts“ [17].

Daher müsse sich der Staat auf ein „**Interventionsminimum**“ [Fettdruck im Original] beschränken. „[Der Staat] kann gerade nicht von sich aus die **optimalste Gesundheitsversorgung** [Fettdruck und Grammatikfehler im Original] für die Kinder verpflichtend anordnen, da den Eltern insoweit ein vorrangiges Entscheidungsrecht zukommt. [...] Es soll der Elternverantwortung zugewiesen sein, zu bestimmen, welches Maß an Belastung und risikobehaftetem Eingriff sie ihrem Kind unter Abwägung seiner Lebenschancen noch zumuten wollen. In Bezug auf Impfungen wird der Staat daher im Grundsatz auch das Recht der Eltern zu berücksichtigen haben, die Vorteile der Impfung mit ihren möglichen Nachteilen (Nebenwirkungen, „Impfschäden“) für ihre Kinder abzuwägen.“

Er fasst zusammen: „Im Ergebnis der Abwägung dieser verschiedenen Interessen dürfte eine gesetzliche Impfpflicht für Kinder wohl nur in Bezug auf solche Krankheiten verfassungsrechtlich zulässig sein, die für das Leben oder die Gesundheit des Kindes fatale Folgen haben können, und die – bei fehlender individueller und flächendeckender Impfung – eine nicht untergeordnete Ansteckungswahrscheinlichkeit aufweisen (wie dies nach den Darstellungen der Ständigen Impfkommission des Robert Koch-Instituts z.B. bei Tetanus, Diphtherie, Kinderlähmung, HiB der Fall sein könnte). Bei sonstigen Schutzimpfungen wird sich voraussichtlich gerade das Elternrecht gegenüber dem staatlichen Wächteramt durchsetzen.“

Kritische Betrachtung

Die Juristen des WD stützen sich bei ihrer Expertise medizinisch ausschließlich auf die Veröffentlichungen der Bundesbehörde Robert Koch-Institut (RKI), ohne hier eigenständig umfassender oder kritisch zu recherchieren [16, 17]. Dass die Perspektive und die Schlussfolgerungen des RKI nicht die einzig mögliche Interpretation des aktuellen Kenntnisstandes zum Thema der Schutzimpfungen sind, zeigt schon die Tatsache, dass es in der EU im Jahr 2018 nicht zwei einander gleichende Impfpfehlungen staatlicher Impfkommissionen gab – andere Fachgremien kommen zu teilweise deutlich anderen Empfehlungen [7].

Medizinischer Dissens besteht vor allem bei vier gedanklichen Prämissen:

1. bei der Schlussfolgerung, eine auf individueller Ebene wirksame, präventive Maßnahme, müsse erstens auch im Bevölkerungsmaßstab wirken und dieser Effekt müsse zweitens durch eine Verpflichtung zu dieser Maßnahme nennenswert zu steigern sein;
2. bei der pauschal unterstellten Herdenimmunität durch Impfungen;
3. bei den im Gutachten zur Impfpflicht für Kinder aufgeführten Beispielen für Erkrankungen, die – neben einem potenziell „fatalen Verlauf“ – eben auch eine „nicht untergeordnete Ansteckungswahrscheinlichkeit aufweisen“;
4. bei der Annahme, Schutzimpfungen könnten die in Deutschland aktuell relevanten Krankheitserreger „auf Bevölkerungsebene“ ausrotten.

1. Herleitung der „Eignung“ einer Impfpflicht aus der individuellen Wirksamkeit einer Impfung

Dass die Verpflichtung zu einer Impfung, die auf individualmedizinischer Ebene hochwirksam ist (wie die Masernimpfung), keineswegs zwangsläufig zu den erhofften Effekten im Bevölkerungsmaßstab führt, zeigt die obige Analyse zu Durchimpfungsraten und Maserninzidenz.

2. Herdenimmunität

Trotz eines entstehenden, mehr oder weniger belastbaren Individualschutzes des Geimpften selber schützen bei weitem nicht alle Impfungen vor der Übertragung der entsprechenden Erkrankung auf andere:

- Tetanus: Naturgemäß entsteht bei dieser Erkrankung keine Herdenimmunität – Tetanus wird nicht von Mensch zu Mensch übertragen.
- Diphtherie: Es entsteht wahrscheinlich eine Herdenimmunität auf Bevölkerungsebene [18], der einzelne Geimpfte kann die Erkrankung aber unverändert weitergeben [19]. Trotz der für eine Herdenimmunität zu niedrigen Durchimpfungsraten im Erwachsenenalter [20] spielt die Diphtherie in Deutschland epidemiologisch seit Jahrzehnten keine nennenswerte Rolle [21].
- Keuchhusten: Anders als von der STIKO gehofft und in den Impfempfehlungen propagiert [11], schützt die

azelluläre Impfung nach aktuellem Kenntnisstand (amerikanische CDC [22], FDA [23] und WHO [24]) nicht relevant vor der Übertragung auf andere [25, 26].

- Haemophilus influenzae B (HiB): Diese Impfung vermittelt eine Herdenimmunität [27], deren klinische Relevanz angesichts der epidemiologischen Situation der letzten Jahre (HiB verursacht in Deutschland zunehmend Erkrankungen bei älteren Erwachsenen [21]) jedoch fraglich ist.
- Poliomyelitis: Die in Deutschland empfohlene inaktivierte Polio-Vakzine (IPV) erzeugt keine sichere Herdenimmunität [28].
- Hepatitis B: Es entsteht ein Schutz vor Übertragung auf andere, dieser ist im Kindesalter angesichts der vom RKI benannten Hauptübertragungswege (Sexualität, intravenöser Drogengebrauch [29]) und der verschwindend geringen Fallzahlen von Hepatitis B bei Kindern [21] aber im Kindesalter nicht relevant.
- Pneumokokken: Die entstehende Herdenimmunität ist nur serotypenspezifisch und verliert – wie der Impfeffekt auch – durch *Replacement*-Phänomene in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung [30].
- Masern: Hier entsteht zweifelsfrei eine Herdenimmunität mit klinischer Relevanz [10].
- Mumps: Da die Impfung schon unzuverlässig vor der Erkrankung schützt [31], kann die entstehende Herdenimmunität nicht besser sein, als der (schlechte) Schutz des Geimpften selbst.
- Röteln: Hier entsteht zweifelsfrei eine Herdenimmunität von klinischer Relevanz, wenn auch von kürzerer Dauer, als der Schutz der Geimpften selber [32].
- Windpocken: Hier entsteht wohl eine Herdenimmunität [33], allerdings vor einer gerade im Kindesalter in aller Regel harmlos verlaufenden Erkrankung, sodass deren klinische Relevanz zweifelhaft bleibt.
- Meningokokken C: Hier geht das RKI nicht vom Entstehen einer relevanten Herdenimmunität aus [34].

3. Risiko fataler Verläufe und nicht untergeordnete Ansteckungswahrscheinlichkeit

Laut RKI sind größenordnungsmäßig etwa 5 % eines jeden Geburtsjahrgangs

in Deutschland nicht gegen Tetanus, Diphtherie und Polio geimpft. Bei einer Stärke der Geburtsjahrgänge von etwa 750.000 sind dies in jedem Jahrgang etwa 35.000 nicht gegen diese Erkrankungen Geimpfte: Dies ergibt stark vereinfachend jeweils etwa 500.000–700.000 Kinder und Jugendliche in Deutschland, die nicht durch eine Impfung vor diesen vier Erkrankungen geschützt sind.

Erfasst wurden bei Kindern unter 15 Jahren in den letzten 10 Jahren insgesamt: fünf Tetanus-, vier Diphtherie-, keine Polio- und 54 HiB-Erkrankungen [21, 35].

Obwohl es bei allen vier beispielhaft untersuchten Erkrankungen die Gefahr „fataler Verläufe“ auch im Kindesalter gibt, ist zumindest bei Tetanus, Diphtherie und Polio eine Ansteckungswahrscheinlichkeit mehr als „untergeordnet“, ohne dass wir dies mit einer relevanten Herdenimmunität erklären könnten. Diese spielt allein bei der Reduzierung des HiB-Risikos eine Rolle.

4. „Ausrottung eines Keimes auf Bevölkerungsebene“

Die bislang einzig erfolgreiche Ausrottung eines Krankheitserregers – die des Pockenvirus – war, laut den beteiligten Protagonisten, möglich durch eine Reihe an Besonderheiten von Erreger und Erkrankung [36] – namentlich vor allem durch das Fehlen atypischer oder subklinischer Verläufe. Hier liegt ein wesentlicher Unterschied zu z.B. Poliomyelitis (bei der subklinische Infektionen die Regel sind) oder den Masern (bei denen diese zumindest bei Geimpften zunehmend beobachtet werden [37]). Ob diese Erkrankungen überhaupt eradizierbar sind, ist zum jetzigen Zeitpunkt daher spekulativ.

Zusammenfassend fordert der Wissenschaftliche Dienst des Bundestages völlig zu Recht, dass eine „Abwägung ... für jede Krankheit und Impfung unter Einbeziehung aller Krankheits-, Ansteckungs- und Impfrisiken gesondert durchzuführen [ist]. Dabei ist stets zu berücksichtigen, dass gerade die verschiedenen wissenschaftlichen und medizinischen Aspekte, die in die Abwägung einzustellen sind, auf – nach aktuellem Forschungsstand – gesicherten Erkenntnissen beruhen müssen.“ [17] Er scheitert zwangsläufig als juristisches Gremium an diesem selbst formulierten Anspruch.

Auch den Verfechtern einer Impfpflicht ist jedoch bewusst, dass diese früher oder später von den Richtern des Bundesverfassungs- und/oder Bundesverwaltungsgerichts überprüft würde und dass spätestens dann, im Rahmen verschiedener Gutachten, dieser „aktuelle Forschungsstand“ nicht nur aus der Perspektive des RKI dargelegt und abgewogen würde.

Zu diesem Zeitpunkt kämen auch Bedenken namhafter Verfassungsrechtler zur Sprache, die – angesichts unserer Wissenslücken z.B. zu Impf-Nebenwirkungen – dem Staat nicht nur das Recht absprechen, eine Impfpflicht zu verhängen, sondern die sogar schon eine staatliche Empfehlung (wie die der STIKO [11]) als verfassungsrechtlich unhaltbar herleiten [38].

Impfpflicht – kontraproduktiv?

Staatliche Zwangsmaßnahmen laufen immer Gefahr, Widerstand zu provozieren, der nicht in der Sache gründet, sondern um des Widerstandes selbst wegen entsteht. Unterstellt man im Falle einer Impfpflicht ein den juristischen Grundsatz der Verhältnismäßigkeit wahrendes Sanktionsinstrumentarium (Bußgelder, Ausschluss von öffentlicher Kinderbetreuung, ...), müsste mit Eltern gerechnet werden, die diese Sanktionen bewusst in Kauf nähmen. Damit kämen zu den Kindern, die bislang aus sachlichen Gründen nicht oder nicht vollständig geimpft werden, diejenigen hinzu, deren Eltern Impfungen verweigern, weil sie dem Staat das Recht absprechen, so tief in verbrieft Grundrechte einzugreifen und die damit dann schlicht gegen diese staatliche Repression protestieren. Dass dies eine durchaus substantiierte Befürchtung ist, zeigt eine Studie aus Deutschland (2015 verfasst von einer Psychologin [Universität Erfurt] und einem Öko-

Dr. med. Steffen Rabe ...



... ist seit über 20 Jahren als Kinder- und Jugendarzt in München niedergelassen. Er ist Mitbegründer des Vereins „Ärzte für individuelle Impfscheidung e.V.“ und seit Jahren (wegen ihrer differenzierten Haltung zum Impfen) Mitglied der DEGAM. Die individuelle Impfberatung ist einer der Schwerpunkte seiner Praxis.

nomen [RWTH Aachen]: „*Compulsory vaccination increased the level of anger among individuals with a rather negative vaccination attitude, whereas voluntary vaccination did not. This led to a decrease in vaccination uptake by 39 % in the second voluntary vaccination (reactance).*“ [39]

Gerade auch dieses Argument – die im Falle einer staatlichen, strafbewehrten Impfpflicht zu befürchtende Verschlechterung der Akzeptanz von Schutzimpfungen in der Bevölkerung – hat, in Verbindung mit den in Deutschland bislang auch ohne drakonische Maßnahmen erreichten guten Durchimpfungsraten, seit Jahren die Fachleute und Verantwortlichen zum Thema Impfen (z.B. die Vorsitzenden der STIKO und den Präsidenten des RKI) immer wieder Position gegen eine Impfpflicht beziehen lassen [9, 40–43].

Schlussfolgerungen

Juristische Veröffentlichungen überschätzen (wie gezeigt werden konnte) die positiven Effekte einer Impfpflicht. Trotzdem werden in denselben Publikationen die verfassungsrechtlichen Hürden für ihre Einführung als sehr hoch angesehen, da eine Impfpflicht mit fundamentalen Grundrechten kollidiere. Eine impfpräventable Erkrankung, die (wie von Juristen für eine Impfpflicht gefordert) bei relevantem Ansteckungsrisiko das Risiko fataler Verläufe und eventuell sogar noch die Gefahr einer

epidemischen Ausbreitung mit sich brächte, gibt und gab es in Deutschland in den letzten Jahrzehnten nicht.

Die erhoffte und behauptete Erhöhung von Durchimpfungsraten und/oder Verminderung von Erkrankungshäufigkeiten durch eine Impfpflicht lässt sich in Europa nicht oder zumindest nicht in nennenswertem Maße nachweisen.

Diesen inkonsistenten Effekten steht die Gefahr einer Verschlechterung der Akzeptanz von Schutzimpfungen gegenüber, sollten diese sanktionsbewehrt verpflichtend vorgeschrieben werden.

Die Einführung einer Impfpflicht in Deutschland wäre damit medizinisch ineffektiv, juristisch nur fragwürdig zu rechtfertigen und soziologisch mit großer Wahrscheinlichkeit kontraproduktiv: ein Fazit, das einen so tiefen Eingriff in fundamentale Grundrechte letztendlich ad absurdum führt.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Steffen Rabe
Arzt für Kinderheilkunde und
Jugendmedizin
Kinderarztpraxis Der Rabendoktor
Gottfried-Keller-Straße 12
81245 München
Tel.: 089 89217911
dr.rabe@der-rabendoktor.de

Literatur

1. Lauterbach K. Lauterbach will Impfpflicht für Masern neu debattieren. Dtsch Arztebl 21.01.2019. www.aerzteblatt.de/nachrichten/100521/Lauterbach-will-Impfpflicht-fuer-Masern-neu-debattieren (letzter Zugriff am 10.03.2019)
2. Heining U, Iseke A. Pro & Contra – sollte eine gesetzliche Impfpflicht eingeführt werden? Pädiatrie 2019; 31: 40–41
3. BVKJ. Pressemitteilung. Kinder- und Jugendärzte fordern Impfpflicht. www.bvkj.de/presse/pressemitteilungen/ansicht/article/kinder-und-jugendaerzte-fordern-impfpflicht/ (letzter Zugriff am 10.03.2019)
4. CDU. Sonstige Beschlüsse – 28. Parteitag der CDU Deutschlands. 2015. www.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/sonstige-beschluesse.pdf?file=1 (letzter

- Zugriff am 10.03.2019)
5. FDP. Beschluss des 68. ord. Bundesparteitags der FDP, Berlin, 28. bis 30 April 2017 – Kindeswohl schützen – Recht auf Impfung für alle Kinder. 2017 www.fdp.de/sites/default/files/uploads/2017/05/08/2017-04-29-bpt-kindeswohlschuetzen-recht-auf-impfung-fuer-alle-kinder.pdf (letzter Zugriff am 10.3.2019)
 6. WHO. WHO UNICEF Coverage estimates. http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/time-series/tswucoveredtp3.html (letzter Zugriff am 21.02.2019)
 7. ECDC. Vaccine scheduler. <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/> (letzter Zugriff am 19.02.2019)
 8. ECDC. Surveillance Atlas of Infectious Diseases. <https://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx?Instance=General-Atlas> (letzter Zugriff am 19.02.2019)
 9. Wieler LH. Eher kontraproduktiv – Impfpflicht würde Masernproblem nicht lösen. *Ärztezeitung* 2017. www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/infektionskrankheiten/masern/article/943821/eher-kontraproduktiv-impfpflicht-wuerde-masernproblem-nicht-loesen.html (letzter Zugriff am 19.02.2019)
 10. Strebel PM. Measles vaccines. In: Plotkin S. *Plotkin's Vaccines*, 7th ed. Philadelphia: Elsevier, 2017 (eBook)
 11. Ständige Impfkommision. Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut. *Epid Bull* 2018; 34: 335–382
 12. Uzicanin A, Zimmermann L. Field effectiveness of live attenuated measles-containing vaccines: a review of published literature. *J Infect Dis* 2011; 204 (issue suppl_1): S133–S149
 13. WHO. Measles vaccines: WHO position paper – April 2017. *WER* 2017; 92: 205–228
 14. Poethko-Müller C, Mankertz A. Seroepidemiology of measles-specific IgG antibodies and predictive factors for low or missing titres in a German population-based cross-sectional study in children and adolescents (KiGGS). *Vaccine* 2011; 29: 7949–7959
 15. Action plan on Science in Society related issues in Epidemics and Total pandemics (ASSET). Compulsory vaccination and rates of coverage immunisation in europe. www.asset-scienceinsociety.eu/reports/page1.html (letzter Zugriff 14.02.2019)
 16. Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestags. Verfassungsrechtliche Zulässigkeit einer Impfpflicht. Az: WD 3 – 3000 – 019/16. Abschluss 27.01.2016
 17. Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestags. Verfassungsmäßigkeit einer gesetzlichen Impfpflicht für Kinder. Az: WD 3 – 3000 – 056/16. Abschluss 03.03.2016
 18. Pappenheimer AM Jr. *Diphtheria*. In: Germanier, R. *Bacterial vaccines*. Berne: Academic Press, 1984: 26–31
 19. Edwards D, Kent D, Lester C, et al. Transmission of toxigenic corynebacterium diphtheriae by a fully immunised resident returning from a visit to West Africa, United Kingdom, 2017. *Eurosurveill* 2018; 23: 1700681
 20. RKI. RKI-Ratgeber Diphtherie. www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Diphtherie.html, 2009 (letzter Zugriff 10.03.2019)
 21. RKI. *SurvStat@RKI 2.0*. <http://survstat.rki.de> (letzter Zugriff am 20.02.2019)
 22. CDC. Pertussis FAQs. www.cdc.gov/pertussis/about/faqs.html#immunity, 2015 (letzter Zugriff 10.03.2019)
 23. FDA. FDA Researchers advance science for vaccines to prevent mumps and whooping cough. www.fda.gov/ForConsumers/ConsumerUpdates/ucm488978.htm (letzter Zugriff am 10.03.2019)
 24. WHO. 2015. Pertussis vaccines: WHO position paper – August 2015. *WER* 2015; 90: 433–460
 25. Althouse BM, Scarpino SV. Asymptomatic transmission and the resurgence of bordetella pertussis. *BMC Med* 2015; 13: 146–152
 26. Healy CM, Rench MA, Wootton SH, Castagnini LA. Evaluation of the impact of a pertussis cocooning program on infant pertussis infection. *Ped Infect Dis J* 2015; 34: 22–26
 27. Peltola H, Aavitsland P, Hansen KG, et al. Perspective: a five-country analysis of the impact of four different haemophilus influenzae type b conjugates and vaccination strategies in Scandinavia. *J Infect Dis* 1999; 179: 223–229
 28. RKI. Schutzimpfung gegen Poliomyelitis: Häufig gestellte Fragen und Antworten. www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/Poliomyelitis/FAQ-Liste_Poliomyelitis_Impfen.html (letzter Zugriff am 20.02.2019)
 29. von Laer A, Harder T, Zimmermann R, Dudareva S: Virushepatitis B und D im Jahr 2017. *Epid Bull* 2018; 30: 285–294
 30. Weinberger R, von Kries R, van der Linden M, Rieck T, Siedler A, Falkenhorst G. Invasive pneumococcal disease in children under 16 years of age: incomplete rebound in incidence after the maximum effect of PCV13 in 2012/13 in Germany. *Vaccine* 2018; 36: 572–577
 31. RKI. Schutzimpfung gegen Mumps: Häufig gestellte Fragen und Antworten. www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/MMR/FAQ-Liste_Mumps_Impfung.html (letzter Zugriff am 20.02.2019)
 32. Cusi MG, Valensin PE, Cellesi C. Possibility of reinfection after immunisation with RA27/3 live attenuated rubella virus. *Arch Virol* 1993; 129: 337–340
 33. Hirose M, Gilio AE, Ferronato AE, Ragazzi SLB. The impact of varicella vaccination on varicella-related hospitalization rates: global data review. *Rev Paul Pediatr (English Edition)* 2016; 34: 359–366
 34. Hellenbrand, W. Invasive Meningokokken-Erkrankungen 2012–2015. *Epid Bull* 2016; 43: 471–484
 35. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. www.gbe-bund.de (letzter Zugriff am 20.02.2019)
 36. Henderson DA. Smallpox. In: Considerations for viral disease eradication: lessons learned and future strategies: workshop summary. Washington: National Academy Press, 2002: 34–40
 37. Augusto GE, Cruz D, Silva A, et al. Challenging measles case definition: three measles outbreaks in three health regions of Portugal, February to April 2018. *Eurosurveill* 2018; 23: 1800328
 38. Zuck R. Öffentliche Empfehlungen zur Masernimpfung. *Medizinrecht* 2017; 35: 85–91
 39. Betsch C, Böhm R. Detrimental effects of introducing partial compulsory vaccination: experimental evidence. *Eur J Public Health* 2016; 26: 378–381
 40. Mertens T. Braucht Deutschland eine Impfpflicht? *Apothekenumschau* 2018 www.apotheken-umschau.de/Infektion/Braucht-Deutschland-eine-Impfpflicht-548597.html (letzter Zugriff 21.02.2019)
 41. Mertens T. Für ein fortschrittliches Land haben wir zu viele Masern-Fälle. www.deutschlandfunk.de/debatte-ums-impfen-fuer-ein-fortschrittliches-land-haben.694.de.html?dram:article_id=434700 (letzter Zugriff 21.02.2019)
 42. Leidel J. Braucht Deutschland eine Impfpflicht? www.deutschlandfunk.de/thomas-fischbach-vs-jan-leidel-braucht-deutschland-eine.2927.de.html?dram:article_id=411412 (letzter Zugriff am 21.02.2019)
 43. Leidel J. Eine Masernimpfpflicht wird nichts bringen. www.wiwo.de/technologie/forschung/masern-epidemie-eine-masern-impfpflicht-wird-nichts-bringen/11418274.html (letzter Zugriff am 21.02.2019)