

KNAUR 
MENSSANA

Von Dr. Martin Hirte sind bereits folgende Titel erschienen:

HPV-Impfung

Impfen – kurz und praktisch

Über den Autor:

Dr. Martin Hirte, Jahrgang 1954, ist Facharzt für Kinderheilkunde und hat seit 1990 eine klassisch homöopathisch ausgerichtete Kinderarztpraxis mit Schwerpunkt Allergologie in München. Er ist verheiratet und hat vier Kinder. Dr. Martin Hirte ist Mitherausgeber des Buches »Homöopathie in der Kinder- und Jugendmedizin«.

Dr. Martin Hirte

Impfen – Pro & Contra

Das Handbuch für die individuelle
Impfentscheidung

KNAUR 
MENSSANA

Besuchen Sie uns im Internet:
www.mens-sana.de



Komplett überarbeitete und aktualisierte Neuausgabe August 2018

© 2012 Knauer MensSana

Ein Imprint der Verlagsgruppe

Droemer Knauer GmbH & Co. KG, München

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk darf – auch teilweise – nur mit
Genehmigung des Verlags wiedergegeben werden.

Redaktion: Ralf Lay, Textredaktion

Covergestaltung: ZERO Werbeagentur, München

Coverabbildung: FinePic / shutterstock

Satz: Adobe InDesign im Verlag

Druck und Bindung: GGP Media GmbH, Pößneck

ISBN 978-3-426-65832-1

2 4 5 3 1

INHALT

Impfungen allgemein

Krankheit und Prophylaxe	9
Die Geschichte des Impfens	10
Impfen und Angst	14
Impfen: moralische Verpflichtung?	16
Impfpflicht?	17
Freie Impfentscheidung	21
Beratungspflicht	23
Die deutsche Impfkommision STIKO	24
Interessenkonflikte	26
Die Situation der Impfähzte	35
Die Impfstoffhersteller	39
Pharmaindustrie und Forschung	42
Pharmaindustrie und Medizinbetrieb	49
Herstellung und Zusammensetzung von Impfstoffen	53
Die Zulassung von Impfstoffen	68
Der Impfzeitpunkt	70
Natürliche und künstliche Immunisierung	75
Nebenwirkungen von Impfungen	81
Wahrscheinliche oder gesicherte Impffolgen	97
Impfkritik	117
Aufklärung vor Impfungen	124
Kontraindikationen	127
Was tun bei Impfschadensverdacht?	128
Die individuelle Impfentscheidung aus Sicht des Arztes	131

Die Impfungen im Einzelnen

Öffentlich empfohlene Impfungen	155
<i>Rotavirus</i>	155
<i>Tetanus</i>	167
<i>Diphtherie</i>	180
<i>Polio</i>	190

<i>Keuchhusten</i>	199
<i>Hib</i>	223
<i>Hepatitis B</i>	233
<i>Pneumokokken</i>	250
<i>Meningokokken</i>	268
<i>Masern</i>	282
<i>Mumps</i>	309
<i>Röteln</i>	321
<i>Windpocken</i>	329
<i>HPV</i>	352
<i>FSME</i>	368
<i>Influenza</i>	386
<i>Respiratorisches Synzytial-Virus</i>	411
<i>Reiseimpfungen</i>	421
<i>Hepatitis A</i>	424
<i>Tollwut</i>	436
<i>Cholera</i>	445
<i>Gelbfieber</i>	452
<i>Typhus</i>	459
<i>Japanische Enzephalitis</i>	466
<i>Malaria</i>	471

Anhang

»Entscheidungsbaum Impfen« im ersten Lebensjahr	483
Auswahl von Impfstoffen für die individuelle Impfentscheidung	484
Impfempfehlungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz	487
Impfalternativen	490
Glossar	497
Das Wuppertaler Manifest	502

IMPFUNGEN ALLGEMEIN

Krankheit und Prophylaxe

Mit der Geburt eines Kindes beginnt für Sie als Eltern ein Lebensabschnitt, in dem Sie plötzlich eine sehr große Verantwortung übernehmen müssen. Bisher gewohnt, allein für sich selbst zu sorgen, müssen Sie nun Entscheidungen treffen, bei denen es um das Leben und Wohlbefinden eines anderen Menschen geht, der völlig von Ihnen abhängig ist.

Unter anderem stellt sich die Frage nach dem Umgang mit Krankheiten. Die moderne Medizin erzeugt hier größte Erwartungen: Krankheiten sollen verhindert oder so schnell wie möglich beseitigt werden. Ewige Jugend und Gesundheit – ein Ziel, das sich deckt mit der Hauptzielgruppe der Werbestrategen in unserer Gesellschaft: Wertvoll ist, wer leistungsfähig ist und über sein Konsumverhalten die Nachfrage steigert. Krankheit und Altern sind gewissermaßen »unproduktiv« und werden aus dem öffentlichen Bewusstsein verdrängt.

Eltern erfahren beispielsweise Ablehnung, wenn sie ihr Kind nicht gegen alle »Kinderkrankheiten« impfen lassen, sondern manche bei ihm in Kauf nehmen. Wissenschaftler rechnen uns vor, dass die Krankenpflegetage der Eltern mehr kosten als die Windpockenimpfung und daher die Impfung vorzuziehen sei. Es fehlen jedoch Untersuchungen, welche positiven Auswirkungen die eine oder andere Krankheit hat, deren Ausrottung auf dem Plan steht. Das Gefühl für den Sinn von Krankheiten ist verloren gegangen.

In einer Art Gegenbewegung erfahren alternative Vorstellungen Aufwind, die in Krankheiten wichtige Prozesse der Anpassung des Organismus an sich ständig verändernde Umweltbedingungen sehen. Hierzu zählen die Homöopathie, die anthroposophische Medizin, die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM), die ayurvedische Medizin und die Naturheilkunde. Anstatt Krankheiten zu unterdrücken, wird bei diesen Therapieformen eine Art Regulation angestrebt, durch die eine positive Entwicklung auf körperlicher, geistiger und seelischer Ebene bewirkt werden soll. Niemand wird sich der Verhütung oder drastischen Behandlung lebensbedrohlicher Erkrankungen entgegenstellen. Antibiotika

und Impfungen sind und bleiben wichtige Instrumente für die Kontrolle gefährlicher Infektionskrankheiten. Doch das Konzept, immer harmlosere Erkrankungen mit risikoreichen Arzneimitteln zu behandeln oder mit Impfungen zum Verschwinden zu bringen, muss aus dem Blickwinkel einer ökologisch ausgerichteten und individuellen Medizin kritisch gesehen werden. Es könnte nämlich einer der Gründe dafür sein, dass seit den Siebziger-Jahren in allen westlichen Ländern die Häufigkeit chronisch entzündlicher Erkrankungen – Allergien, Autoimmunkrankheiten – Jahr für Jahr ansteigt (Rook 2009).

Akute Erkrankungen haben einen wichtigen Stellenwert in der Entwicklung des Immunsystems und wahrscheinlich auch der Persönlichkeit. Es gibt Hinweise darauf, dass manche Erkrankungen, auch einige der typischen »Kinderkrankheiten«, einen gewissen Schutz vor allergischen Erkrankungen, Autoimmunkrankheiten und bestimmten Krebsformen vermitteln.

Das erste Gebot jeder ärztlichen Handlung ist der Leitsatz, der auf Hippokrates zurückgeführt wird: »Zuallererst: keinen Schaden zufügen« (»Primum nil nocere«).

Bei medizinischen Maßnahmen, die massenhaft angewendet werden – und bei den meisten Impfungen ist das Ziel eine mindestens 95-prozentige Erfassung der gesamten Bevölkerung –, muss die langfristige Wirkung auf den Einzelnen und auf die Gemeinschaft, also die Nachhaltigkeit, besonders gut geprüft werden. Je weniger das geschieht, umso mehr Anlass gibt es für Zurückhaltung und Skepsis.

Die Geschichte des Impfens

Bereits um das Jahr 1000 n. Chr. hatte man in China herausgefunden, dass man nach überstandenen Pocken immun gegen die Erkrankung war. So wurden Kleinkinder künstlich mit Pocken

infiziert, um sie im späteren Leben vor erneuter Ansteckung zu schützen. Die mit dieser Methode verbundenen hohen Risiken erschienen bei der damals sehr hohen Kindersterblichkeit erträglich.

Schriften aus dem 18. Jahrhundert belegen, dass diese Art Impfung auch in der arabischen Medizin bekannt war. Die Methode breitete sich nach Europa aus. Man ging dazu über, Pockenimpfstoff von besonders milden Pockenfällen zu isolieren, um möglichst wenig Schaden anzurichten (»Variolation«). Der Erfolg war jedoch gering, die Nebenwirkungen waren erschreckend.

Am 14. Mai 1796 führte in England Edward Jenner an einem Buben die erste Pockenimpfung durch, die aus dem Inhalt einer Kuhpocken-Pustel hergestellt war. Jenner hatte beobachtet, dass Menschen, die sich bei Kühen infiziert hatten, den Pocken gegenüber resistent waren. Sechs Wochen nach der Impfung des Buben infizierte er ihn mit echten Pocken – ein Versuch, der heute vor keiner Ethikkommission Bestand hätte – und hatte offensichtlich Immunität erzielt, denn der Junge erkrankte nicht. Die Pockenimpfung blieb zunächst umstritten, denn der Impfstoff war nicht standardisiert und hatte nur eine geringe Schutzwirkung (erst der im 20. Jahrhundert eingeführte gefriergetrocknete Impfstoff zeigte bessere Impferfolge). Da die Pockenkrankung jedoch weiterhin grassierte und Zigtausende von Menschenleben forderte, wurde ab Anfang des 19. Jahrhunderts in den westlichen Ländern nach und nach die Pockenimpfung eingeführt. Am 8. April 1874 erklärte die deutsche Regierung durch das Reichsimpfgesetz die Pockenschutzimpfung zur Pflichtimpfung. Gleichzeitig wurde die Entschädigung für Bürger garantiert, die durch die Impfung gesundheitlich beeinträchtigt wurden. Bei vielen Impfungen verursachte sie nämlich schwere Nebenwirkungen, vor allem die gefürchtete Impfenzephalitis mit Todesfolge oder schwerer körperlicher und geistiger Behinderung. Auch Jenners Sohn, der im Alter von zehn Monaten geimpft worden war, wurde nach der Impfung geistig behindert und starb mit 21 Jahren – eine Tragödie, derentwegen Jenner am Ende seines Lebens »von Zweifeln geplagt« gewesen sein soll (Buchwald 1997).

Ende des 19. Jahrhunderts wurde aufgrund der Arbeiten von Louis Pasteur (1822–1895), der Mikroben als Ursache von Krankheiten identifiziert hatte, die Entwicklung von Impfstoffen vorangetrieben. Er hatte unter anderem die Erreger der Geflügelcholera untersucht und dabei entdeckt, dass Erreger, die mehrere Wochen im Labor »vergesen« worden waren, abgeschwächt waren und nicht mehr krank machten. Die damit infizierten Hühner waren im Gegenteil vor einer späteren Choleraerkrankung geschützt. Pasteur entwickelte immunologische Modelle zur Funktion von Impfungen und erste Verfahren zur Impfstoffherstellung. Er schuf in Anlehnung an die Kuhpocken auch den Begriff »Vakzination« (vom lateinischen Wort *vacca* [»Kuh«]) für die Impfung mit lebenden oder toten Erregern. Das deutsche Wort »impfen« stammt eigentlich aus dem Gartenbau und leitet sich vom lateinischen *imputare* und griechischen *emphyteúein* ab, was »einpflanzen, pflanzen« bedeutet.

Die zunächst entwickelten Impfstoffe waren gegen die großen »Seuchen« gerichtet: Pocken (1798), Tollwut (1885), Pest (1897), Diphtherie (1925), Tuberkulose (1927), Wundstarrkrampf (1927) und Gelbfieber (1937). Bereits 1926 gab es auch erste Versuche mit einer Keuchhustenimpfung. Erst nach dem Zweiten Weltkrieg konnten aufgrund der wissenschaftlichen Fortschritte weitere Impfstoffe, nun auch gegen Viruserkrankungen, entwickelt werden: Kinderlähmung (Totimpfstoff 1955, Lebendimpfstoff 1962), Masern (1964), Mumps (1967), Röteln (1970) und Hepatitis B (1981).

Die ersten Impfstoffe waren nach heutigen Kriterien schlecht gereinigt und hatten enorm viele Nebenwirkungen. Der Pockenimpfung fielen nachweislich Tausende von Menschen zum Opfer. Bis zum Zweiten Weltkrieg waren Impfungen zudem nur für die bessergestellten Bevölkerungsanteile in den westlichen Industrieländern zugänglich. Die Erkrankungszahlen etwa an Tetanus gingen daher kaum zurück.

In den Fünfziger- und Sechzigerjahren wurden die ersten großflächigen Impfkampagnen gestartet: In Europa und den USA wurde die Polio-Schluckimpfung in allen Bevölkerungsschichten propagiert (»Schluckimpfung ist süß – Kinderlähmung ist

bitter«), was zu einem dramatischen Rückgang der Erkrankungszahlen führte.

Ab 1967 rief die Weltgesundheitsorganisation WHO zum ersten Versuch auf, eine Krankheit weltweit auszurotten: die Pocken. In allen Ländern warb man für die Pockenimpfung, unter ständiger Überwachung von Durchimpfungs- und Erkrankungszahlen. Letztlich brachte jedoch erst die konsequente Isolierung der Erkrankten und ihrer Kontaktpersonen den Durchbruch. Im Jahr 1980 erklärte die WHO die Erde als pockenfrei, 1982 wurde in Deutschland die Impfpflicht gegen Pocken aufgehoben. Ob die Pocken damit endgültig besiegt sind, ist unsicher: Es gibt noch militärische Vorräte von Pockenviren und die Möglichkeit der Wiederbelebung des Virus aus kommerziell erhältlichen Erbgut-schnipseln.

Ab dem Jahr 1974 startete die WHO weitere weltweite Impfprogramme, die »Expanded programs on immunization«. Bis dahin waren weniger als 5 Prozent der Kinder in den ärmeren Ländern der Welt geimpft worden. Nun sollten die Kinder in allen Ländern der Welt gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Kinderlähmung und Masern immunisiert werden. Seit den Neunzigerjahren kamen dazu noch die Impfungen gegen Hepatitis B, Hib, Röteln und in den betroffenen Ländern die Impfung gegen Gelbfieber.

Ein zu würdigender Erfolg dieser Impfprogramme war die Ausrottung der Kinderlähmung in der westlichen Hemisphäre in den Neunzigerjahren. Sie ist heute nur noch in wenigen Ländern der Welt heimisch, bei weniger als 100 gemeldeten Fällen jährlich seit 2015. Auch der Rückgang weiterer Erkrankungen wie Diphtherie, Hib sowie der Kinderkrankheiten Masern und Röteln ist vor allem auf die Impfungen gegen diese Krankheiten zurückzuführen. Beflügelt durch diese Erfolge, hat sich die WHO die Ausrottung von Polio, Masern und Hepatitis B zum Ziel gesetzt.

Bei aller Euphorie über diese Erfolge wird unterschlagen, dass die Gefährlichkeit der meisten Erkrankungen, ablesbar an den Todesfallstatistiken, zumindest in den wohlhabenden Ländern schon vor Beginn der großen Impfprogramme deutlich rückläufig war. Hierzu trug vor allem der höhere Lebensstandard bei:

bessere Wohnverhältnisse, bessere Ernährung, sauberes Trinkwasser und zunehmendes Hygienebewusstsein.

Mit der wachsenden Anzahl von Impfungen hat sich – trotz weiterhin mangelhafter Erfassungssysteme für Nebenwirkungen – gezeigt, dass jeder Impfstoff neben harmlosen akuten Impfreaktionen auch schwere und im Extremfall lebensbedrohliche oder tödliche Nebenwirkungen haben kann. Mehr und mehr in den Blickwinkel geraten heute auch verzögert einsetzende, langfristige Nebenwirkungen durch Beeinträchtigung des Immunsystems und der Nervenentwicklung.

Die Nachhaltigkeit von Impfmaßnahmen wird in letzter Zeit auch dadurch infrage gestellt, dass Krankheitserreger durch Wechsel bestimmter Eigenschaften gegen Impfstoffe resistent werden können, dass andere Erreger oder Erregertypen die entstandene »Lücke« auffüllen und überhaupt immer wieder neue Krankheiten auftauchen. Der Mensch ist Teil der Natur, und jeder groß angelegte Eingriff in die Natur kann unvorhergesehene Folgen haben.

Bei harmloseren »Kinderkrankheiten« wie Mumps oder Windpocken, deren weltweite Auslöschung kaum zu erzielen sein wird, ist der epidemiologische Wert der Impfung ohnehin fraglich: Die Erkrankungen werden ins Jugendlichen- und Erwachsenenalter verschoben – mit einer sich daraus ergebenden Zunahme von Komplikationen. Dann hilft unter Umständen nur die Flucht nach vorn, wie wir es zurzeit bei Masern und vielleicht auch bald bei den Windpocken erleben: die möglichst komplette »Durchimpfung« der Bevölkerung ohne die Option, jemals wieder aufhören zu können.

Impfen und Angst

Infektionskrankheiten haben heute für den Einzelnen nur noch eine geringe Bedeutung. Todesfälle durch klassische Seuchen wie Diphtherie, Kinderlähmung oder Masern sind eine extreme

Rarität. Mit dem Verschwinden dieser Krankheiten, an dem Impfungen einen erheblichen Anteil haben, geraten ihre Gefahren in Vergessenheit, und die Nachteile der Impfungen rücken umso mehr ins Bewusstsein.

Impfprogramme zur Ausrottung von Krankheiten entwickeln andererseits eine enorme Eigendynamik, da sie nur dann erfolgreich sein können, wenn möglichst rasch möglichst große Teile der Bevölkerung – in der Regel mehr als 95 Prozent – daran teilnehmen: »Die Details des Impfplanes sind relativ unwichtig im Vergleich zu einer möglichst frühzeitigen und möglichst vollständigen Durchimpfungsrate« (Schmitt 2001a). Der Verfassungsrechtler Prof. Dr. Rüdiger Zuck sieht das Selbstbestimmungsrecht im Impfbereich gefährdet, weil »das Allgemeininteresse an einer hohen Durchimpfungsrate bis zur Grenze jeglicher Abwägungsresistenz in den Vordergrund gerückt worden ist« (Zuck 2011).

Medienberichte und Broschüren zum Impfstoff stellen einseitig die Gefahren von Krankheiten und den Nutzen von Impfungen in den Vordergrund. Wie erfolgreich diese Strategie ist, zeigt eine Studie, in der die subjektive Wahrnehmung von Gefahren und das tatsächliche Risiko miteinander verglichen wurden (Höppe 2005). In dieser Studie setzten Eltern die Gefahren von Zeckenbissen auf Rang 2, von Meningitis auf Rang 4, von Kinderkrankheiten auf Rang 6 und von Hepatitis auf Rang 7 – Risiken, die in der Impfpropaganda eine große Rolle spielen. Experten gaben den entsprechenden Risiken lediglich die Ränge 19, 20, 29, 36 auf der Risikoskala.

Die häufigsten Todesursachen bei Kindern und Jugendlichen sind Unfälle, Gewalt und Selbstverletzung mit über 1000 Todesfällen pro Jahr.

Die wesentlichen Ursachen für Säuglingssterblichkeit in den reicheren Ländern liegen in der Neugeborenenperiode: Geburtskomplikationen, Frühgeburtlichkeit, angeborene Fehlbildungen, plötzlicher Kindstod oder bakterielle Infektionen. Die Rate an Todesfällen im Säuglingsalter, die durch weitere Impfprogramme oder neue Impfungen verhütet werden kann, macht weniger

als 0,005 Prozent aus. Amerikanische Forscher stellen die kontinuierliche Ausweitung der Impfempfehlungen am Beispiel der Meningokokkenimpfung infrage:

»Die geringe Zahl von Todesfällen in den USA, die durch Impfungen verhütet werden kann, macht es schwierig, die Einführung immer neuer Impfungen bei Säuglingen zu rechtfertigen ... Wir müssen feststellen, dass es irgendwann einfach zu teuer wird, für einen immer geringeren Ertrag immer kostspieligere Interventionen/Behandlungen einzuführen; es muss einen Haltepunkt geben, der unsere Werte und Ressourcen widerspiegelt. Derzeit haben wir keine einheitlichen Standards, die definieren, wo dieser Punkt liegt. Ihn festzulegen muss damit beginnen, dass wir diese Frage ehrlich und leidenschaftslos angehen und eine offene, transparente und nachhaltige Debatte mit einem breiten Spektrum von Akteuren führen, unter anderem mit Kinderärzten, Patientengruppen und politischen Entscheidungsträgern« (Gill 2017).

Impfen: moralische Verpflichtung?

In den öffentlichen Impfempfehlungen schlägt sich das Interesse der staatlichen Behörden und *auch* überstaatlicher Organisationen wie der Weltgesundheitsorganisation WHO in möglichst vielen und breit akzeptierten Impfungen nieder. Diese Politik verfolgt in erster Linie epidemiologische und ökonomische Ziele:

- die Ausrottung von weltweit verbreiteten Krankheiten,
- die Vermeidung von statistisch zu erwartenden Todesfällen und Krankheitskomplikationen,
- die Verhinderung von Krankheiten, die im Vergleich mit den Impfkosten zu erhöhten Kosten im Gesundheitssektor und im sozialen Bereich führen – gemäß sogenannter »Kosten-Nutzen-Analysen«,
- den Schutz der Allgemeinheit durch Schaffung einer »Herden-

immunität«. Das bedeutet, dass durch die Impfung eines Großteils der Bevölkerung Krankheitserreger seltener werden und damit auch für die Ungeimpften die Erkrankungswahrscheinlichkeit sinkt.

Gerade mit dem Argument des Herdenschutzes wird versucht, Druck auf Eltern auszuüben. Manche Medizinethiker argumentieren, der Herdenschutz, den eine hohe Impfrate gewährt, stelle ein öffentliches Gut dar, an dem man teilhat; das führe aber auch zur moralischen Verpflichtung, zu diesem Gut beizutragen, indem man sich selbst oder seine Kinder impfen lässt.

Dieses Argument trifft allerdings nur für eine Minderheit der empfohlenen Impfungen zu, nämlich für die mit lange anhaltenden und hohen Schutzquoten gegenüber potenziell gefährlichen Krankheiten – etwa die Impfungen gegen Diphtherie, Masern, Röteln und *Hämophilus influenzae* B.

Es gilt nicht für die Impfung gegen Tetanus, da dieser nicht von Mensch zu Mensch übertragen wird, und auch nicht für Impfungen mit unsicherer Wirkung oder kurzer Schutzdauer wie die gegen Keuchhusten, Pneumokokken, Meningokokken C, Windpocken und Mumps. Es gilt nur bedingt für die Impfung gegen Polio, da diese nicht sicher vor der Besiedlung mit den entsprechenden Erregern schützt (Details dazu finden Sie bei den einzelnen Impfkapiteln).

Impfpflicht?

Bei jedem Masernausbruch werden regelmäßig Rufe nach einer Impfpflicht laut – unter anderem von heißblütigen Exponenten politischer Parteien und von einschlägigen Vertretern der kinderärztlichen Verbände. Argumentiert wird immer wieder mit der angeblichen »Impfmüdigkeit« – eine Behauptung, die im krassen Widerspruch zu der ständig wachsenden Zahl geimpfter Kinder steht, auch ohne Impfpflicht.

Verschärft wird die Debatte durch die geplante Grundgesetz-änderung zugunsten von Kinderrechten. In Paragraf 24 der UN-Kinderrechtskonvention von 2002 wird das Recht auf größtmögliche Gesundheit für alle Kinder erklärt. UN und UNICEF haben in Zusammenhang damit verkündet, dass jedes Kind ein Recht auf Impfungen gegen verhütbare Krankheiten hat. Von Pflicht ist allerdings nicht die Rede.

Eine gesetzliche Impfpflicht ist in Deutschland undenkbar. Sie würde erheblich in die Entscheidungsfreiheit des Einzelnen eingreifen und das Grundrecht Art. 2 Abs. 2 Satz 1 verletzen: »Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich.«

Pflichtimpfungen sind juristisch nur dann zu rechtfertigen, wenn bei einer großen Epidemie mit bedrohlichen Krankheitsverläufen erheblicher Schaden für Dritte verhindert werden soll.¹ Bei der stabilen epidemiologischen Situation in Deutschland ist dies jedoch nicht vorstellbar. Die Impfraten, auch die gegen Masern, liegen in Deutschland höher als in den EU-Ländern mit Impfpflicht, und gerade die Masern waren in den letzten Jahren dort am häufigsten, wo es eine Impfpflicht gibt (Rabe 2017).

Hinzu kommt der fehlende internationale Standard, was Impfungen anbelangt. In keinem anderen europäischen Land wird früher, öfter und gegen mehr Erkrankungen geimpft als in Deutschland. Wie will man eine Impfpflicht begründen gegen Krankheiten, bei denen es in Nachbarländern nicht einmal eine Impfempfehlung gibt? Mit der Erzielung hoher Durchimpfungsraten zum Aufbau einer Herdenimmunität lassen sich Zwangsmaßnahmen jedenfalls nicht rechtfertigen (Marckmann 2008). Bei manchen empfohlenen Impfungen ist selbst unter Experten die Wirksamkeit umstritten. Auch sind die kurz- und langfristigen Nebenwirkungen der Impfprogramme nicht geklärt. Manche

1 Paragraf 20 Absatz 6 IfSchG: »Das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit kann insoweit eingeschränkt werden.«

Verfassungsrechtler halten daher allein schon die Empfehlungen zu Impfungen in ihrer Verfassungsmäßigkeit für zweifelhaft (Zuck 2017). Um vieles mehr würde das für eine Impfpflicht zutreffen.

Schließlich würden die zur Durchsetzung einer Impfpflicht notwendigen Sanktionen – Zwangsgeld, Zwangsmaßnahmen, Sorgerechtsentzug, Kindergarten- oder Schulausschluss et cetera – zu massivem Widerstand in Teilen der Bevölkerung und zu einer gravierenden Störung des Vertrauensverhältnisses zu Ärzten und staatlichen Behörden führen. Der Staat könnte in Verdacht geraten, gemäß neoliberalen Prinzipien Marktöffner für die Industrie zu werden und für diesen Zweck die Kinderrechtskonvention der UN und das in ihr formulierte Recht aller Kinder auf Bildung zur Disposition zu stellen. Von der »marktkonformen Demokratie« zum neoliberalen Autoritarismus ist der Übergang fließend.

In Italien ist diese Entwicklung zu beobachten: Seit Einführung der Impfpflicht 2017 werden impfkritische Ärzte und Politiker mit Redeverbote belegt, und jede demokratische Debatte über das Thema »Impfungen« wird unterbunden. Impfen als pharmakologische Präventionsmaßnahme wird hier zu einem politischen Instrument, zum Mittel der Ausübung von Macht und Kontrolle über den physischen Leib der Bürger, eine Art staatlich organisierte Körperverletzung.

Das Impfdogma ist jedoch nicht nur potenziell gewaltsam, sondern auch wissenschaftsfeindlich, denn es gefährdet eines der Grundprinzipien der freien Wissenschaft: die Möglichkeit, die jeweils herrschende Lehrmeinung infrage zu stellen. »Wenn die Wissenschaft dem Staat dient und der Staat der Unternehmenswelt, dann werden alle korrupt, und die Gesellschaft rückt sich einen Schritt näher an die Wiederkehr der dunkelsten Zeiten der Medizin« (Rawlinson 2017).

Wie hart die Auseinandersetzung zwischen Impfbefürwortern und -skeptikern ist, zeigen Veröffentlichungen, in denen gefordert wird, den Eltern im Zweifelsfall die Verantwortung für ihre Kinder zu entziehen. In Anlehnung an die Menschenrechte wird ein Menschenrecht auf Gesundheit konstruiert, das keiner ernst-

haften ethischen, philosophischen oder juristischen Prüfung standhält.

Viele Eltern sind misstrauisch angesichts der Verschärfung der Impfdebatte, der paternalistischen Haltung vieler Kinderärzte und der Drohkulisse einer Impfpflicht (Yacub 2014). Wird der Druck noch weiter erhöht, werden sich viele dieser Eltern aus der kinderärztlichen Versorgung und dem staatlich organisierten Erziehungssystem verabschieden.²

Weder die Weltgesundheitsorganisation noch das Europäische Zentrum für die Prävention ECDC befürworten obligatorische Impfprogramme. Sie seien schwer durchzusetzen, könnten polarisieren und dazu führen, dass immer mehr Menschen Ausnahmegenehmigungen fordern. Es gebe in Europa nirgendwo einen erkennbaren Zusammenhang zwischen Impfwang und höheren Impfraten. Es müsse hingegen mehr getan werden, um die Immunisierungslücken bei Jugendlichen und Erwachsenen zu schließen (Arie 2017).

Eine gewisse Mitwirkungspflicht besteht in Deutschland bei Bewerbern um einen Arbeitsplatz, bei dem immungeschwächte Patienten (Krebspatienten, Frühgeborene) durch Infektionskrankheiten gefährdet werden könnten, die durch Atemtröpfchen übertragen werden. Hierzu zählen Masern, Mumps, Röteln, Windpocken und Keuchhusten. Nach Paragraph 23a des deutschen Infektionsschutzgesetzes darf der Arbeitgeber in diesen Fällen Daten des Bewerbers über dessen Impf- und Antikörperstatus erheben, »um über die Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses oder über die Art und Weise einer Beschäftigung zu entscheiden«. Der Arbeitnehmer kann zwar nicht gezwungen werden, seine Daten herauszugeben, aber es bleibt offen, welche Konsequenzen der Arbeitgeber daraus zieht (DÄ 2016).

2 Eltern aus Italien haben 2017 nach Einführung der Impfpflicht in Österreich Asyl beantragt.

Freie Impfentscheidung

Die Impfentscheidung ist – bei all den Unsicherheiten, die in diesem Bereich vorhanden sind und immer sein werden – letztlich eine individuelle und zum Teil auch intuitive Entscheidung. Sie ist von einem rationalen, wissenschaftlichen Standpunkt aus nur bedingt angreifbar. Wichtige Fragen wie die positiven Auswirkungen von Krankheiten auf die Lebensqualität sowie mögliche langfristige Nebenwirkungen und die Nachhaltigkeit vieler Impfungen sind nicht untersucht.

Selbst wenn man die Risiken von Krankheit oder Impfung exakt beziffern könnte – umfassende und korrekte Erhebungen und Statistiken vorausgesetzt –, wäre damit noch nichts über die konkrete Gefährdung des Einzelnen ausgesagt. Zwar drohen auch durch bestimmte Krankheiten körperliche Schäden, Behinderungen oder im Extremfall sogar der Tod. Ein Kind könnte aber auch durch eine Impfung schlimmstenfalls zu Schaden kommen oder durch die Verhinderung bestimmter Krankheiten den Vorteil verlieren, den diese auf die langfristige Gesundheit ausüben.

Die Entscheidung, ob man Absichten wie Krankheitsausrottung und Kostenvermeidung mittragen will, muss jeder mit seinem Gewissen vereinbaren.

Die Selbstbestimmung über die Gesundheit ist eines der Ziele der WHO, die dem Spannungsfeld zwischen Staat und Individuum Rechnung trägt: »Die Menschen sind zu befähigen, dass sie die Verantwortung für ihre eigene Gesundheit übernehmen können« (WHO 1988).

Im Artikel 6 der Allgemeinen Erklärung über Bioethik und Menschenrechte, am 19. Oktober 2005 einstimmig von der UNESCO-Generalkonferenz angenommen, heißt es:

»Jede präventive, diagnostische und therapeutische medizinische Intervention hat nur mit vorheriger, freier und nach Aufklärung erteilter

Einwilligung der betroffenen Person auf der Grundlage angemessener Informationen zu erfolgen« (UNESCO 2005).

Zu einem ähnlichen Fazit kommt die Zusammenfassung einer Diskussion über die Masernimpfung im *British Medical Journal*:

»Die Impfentscheidung ist für Eltern ein moralisches Dilemma, und dies muss respektiert werden ... Informierte Ablehnung muss in einer freien Demokratie eine Wahlmöglichkeit bleiben« (Pattison 2001).

Auch der Verfassungsrechtler Prof. Dr. Zuck betont das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen und sieht es durch die Voreingenommenheit der Behörden gefährdet:

»Wenn niemand zum Objekt staatlicher Gewalt gemacht werden darf, dann schließt das auch die Befugnis des Einzelnen ein, in Freiheit sich selbst zu bestimmen ... Erforderlich ist die Wiederbelebung des Gleichrangs öffentlicher Interessen mit den berührten Individualinteressen. Das setzt Aufklärung voraus, die den Schutzbedarf des Einzelnen wirklich ernst nimmt« (Zuck 2011).

Die Impfpfehlungen sind nur Empfehlungen. Sie sind Ratschläge, die man beherzigen kann, aber nicht muss. Die Entscheidung für oder gegen Impfungen liegt beim Einzelnen, im Fall von Kindern bei ihren Eltern.³ Die Gesundheitsbehörden und Ärzte können und dürfen dieser Entscheidung mit Rat und wahrheitsgetreuen Argumenten zur Seite stehen. Will man Impfprogramme durchführen, ist Überzeugungsarbeit gefragt.

Der Verein »Ärzte für individuelle Impfentscheidung e.V.« engagiert sich für den Erhalt der freien individuellen Impfentscheidung nach differenzierter, umfassender und ergebnisoffener ärztlicher Beratung.

3 Bei geschiedenen Eltern entscheidet in Deutschland nach einem BGH-Urteil von 2017 der Elternteil, der die Durchführung der von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen altersentsprechenden Schutzimpfungen befürwortet (Az.: XII ZB 157/16).

Von Ärzte- und Patientenseite gibt es Initiativen gegen Versuche, die freie Entscheidung im Impfbereich einzuschränken oder abzuschaffen. Der Verein »Ärzte für individuelle Impfentscheidung e.V.« fordert umfassende und unabhängige Untersuchungen zu Sicherheit und Nachhaltigkeit von Schutzimpfungen und Impfprogrammen und die freie und öffentliche Diskussion der entsprechenden Forschungsergebnisse. Auf der Website des Vereins (www.individuelle-impfentscheidung.de) können aktuelle Informationen zum Thema »Impfen« abgerufen werden. In der Schweiz werden dieselben Positionen von der »Arbeitsgruppe für differenzierte Impfungen« (www.impfo.ch) vertreten. Ärzte, die diese Ziele unterstützen wollen, sollten sich diesen Initiativen anschließen.

Von Patientenseite gibt es den »Verein Gesundheit aktiv« und das »Bündnis für Selbstbestimmung in der Medizin«, einen Zusammenschluss von Patienten- und Verbraucherverbänden.

Beratungspflicht

In Deutschland gibt es seit 2015 eine Impfberatungspflicht für Eltern vor Aufnahme ihrer Kinder in Gemeinschaftseinrichtungen (Paragraf 34 Abs. 10 a neu IfSchG). Sie sieht vor, dass Eltern einen Nachweis bei der Leitung der Einrichtung vorlegen, dass eine Impfberatung stattfand. Wenn das nicht geschieht, kann die Einrichtung das Gesundheitsamt informieren, ist aber – außer in Dresden – nicht dazu verpflichtet.

Nach einem Gesetzesentwurf von 2017 sollten Kitas verpflichtet werden, das Gesundheitsamt zu benachrichtigen. Das Gesetz wurde im Juli 2017 vom Bundesrat abgelehnt. Es sei »nicht die Aufgabe der Leitungen von Kindertageseinrichtungen, dem Gesundheitsamt personenbezogene, gesundheitsspezifische Daten zu übermitteln«. Die Ämter sollten sich stattdessen selbst an die Eltern wenden.

In Dresden wurden Kindertageseinrichtungen mit Schreiben

vom 30.8.2017 verpflichtet, Eltern namentlich dem Gesundheitsamt zu melden, die sich nicht beraten ließen. Eltern, die sich konsequent einer Beratung verweigern, droht ein Bußgeld von bis zu 2500 Euro.

Die deutsche Impfkommision STIKO

In Deutschland waren die Impfeempfehlungen ursprünglich Sache der Bundesländer, wodurch die Impfpläne innerhalb der Bundesrepublik sehr unterschiedlich ausfielen. Das Bundesseuchengesetz legte 1961 jedoch eine Entschädigungspflicht der Bundesländer für Impfschäden durch öffentlich empfohlene Impfungen fest. Die Länder sahen sich somit genötigt, ihre Empfehlungen besser abzusichern und zu vereinheitlichen.

Daher wurde 1972 die Ständige Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut ins Leben gerufen. Das Robert Koch-Institut ist Leitinstitut für die Erkennung, Überwachung und Verhütung von Infektionskrankheiten und zentrale Forschungseinrichtung des Bundesministeriums für Gesundheit, vor allem auf dem Gebiet der Infektionskrankheiten.

1991 beschloss die Konferenz der Gesundheitsminister, dass die Empfehlungen der STIKO künftig die Grundlage für die öffentlichen Impfeempfehlungen der Länder bilden. Dies ist auch im Infektionsschutzgesetz so festgelegt, das in den Paragraphen 20 bis 23 den Impfbereich gesetzlich regelt.

Die Ständige Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut in Berlin empfiehlt für die ersten zwei Lebensjahre, beginnend mit dem Alter von acht Wochen, einen umfangreichen Impfkalender mit derzeit (2018) 13 Impfstoffen, die in bestimmten Abständen und Kombinationen mehrfach verabreicht werden sollen (die aktuellen Impfeempfehlungen finden sich im Anhang dieses Buches). Bis zum 15. Lebensmonat summiert sich das auf derzeit 37 bis 38 Einzelimpfstoffe. Ähnliche Impfpläne gibt es in der Schweiz und in Österreich (siehe Anhang).

Die öffentliche Empfehlung einer Impfung erfolgt durch die Bekanntmachung in den amtlichen Mitteilungsblättern der zuständigen Landesgesundheitsbehörden, im Internet auf der Homepage des Robert Koch-Instituts (www.rki.de) sowie in der medizinischen Fachpresse.

Seit der Gesundheitsreform 2011 sind die gesetzlichen Kassen zur Kostenübernahme aller von der STIKO empfohlenen Impfungen gezwungen. Welche geballten finanziellen Interessen auf das öffentliche Impfwesen einwirken, zeigt die Tatsache, dass Impfstoffe durch die erweiterten Impfempfehlungen der letzten Jahre zur umsatzstärksten Präparategruppe auf dem deutschen Arzneimittelmarkt geworden sind. Der Staat verdient mit, indem er 19 Prozent Mehrwertsteuer auf Impfstoffe erhebt, und unterliegt dadurch einem pikanten Interessenkonflikt.

Die STIKO-Empfehlungen dienen im Fall von haftungsrechtlichen Ansprüchen Impfgeschädigter als »vorweggenommenes wissenschaftliches Gutachten« und begründen im Schadensfall auch einen Versorgungsanspruch an den Staat (»Staatshaftung«). Voraussetzung ist allerdings, dass ein vom Paul-Ehrlich-Institut in Langen zugelassener Impfstoff verwendet wurde.

Kritik an den STIKO-Empfehlungen kommt vor allem aus der verfassungsrechtlichen Perspektive. Sie hätten eine vorrangig gesundheitspolitische Zielsetzung und vernachlässigten, dass zum Erfolg dieser Ziele die Gesundheit des Impflings eingesetzt werden muss. Impffolgen würden ausgeklammert, Impfkomplicationen als selten relativiert. Damit werde übersehen, dass für den Betroffenen auch seltene Risiken relevant sind. Die Impfempfehlungen erlaubten daher »keinen sachgerechten Abwägungsvorgang« und würden der gesetzlichen Informationspflicht des Staates in verfassungswidriger Weise nicht gerecht (Zuck 2017). Für den Betroffenen genüge der Hinweis, sein eigener Tod oder eine dauerhafte gravierende Gesundheitsschädigung sei ein seltenes Ereignis, nicht.

In der STIKO befinden sich derzeit 17 Fachleute: Kliniker und Wissenschaftler aus Mikrobiologie und Immunologie – meist

Professoren medizinischer Fakultäten – und Vertreter des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der niedergelassenen Ärzte. Die Berufung der STIKO-Mitglieder erfolgt durch das »Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden« (Paragraf 20, 2 IfSchG) für jeweils drei Jahre, wobei die Berufungskriterien im Dunkeln bleiben. Friedrich Hofmann, STIKO-Vorsitzender seit 2007, legte sein Amt im Frühjahr 2011 unter anderem wegen fehlender Transparenz bei der Berufung von STIKO-Mitgliedern nieder.

Interessenkonflikte

Interessenkonflikte in der STIKO

Impfkritiker wird man in der STIKO vergeblich suchen. Zehn der 17 derzeitigen (2018) STIKO-Mitglieder deklarieren Interessenkonflikte, fünf davon solche, die selbst nach Diktion des Robert Koch-Instituts »den Anschein der Befangenheit begründen« (RKI 2017). Sie erhielten Vortragshonorare von Pharmaherstellern, nahmen an wissenschaftlichen Treffen oder Pressegesprächen teil, die von Herstellern organisiert und finanziert waren, wirkten an pharmafinanzierten Studien mit oder saßen beziehungsweise sitzen in Arbeitsgemeinschaften, die von Impfstoffherstellern gesponsert werden. Alle STIKO-Mitglieder arbeiten ehrenamtlich. Die Aufwandsentschädigungen sind gering, die Verlockungen der milliardenschweren Pharmahersteller dadurch umso größer.

Seit 2008 müssen die deutschen STIKO-Mitglieder ihre Interessenkonflikte öffentlich auf der Website des Robert Koch-Instituts deklarieren. Dort ist etwa zu erfahren, dass der stellvertretende Vorsitzende der STIKO Ulrich Heininger für die beiden großen europäischen Impfstoffhersteller als Berater oder Vortragender

tätig war und entsprechende Honorare erhielt. Besonders enge Beziehungen pflegt er zur Firma GlaxoSmithKline (GSK). Auch das langjährige STIKO-Mitglied Fred Zepp übt zahlreiche Nebentätigkeiten für die Industrie aus, veröffentlicht Studien gemeinsam mit Wissenschaftlern der Pharmaindustrie und hielt Vorträge auf Veranstaltungen der Hersteller. Man muss sich fragen, warum Fachleute mit solchen Interessenkonflikten überhaupt in die STIKO berufen werden – auch wenn die Mittel nicht für private Zwecke, sondern für die Forschungsarbeit eingesetzt werden.

Der Geschäftsordnung der deutschen STIKO zufolge dürfen Mitglieder, bei denen »Misstrauen gegen eine unparteiische Amtsausübung« gerechtfertigt scheint, nicht an den entsprechenden Beratungen und Abstimmungen teilnehmen. Seit 2012 sind die STIKO-Protokolle auf der Website des Robert Koch-Instituts öffentlich zugänglich, sodass nachvollziehbar ist, wer von Beratungen und Abstimmungen ausgeschlossen wurde. Nachdem es praktisch nur noch zwei große Impfstoffhersteller (GSK und Sanofi) gibt, müsste ein STIKO-Mitglied, das für eine dieser beiden Firmen beratend tätig ist oder war, von allen Beratungen und Abstimmungen der STIKO ausgeschlossen werden. Dies wird jedoch nicht so gehandhabt: Das langjährige STIKO-Mitglied Prof. Heininger fungiert beispielsweise trotz seiner Nähe zur Firma GSK als Vorsitzender der STIKO-Arbeitsgruppe Masern-Mumps.

Das wahre Ausmaß der Interessenkonflikte offenbart sich unter Umständen erst, wenn man die Karriere mancher Impfexperten verfolgt. So übernahm der ehemalige STIKO-Vorsitzende Heinz-Joseph Schmitt direkt nach seinem Ausscheiden im Herbst 2007 eine hochrangige Stelle beim damaligen Impfstoffhersteller Novartis-Vaccines. Reinhardt Kurth, langjähriger Leiter des Robert Koch-Instituts, wechselte 2008 in den Vorsitz der Schering-Stiftung, die Lobbyarbeit für den Pharmamulti Bayer macht. In solchen Fällen wird wohl geerttet, was während der Tätigkeit bei den Behörden gesät wurde.

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin DEGAM meint in einem Positionspapier:

»Übereilte Einführungen von Impfungen dürften zudem auch zu Spekulationen beigetragen haben, die STIKO sei in ihren Empfehlungen nicht allein von sachlich-wissenschaftlichen Interessen geleitet. Einige nachgewiesene Industrie-Verflechtungen von Mitgliedern der STIKO verstärkten diesen Eindruck« (DEGAM 2009).

Die STIKO ist jedenfalls in ihrem Renommee stark angeschlagen, und bei seiner Amtsübernahme im April 2011 musste der damalige STIKO-Vorsitzende Jan Leidel erklären: »Ich bitte die Skeptiker um einen Vertrauensvorschuss. Die STIKO ist sicher nicht dazu da, die Profite der Impfstoffhersteller zu steigern, sondern soll dazu beitragen, schwere Krankheiten und Todesfälle zu verhindern« (*Ärztezeitung* vom 4.4.2011).

Nach Auffassung von *Leitlinienwatch* ist »die wesentliche Aufgabe noch ungelöst: ein Gremium zu schaffen, bei dem so umfassende, filigrane, komplexe (und dehnbare) Regelungen über den Umgang mit Interessenkonflikten überflüssig werden – weil keine mehr vorliegen ...« (LLW 2017).

Der Verein »Ärzte für individuelle Impfentscheidung« fordert die Ablösung der STIKO durch eine neu zu schaffende Institution für Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, die unabhängig von Interessen einzelner Gruppen wie der pharmazeutischen Industrie ist. Die Rolle, die Schutzimpfungen künftig spielen können, müsse in einem Gesundheitssystem, dessen Ressourcen begrenzt sind, ständig gegen andere Maßnahmen der Krankheitsvorbeugung abgewogen werden (Wuppertaler Manifest 2010).

Interessenkonflikte in Impfkommissionen anderswo

Interessenkonflikte bestehen nicht nur in der deutschen Impfkommission. In praktisch allen Ländern der Welt und bis in die Spitze der Weltgesundheitsorganisation hinein werden Impfexperten finanziell von der Industrie »umarmt«.

Auch und vor allem in Sachsen: Hier residiert die einzige regionale Impfkommission und Mutter aller Impfempfehlungen, die

sächsische Impfkommision SIKO mit 13 Mitgliedern. Eine Deklaration von Interessenkonflikten sucht man vergeblich, obwohl schon eine kurze Recherche im Internet Verbindungen zum Impfstoffmulti GlaxoSmithKline (GSK) aufdeckt. In dessen Dresdner Niederlassung ist die Impfstoffproduktion angesiedelt, und böse Zungen behaupten, dass in dieser Ursuppe auch die sächsischen Impfpfehlungen gebraut werden. Der Vorsitzende der SIKO empfiehlt schon mal in einer GSK-Pressemitteilung den hauseigenen nasalen Grippeimpfstoff Fluenz Tetra, SIKO-Mitglieder sprechen bei Impfveranstaltungen des Konzerns, und Impfkurse der SIKO sowie der Sächsische Impftag werden von GSK gesponsert.

In der Schweiz müssen die 15 Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für Impffragen EKIF seit 2010 ihre Interessenkonflikte öffentlich machen, nachzulesen auf der Website des Bundesrats unter dem Stichwort »Interessenbindungen«. In der Kommission sitzt seit Jahren Ulrich Heininger, der auch der deutschen STIKO angehört und eigentlich keiner Sitzung mehr beiwohnen dürfte: »Er hat bereits von allen großen Impfstoffherstellern Honorare erhalten« (SZ 2008).

Zuständig für die österreichischen Impfpfehlungen sind der Sanitätsrat und das Nationale Impfgremium. Im Bundesgesetz über den Obersten Sanitätsrat heißt es:

»Zur Beurteilung von Interessenkonflikten im Sinne des Abs. 1 sind von jedem Mitglied des Obersten Sanitätsrats insbesondere finanzielle Beziehungen zu Interessensverbänden und gewinnorientierten Unternehmungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens dem/der Bundesminister/in für Gesundheit und dem/der Präsidenten/in offenzulegen ... Der/Die Bundesminister/in für Gesundheit hat bei Bekanntgabe von Interessenkonflikten zu entscheiden, 1. ob sich das betreffende Mitglied des Obersten Sanitätsrats bei einschlägigen Themen der Beratung oder der Abstimmung zu enthalten hat oder 2. er/sie das betreffende Mitglied abberuft.«

Die Information der Öffentlichkeit ist nicht vorgesehen. Das zeugt von einem seltsamen Demokratieverständnis, denn die

Bürger hätten doch als Erste ein Recht darauf, über die diversen Aktivitäten der von ihnen gewählten und bezahlten Staatsdiener unterrichtet zu werden.

Legendär sind die Interessenkonflikte in den USA – einem Land, in dem der Marktradikalismus für den übermächtigen Einfluss der Industrie sorgt. So nimmt die staatliche Gesundheitsbehörde CDC finanzielle Zuwendungen von Impfstoffherstellern an und sponsert gemeinsam mit der Pharmaindustrie Organisationen, die die Ausweitung von Impfeempfehlungen und Impfpflicht zum Ziel haben (Lenzer 2015, Doshi 2017).

Andererseits gibt es in den USA auch Bestrebungen, den Einfluss der Industrie auf öffentliche Gremien zu verringern. Eine darauf hinarbeitende Kommission nannte es einen Mythos, dass die Offenlegung von Interessenkonflikten ausreiche, um die wissenschaftliche Glaubwürdigkeit und das Patientenwohl zu wahren. Ärzte mit finanziellen Verbindungen zur Industrie sollten aus Kommissionen ausgeschlossen werden, die über die Erstattungsfähigkeit von Medikamenten beraten oder entscheiden (DÄ 2007). Unter derartigen Bedingungen hätte die 17-köpfige deutsche Impfkommission nur noch sieben Mitglieder.

Interessenkonflikte in der WHO

Die Weltgesundheitsorganisation WHO ist eine ursprünglich ausschließlich von den Mitgliedsländern der UN getragene Gesundheitsorganisation, die Empfehlungen zum Einsatz von Medikamenten, Impfstoffen und anderen medizinischen Maßnahmen und Verfahren gibt. Der Einfluss der Organisation ist so groß, dass die ehemalige WHO-Direktorin Margaret Chan 2008 vom Magazin *Forbes* zu einer der 30 weltweit einflussreichsten Frauen gekürt wurde.

Seit 2003 darf sich die WHO auch mit privaten Geldern finanzieren, was inzwischen zu einer totalen Dominanz privater Geldgeber geführt hat.

Die pharmazeutische Industrie, die einen Großteil der Mittel zur Finanzierung der WHO beisteuert, hat die Organisation buchstäblich gekapert. Sie finanziert und besetzt Beratergremien und sponsert hochrangige WHO-Stellen oder besetzt sie mit eigenen Mitarbeitern. Die ehemalige WHO-Direktorin Margaret Chan ließ sich in geheimen Sitzungen von Pharma-Lobbyisten beraten und öffnete ihnen damit die Türen in die Machtzentrale des WHO-Systems (Ventegodt 2015). Die Mehrzahl der Empfehlungen der WHO wird von unabhängigen Wissenschaftlern als wenig vertrauenswürdig eingestuft (Alexander 2014).

Einer der einflussreichsten WHO-Berater in Sachen Grippeimpfung ist der niederländische Pharma-Lobbyist »Mr. Flu« Albert Osterhaus, der Gelder von zahlreichen Pharmafirmen erhielt, unter anderem von Novartis, Sanofi Pasteur und GSK. Ein weiterer illustrierender WHO-Impfexperte ist der finnische Professor Juhani Eskola. Für sein Forschungszentrum wurden ihm 2009, während der »Schweinegrippe«-Hysterie, vom Impfstoffhersteller GSK 6,3 Millionen Euro überwiesen (*Times of India* 2009). Der WHO-Grippeexperte Dr. Frederick Hayden aus Großbritannien war bis 2006 Berater des Pharmaherstellers MedImmune und forschte 2007 im Auftrag von Sanofi Pasteur, außerdem erhielt er Gelder von Roche, RW Johnson und SmithKline Beecham. Der Leiter des Grippeimpfprogramms der WHO, der deutsche Epidemiologe Klaus Stöhr, wechselte 2007 gleich direkt zum Grippeimpfstoff-Hersteller Novartis. Die Reihe ließe sich noch weiter fortsetzen (Information.dk 2009).

Über 40 Prozent des WHO-Budgets stammen nicht von den Mitgliedsstaaten, sondern von privaten Spendern wie Pharmafirmen und Stiftungen. Weitere Mittel erhält die WHO durch sogenannte »Public Private Partnerships« (PPP). Hier können private Geldgeber der WHO durch gezielte Finanzierungen ihren Stempel aufdrücken – und nebenbei auch noch Steuern sparen. Die für die weltweiten Impfprogramme zuständige »Global Alliance on Vaccines and Immunization« (GAVI), gegründet 1999, hat ein Finanzvolumen von über einer Milliarde US-Dollar, wobei der Hauptanteil von 750 Millionen US-Dollar von der Bill & Melinda Gates Foundation stammt, neben Millionenbeträgen

der Rockefeller-Stiftung, des Pharmariesen Sanofi und anderer Geldgeber.

Wie sich in den letzten Jahren gezeigt hat, laufen die Interessen der GAVI oft quer zu den Interessen der ärmsten Länder der Welt. Ursprünglich war es die Politik der WHO, den Anteil der Kinder zu vergrößern, die gegen Tetanus, Diphtherie, Polio, Keuchhusten, Masern und Tuberkulose geimpft sind. Seit der »Machtübernahme« durch die GAVI in den Neunzigerjahren steht dagegen die Empfehlung teurer Neuentwicklungen im Mittelpunkt. Sie werfen mehr Profit ab als die alten Impfstoffe, die in vielen Ländern inzwischen in Eigenregie produziert werden. Dies bläht das Gesundheitsbudget ärmerer Staaten auf das Mehrfache auf, ohne einen echten Gewinn an Lebensqualität zu bringen (Wulf 2003).

Während in Indien beispielsweise nur die Hälfte aller Kinder gegen die fünf »Klassiker« Tetanus, Diphtherie, Polio, Masern und Keuchhusten geimpft sind, führte die Regierung auf Betreiben der GAVI einen teuren Fünffachimpfstoff zusätzlich gegen Hib und Hepatitis B ein und ersetzte die Masernimpfung durch die fast dreimal so teure MMR-Impfung. In vielen Entwicklungsländern wurde die Pneumokokkenimpfung auf Betreiben der GAVI in die Impfprogramme eingeschleust, indem der teure Impfstoff für einige Jahre über die Weltbank und andere Geldgeber gesponsert wurde (Martens 2015).

Die hohen Kosten ausgeweiteter Impfprogramme können sich negativ auf die Versorgung mit den wichtigsten Grundimpfungen auswirken und verschlingen Ressourcen, die für die Basisgesundheitsversorgung für alle Bürger benötigt werden. Einfache Maßnahmen mit hoher Wirksamkeit – etwa sauberes Wasser und Kanalisation, um das Durchfallrisiko zu verringern – kommen unter solchen Umständen zu kurz:

»Letztlich wird die Entwicklung von Impfstoffen oder Internet für Schulen – ohne eine Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen oder ohne eine demokratische Entscheidungsfindung – eine technologische Flickschusterei bleiben, die keine dauerhafte oder vielen zugute kommende Verbesserung der gesundheitlichen Lage

bringen wird ... So verführerisch hochentwickelte Gesundheitstechnologien auch sein mögen, sie können das Leben der Menschen, die täglich mit weniger als zwei US\$ am Tag auskommen müssen, nicht ändern« (Birn 2006).

Anlässlich des Besuchs von Bill Gates 2010 in Deutschland ließ die Organisation »Ärzte ohne Grenzen« verlautbaren, Deutschland müsse darauf bestehen, dass bei der GAVI Interessenkonflikte aufgelöst werden und Transparenz hergestellt wird: »Es ist nicht akzeptabel, dass die Pharmaindustrie als Hauptauftragnehmer von GAVI selbst im Verwaltungsrat sitzt.«

Bleibt noch zu erwähnen, dass die Bill & Melinda Gates Stiftung keine Ethik- und Nachhaltigkeitsstandards in ihrer Investitionspolitik hat und mehr als eine Milliarde Dollar in Pharmaunternehmen – etwa die Impfstoffhersteller GSK, Sanofi und Merck –, in Öl-, Kohle-, Chemie- und Bergbaugiganten sowie in Coca-Cola investiert. Das riesige Vermögen von Bill Gates ist nicht zuletzt dadurch zustande gekommen, dass Microsoft seit Jahren systematische Steuervermeidung betreibt.

Die deutsche Journalistin Kathrin Hartmann stellt in ihrem Buch *Aus kontrolliertem Raubbau* fest:

»Noch nie in der Geschichte hatte eine einzige sogenannte Wohltätigkeitsorganisation so viel globale Macht wie die Bill & Melinda Gates Foundation. Wie ein Krebsgeschwür wächst ihr Einfluss in alle gesellschaftlich relevanten Bereiche hinein und beansprucht dort zunehmend Deutungshoheit und Kontrolle über Gesundheit, Bildung, Klima, Landwirtschaft und Welternährung« (Hartmann 2015).

Eine Reform der WHO und ihrer Finanzierung ist dringend notwendig, um von Wohltätigkeitskapitalisten⁴ wie Bill Gates unabhängiger zu werden. Ob der neue Generaldirektor Tedros Adhanom Ghebreyesus hier einen Knoten zerschlagen kann, ist fraglich: Eine Rahmenvereinbarung erlaubt es weiterhin auch

4 Deutsche Übersetzung des englischen Wortes *philanthrocapitalist*, nach dem Buchtitel *Philanthrocapitalism: How the Rich can Save the World* von Matthew Bishop und Michael Green, Bloomsbury Publ. 2008.

nichtstaatlichen Akteuren, an der politischen Entscheidungsfindung teilzunehmen (BUKO 2017).

Das Deutsche Grüne Kreuz

Ein starker privater Verbreiter des Impfgedankens in Deutschland ist das Deutsche Grüne Kreuz, eine dem Etikett nach »gemeinnützige Vereinigung (e.V.) zur Förderung der gesundheitlichen Vorsorge und Kommunikation in Deutschland«. Es betreibt eine intensive Medienarbeit in Tageszeitungen, Rundfunk und Fernsehen. Pro Jahr werden bis zu 1500 Radiosendungen und 200 Fernsehsendungen koproduziert, zudem wöchentliche Gesundheitskolumnen in über 70 Tageszeitungen (FT 2008). Im wissenschaftlichen Beirat des Grünen Kreuzes sitzt auch der ehemalige STIKO-Vorsitzende Jan Leidel.

Das Grüne Kreuz steht dem weltgrößten Impfstoffhersteller Sanofi-Aventis nahe und geriet in die Schlagzeilen unter anderem im Zusammenhang mit Schmiergeldern für Pharmapromotion im Fernsehen (*Spiegel* 2000). Im Mai 2003 veranstaltete das Grüne Kreuz bundesweit die »Erste Nationale Impfwoche«, eine groß angelegte Impfkampagne, die von vier Impfmultis (Aventis Pasteur MSD, Baxter, Chiron Behring, Wyeth) gesponsert wurde: »Innerhalb einer Woche 1500 Berichte in Printmedien und Nachrichtenagenturen, dazu mehrere hundert Beiträge im Radio und vor allem 170 Fernsehsendungen zum Thema Impfen: Das ist die – vorläufige – Medienbilanz der Impfwoche, auf die wir stolz sind.« Deutlicher kann das aktive Eingreifen der Pharmaindustrie in die Gesundheitspolitik gar nicht mehr zum Ausdruck kommen. Im Zusammenhang mit der Einführung der HPV-Impfung organisierte das Grüne Kreuz eine vom Gardasil-Hersteller Sanofi mit Millionenbeträgen gesponserte Medienkampagne. Nach Recherchen des *arznei-telegramms* lässt sich das Grüne Kreuz seine Aktionen von Firmen bezahlen, weist diese dabei aber nicht als Sponsoren aus, verschleiert also finanzielle Zusammenhänge und deren Größenordnung (AT 2009).

Das Grüne Kreuz arbeitet auch mit dem Deutschen Kaffeeverband e. V. zusammen und wird nicht fertig, auf seiner Website die gesundheitsfördernde Wirkung von Kaffee zu loben. Bis zur Insolvenz von fünf Tochtergesellschaften konnte man über den Onlineshop des Grünen Kreuzes sogar dubiose Gesundheitsprodukte kaufen. 2010 musste der Verein nach einem Insolvenzverfahren mehr als die Hälfte seiner Angestellten entlassen und den Firmensitz in Marburg verkaufen.

Ein schlechter Witz, dass die Organisation immer noch als gemeinnützig anerkannt ist.

Die Situation der Impfähzte

Bei der Überlegung, welche Impfungen sie ihrem Kind geben lassen sollen, sehen sich viele Eltern Kinderärzten gegenüber, die keine Motivation oder keine Zeit haben, sich mit ihnen in Impffragen länger auseinanderzusetzen. Tatsächlich werden die Ärzte durch die Inflation an Impfeempfehlungen quasi schwindelig gespielt.

Eine vernünftige und umfassende Impfberatung ist schon aus zeitlichen Gründen im normalen Praxisalltag nicht mehr zu realisieren.

Zudem ist die Vergütung der Impfberatung, gemessen am Zeitaufwand, minimal und erfolgt im Bereich der gesetzlichen Kassen nur dann, wenn tatsächlich geimpft wird. Darüber hinaus ist die Vergütung von Impfmaßnahmen so gestaffelt, dass Ärzte, die auch weniger als das Maximalvorgehen anbieten, finanzielle Nachteile haben.

Ärzte, die bestimmte Impfungen nicht ausdrücklich empfehlen oder bereit sind, alternativ zu den STIKO-Empfehlungen zu impfen, werden mehr und mehr unter Druck gesetzt. Im Jahr 2006 forderte der Deutsche Ärztetag die Ärztekammern auf zu prüfen,

ob gegen Ärzte, die sich explizit und wiederholt gegen empfohlene Schutzimpfungen aussprechen, berufsrechtliche Schritte eingeleitet werden können, da sie »mit ihrem Verhalten gegen das Gebot der ärztlichen Sorgfalts- und Qualitätssicherungspflicht verstoßen«. Das STIKO-Mitglied Heininger und der kinderärztliche Verband DAKJ wiederholten 2017 diese Forderung und bezogen sie auch auf Ärzte, die Eltern raten, Impfungen später als von der STIKO empfohlen durchführen zu lassen (DAKJ 2017).

Von offiziellen Stellen wird immer wieder der »Leitlinien«-Charakter der STIKO-Empfehlungen betont. Leitlinien haben im Grunde jedoch nur die Funktion von Orientierungshilfen und keine rechtsverbindliche Wirkung. Daher war das Urteil des Deutschen Bundesgerichtshofs vom 15. Februar 2000 für die STIKO ein Riesenerfolg: Die STIKO-Impfempfehlungen gelten seitdem als medizinischer Standard, als Norm guter ärztlicher Behandlung.

Die empfohlenen Impfungen sind somit ärztliche Routinemaßnahmen, die von den Patienten eingeklagt werden können und über die sich der Patient nach Ansicht des BGH keinen Kopf mehr zerbrechen muss, da »das Verhältnis zwischen Nutzen und Schadensrisiko für den Impfling von diesen Gremien bereits abgewogen« ist (BGH 2000), die eigene Meinung also quasi vor der Praxistür an den Nagel zu hängen ist.

In einem von der GAÄD (Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte Deutschlands) in Auftrag gegebenen Gutachten bestätigt der namhafte Verfassungsrechtler Prof. Dr. Rüdiger Zuck, dass Ärzte im Rahmen einer Impfberatung nicht gezwungen werden können, gegen ihr Gewissen zu handeln (Zuck 2006). Der Arzt müsse zwar über den medizinischen Standard (das heißt die öffentlichen Impfempfehlungen) informieren, aber

»da der Arzt wegen der durch Art. 12 I GG gewährleisteten Therapiefreiheit nicht gezwungen werden kann, gegen sein Gewissen zu handeln, darf er ernsthafte Einwände gegen den medizinischen Standard äußern und den Patienten darüber informieren, auch aus der besonderen Sicht der von ihm vertretenen besonderen Therapierichtung. Er

trägt aber auch hier die Beweislast dafür, dass solche ernsthaften Einwände über seine persönliche Überzeugung hinaus gegeben sind.«

Wegen des in der Verfassung garantierten Grundsatzes der Wissenschaftsfreiheit (Art. 5 II GG) dürften Ärzte nicht daran gehindert werden, ihre Meinung und Kritik im Rahmen der wissenschaftlichen Diskussion zu äußern, selbst wenn diese Äußerungen »explizit und wiederholt« gegen STIKO-Empfehlungen gerichtet sind. Die Verhängung eines Maulkorbs gegen Ärzte »unabhängig von der Art und Qualität ihrer Kritik« komme nicht in Betracht, es sei denn, bei den öffentlichen Empfehlungen handle es sich »um Verlautbarungen vergleichbarer Weise, wie wenn der Papst »ex cathedra« gesprochen hätte«. Zuck kommt abschließend zu der Bewertung, dass geltende Bestimmungen völlig ausreichen, die ärztliche Sorgfaltspflicht und Verpflichtung zur Qualität abzusichern.

Lesenswert ist in diesem Zusammenhang eine Stellungnahme des Allgemeinarztes Peter Frommherz, der im Rahmen einer Masernepidemie in Coburg massiv als »Impfgegner« angegriffen wurde:

»Mein Anliegen ist es, klarzustellen, dass die Entscheidung und letztendliche Verantwortung für die Impfung beim Patienten selbst liegt. Ich denke, dass es meine ärztliche Pflicht ist, die freie Entscheidung des Patienten zu respektieren, auch wenn sie medizinischen Standards widersprechen sollte. In der heutigen Medizin sind leider gegenläufige Tendenzen wahrnehmbar ... Ob wir uns diesen totalitären Praktiken unseres medizinischen Wissenschafts- und Geschäftsbetriebes anschließen wollen, möge jeder für sich entscheiden. Hinzuzufügen ist lediglich noch, dass jeder medizinische Standard auf dem Konsens von bestimmten Entscheidungsträgern beruht, die sich jedoch oft nicht in allen Gesichtspunkten einig sind, d. h., der medizinische Standard ist meistens ein Kompromiss. Ferner gibt es auch neue Gesichtspunkte, wie sich zum Beispiel die Frage nach möglichen Vorteilen einer durchgemachten Erkrankung im Gegensatz zu deren Verhinderung durch Impfung auswirkt ... Diese notwendige Offenheit einer ständig fortschreitenden medizinischen Wissenschaft spiegelt

sich insofern völlig berechtigt in der Entscheidungsfreiheit des Patienten wider, enthebt aber auch uns Ärzte nicht von der Pflicht, uns unser eigenes Urteil zu bilden und dieses zu verantworten« (Frommherz 2001).

Um juristische Fallstricke bei der Impfaufklärung zu vermeiden, sollten Ärzte und Eltern wissen:

- Ärzte müssen in jedem Fall über alle Impfungen, die die STIKO empfiehlt (nach Auffassung der STIKO sogar über alle, die verfügbar sind), möglichst umfassend und daher am besten mit Merkblättern aufklären. Dazu gehört auch die Aufklärung über die Risiken, sollten sie auch noch so gering sein. Ohne dokumentierte Aufklärung läuft heute nichts mehr.
- Ärzte müssen jedoch nicht gegen ihre eigene Überzeugung beraten. Wichtig ist aber eine gute Begründung, wenn sie ein Impfvorgehen abweichend von der STIKO empfehlen.
- Die Wahlfreiheit und individuelle Entscheidung des Patienten beziehungsweise seiner Eltern stehen grundsätzlich nicht infrage. Es ist daher selbstverständlich, dass Ärzte auch gegen ihre Überzeugung eine öffentlich empfohlene Impfung durchführen müssen, wenn die Eltern es wünschen.
- Wünschen Eltern ein Abweichen von den öffentlichen Impfempfehlungen, so ist dem Arzt unbedingt zu empfehlen, dies zu dokumentieren und es sich möglichst schriftlich von den Eltern bestätigen zu lassen. Dabei reicht etwa folgender Wortlaut aus: »Ich bin über die Impfempfehlungen der STIKO aufgeklärt worden, möchte aber nicht, dass mein Kind (danach) geimpft wird« (Schirach 2008).