

Mangelnde Impfbereitschaft

Globale Bedrohung unserer Gesundheit

Prof. Dr. Dr. Sabine Wicker, Universitätsklinikum Frankfurt



Immunisierungen gehören zu den erfolgreichsten Präventionsmaßnahmen der Medizin.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat vor wenigen Monaten die Vermeidung oder Verzögerung von Impfungen in die Liste der zehn wichtigsten globalen Gesundheitsbedrohungen aufgenommen.¹ Damit geht aus WHO-Sicht von Impfgegnern ein ähnlich dramatisches Risiko für die weltweite Gesundheit aus wie von Antibiotikaresistenzen, Viren wie Ebola, HIV und Dengue, dem Klimawandel und der Luftverschmutzung. Wie konnte es dazu kommen, gehören Immunisierungen doch seit langer Zeit zu den erfolgreichsten Präventionsmaßnahmen der Medizin. Warum reagieren Menschen auf Impfangebote heutzutage oftmals zurückhaltend, gar ablehnend – so ganz anders als z. B. bei der Verfügbarkeit eines neuen Hoffnungsträgers in der Onkologie? Die Gründe dafür liegen in den „5 C“. Ein Modell zur Gegensteuerung bedient sich der „5 A“. Eines steht fest: Der Kampf gegen impfpräventable Infektionen lässt sich nur gewinnen, wenn alle an einem Strang ziehen. Impfen ist gelebte Sozialkompetenz.

Die aktuellen Masernausbrüche der vergangenen Monate zeigen deutlich, dass Maßnahmen zur Erhöhung der Impfquoten erforderlich sind. Wer sich nicht impfen lässt, riskiert nicht nur seine eigene, sondern auch die Gesundheit seines Umfeldes. Gefährdet sind insbesondere Menschen, die sich aufgrund ihres Alters (Neugeborene), einer Grunderkrankung (z. B. Immunsuppression) oder Schwangerschaft (hier: Lebendimpfstoffe) nicht impfen lassen können sowie Menschen, bei denen die Impfeffektivität aufgrund ihres Alters (Immunseneszenz bei Senioren) oder einer Grunderkrankung (z. B. Immunsuppression) verringert ist.

Impfen ist somit eine medizinische und soziale Entscheidung. Man lässt sich impfen, um sich selbst und verantwortungsvoll auch andere zu schützen. Impfen ist zuzusagen gelebte Sozialkompetenz.

Impfschutz: Ungenutzte Potenziale

Impfungen verhindern laut WHO jedes Jahr weltweit zwei bis drei Millionen Todesfälle

und weitere 1,5 Millionen ließen sich durch eine höhere Impfbereitschaft vermeiden. Als unrühmliches Beispiel verweist die WHO auf den weltweiten Anstieg (ca. 30 %) der Maserninfektionen. Die Erkrankung ist zwischenzeitlich auch in jene Länder zurückgekehrt, die kurz davor standen, diese Infektion zu eliminieren.¹

Tab. 1 dokumentiert nach Zahlen des Robert Koch-Institutes (RKI) die Häufigkeit impfpräventabler Infektionen in Deutschland seit der Jahrtausendwende. Die Daten des Centers for Disease Control and Prevention aus den USA belegen die beeindruckend hohe Effektivität von Impfungen (Tab. 2) – diese kann jedoch nur durch konsequente Umsetzung von Impfeempfehlungen überhaupt zum Tragen kommen.

Gemäß Infektionsschutzgesetz hat in Deutschland die Ständige Impfkommission (STIKO) beim RKI die Aufgabe, Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpf-



Impfen ist eine medizinische und eine soziale Entscheidung.

fungen zu geben und den diesbezüglichen medizinischen Standard zu definieren. Die STIKO bewertet kontinuierlich Daten zu Impfstoffen und zur Epidemiologie impfpräventabler Infektionen. Für die Erarbeitung von Impfpfehlungen wertet sie im Sinne der Evidenz-basierten Medizin (EbM) wissenschaftliche Daten aus und bedient sich des Ansatzes der GRADE Working Group (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation). Die STIKO-Empfehlungen werden regelmäßig aktualisiert und sind online verfügbar.²

Es ist eine wichtige ärztliche Aufgabe, für einen adäquaten Impfschutz der betreuten Patienten zu sorgen. Arztbesuche sollten regelmäßig genutzt werden, um den Impfausweis zu überprüfen und gegebenenfalls fehlende Immunisierungen durchzuführen.² Nach Einschätzung des RKI erfolgen Schutzimpfungen in Deutschland jedoch

„zu selten, zu spät und mit regionalen Unterschieden“. Im Zeitraum 2007 bis 2017 sind als Folge davon etwa 190 000 Menschen an impfpräventablen Infektionen gestorben.³

Die „5 C“

Es gibt fünf typische Gründe für nicht realisierte Impfungen (*Vaccine Hesitancy*). Sie werden in der Wissenschaft als „5 C“ beschrieben:⁴

- *Confidence* (Vertrauen): Oftmals fehlt schlichtweg das Vertrauen in die Sicherheit und Effektivität von Impfungen.
- *Complacency* (Gleichgültigkeit): Das Infektions- und Krankheitsrisiko wird nicht (mehr) als Bedrohung wahrgenommen, weil viele Erkrankungen dank vorangegangener Impfungen nur noch selten auftreten.
- *Constraints* (Hemmnisse): Der niedrigschwellige Zugang zur Impfung fehlt,

z. B. durch strukturelle, organisatorische oder psychologische Hürden.

- *Calculation* (Bewertung): Bedürfnis, nach ausgiebiger eigener Informationssuche, z. B. im Internet kann zu Falschwissen führen. Impfskeptiker haben zwar oftmals ein insgesamt höheres Bildungsniveau, allerdings meist keine spezifisch wissenschaftlich-medizinischen Vorkenntnisse im Kontext impfpräventabler Infektionen, um die wissenschaftliche Evidenz der recherchierten Informationen bewerten zu können.
- *Collective responsibility* (Verantwortlichkeit für das Kollektiv): Beschreibt die Motivation, sich auch für andere impfen zu lassen, also „Impfen als soziale Entscheidung“. Diese Verantwortlichkeit ist nicht immer vorhanden, es herrscht ein gewisser Egoismus, wonach man selbst geschützt ist, wenn genügend andere geimpft sind.

Infektion	2001	2006	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Masern	6198	2368	1640	186	1845	510	2604	361	1037	677
Mumps	39	73	34	43	671	987	876	908	869	703
Röteln	86	111	7	35	193	207	166	200	195	164
Varizellen	Keine Daten	5840	1606	1794	10385	24118	24324	25450	22274	20453
Diphtherie	Keine Daten	Keine Daten	6	9	4	8	15	14	10	27
Pertussis	116	4626	4004	5364	12584	16681	13976	22161	26035	20208
Hepatitis A	2692	1535	1012	988	990	859	1144	1070	1645	1485
Hepatitis B	3875	2537	1931	1686	1947	2403	3923	3497	3596	4516
Influenza	2655	3915	46261	12032	74860	8458	89319	80939	119642	348247
FSME	278	557	440	204	442	282	226	359	505	607

Tab. 1: **Anzahl impfpräventabler Infektionen in Deutschland pro Jahr.** Meldepflicht gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) §7, Meldeweg über Gesundheitsamt und Landesstelle. Robert Koch-Institut, Stand 25.2.2019, <https://survstat.rki.de/>



Es ist eine wichtige ärztliche Aufgabe, für den adäquaten Impfschutz der betreuten Patienten zu sorgen.

Die „5 A“

Um Impfquoten nachhaltig steigern zu können, bedarf es unterschiedlicher Maßnahmen und Ansätze. Ein Modell dafür sind die „5 A“, als mögliche Stellschrauben:

- **Access** (Zugang): Um den Aufwand zur Impfung möglichst klein zu gestalten, böte sich das sog. „fachübergreifende Impfen“ an. So könnte beispielsweise der Kinderarzt auch die Eltern oder der Gynäkologe die männlichen Partner impfen.⁵
- **Affordability** (Erschwinglichkeit): Dabei geht es um die Möglichkeit des Individuums, sich die Impfung „leisten“ zu können – ökonomisch, aber auch im Hinblick auf nicht-finanzielle Aspekte, wie z. B. Zeit.⁵ Da die von der STIKO empfohle-

nen Impfungen von den Krankenkassen bezahlt werden,⁶ ist es hinsichtlich finanzieller Kosten in Deutschland unproblematisch, sich impfen zu lassen. Bezüglich der nicht-finanziellen Aufwendungen gilt es wiederum, für die verschiedenen Zielgruppen praxistauglich und flexibel Impfgelegenheiten zu schaffen. Hier bieten sich beispielsweise die Arbeitsmedizin an, die oftmals Kollektive betreut, die ansonsten keine regelmäßigen Arztkontakte haben, oder Aktionen der öffentlichen Gesundheitsdienste.

- **Awareness** (Bewusstsein, Wahrnehmung): Damit gemeint ist das Wissen des Einzelnen über empfohlene Impfungen und deren Verfügbarkeit, das Wissen um evidenzbasierte Fakten zum

Nutzen von Impfungen sowie die Kenntnis etwaiger Risiken des Impfens und des Nicht-Impfens.⁵ Gemäß einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus dem Jahr 2016 kennen beispielsweise nur 25 % der befragten Erwachsenen die seit 2010 bestehende Masern-Impfempfehlung der STIKO für alle nach 1970 Geborenen, die als Kind nur eine oder keine Masernimpfung erhalten haben bzw. deren Impfstatus unklar ist.⁷

Die BZgA-Studie unterstreicht auch die Schlüsselrolle der Ärzteschaft bei der Aufklärung zu gesundheitsrelevanten Themen. Denn nahezu alle Befragten (97 %) nennen ein persönliches Gespräch mit dem Arzt als wichtigste Informationsquelle beim Thema Impfung. Mit etwas Abstand folgten Informationen von der Krankenkasse (84 %) bzw. dem Gesundheitsamt (75 %).⁷ Es gilt, die verschiedenen Informationsquellen abgestimmt miteinander zu vernetzen. Über fachlich kompetente Aufklärungskampagnen bietet sich darüber hinaus die Gelegenheit, Falschinformationen und Vorurteile aus dem Weg zu räumen.

- **Acceptance** (Befürwortung): In der BZgA-Studie bezeichneten sich 77 % der Befragten als Impfbefürworter.

Infektion	Geschätzte Morbiditätszahlen/Jahr in der Vor-Impfära	Aktuell geschätzte Morbiditätszahlen	Abnahme
Masern	530 217	120	> 99%
Mumps	162 344	6109	96%
Röteln	47 745	7	> 99%
Varizellen	4 085 120	102 128	98%
Diphtherie	21 053	0	100%
Pertussis	200 752	18 975	91%
Hepatitis A	117 333	4 000	95%
Hepatitis B (akute)	66 232	20 900	68%

Tab. 2: Anzahl impfpräventabler Infektionen in den USA vor und nach Einführung flächendeckender Impfprogramme. Mod. nach „Vaccines Work“, <http://www.immunize.org/catg.d/p4037.pdf>



Deutschland hat zum wiederholten Male das Ziel der Masernelimination verfehlt. Aktuell beschäftigt sich die Politik mit einer Impfpflicht.

Insgesamt 18 % haben zumindest teilweise Vorbehalte gegen das Impfen und 5 % stehen dieser Maßnahme „(eher) ablehnend“ gegenüber.⁷ Bemerkenswert daran: Der Anteil derjenigen, die zumindest teilweise Vorbehalte äußerten, ist bei medizinischem Personal mit 27 % höher als in der Allgemeinbevölkerung. Dazu kommen noch 2 % mit „(eher) ablehnender“ Einstellung. Damit ist nahezu jeder dritte Beschäftigte aus dem medizinischen Bereich nicht hinreichend vom präventiven Potential von Impfungen überzeugt. Leider fehlen in der BZgA-Studie spezifische Daten zu den medizinischen Berufsgruppen. Interessant wäre zu wissen, ob bzw. wie und warum sich verschiedene medizinische Funktionsträger hinsichtlich ihrer Einstellung zu Impfungen unterscheiden. Vor dem Hintergrund einer höheren Akzeptanz von beruflich indizierten Impfungen beim ärztlichen im Vergleich zum Pflegepersonal kann davon ausgegangen werden, dass die Zustimmung gegenüber Impfungen beim ärztlichen Personal insgesamt höher ist. Dies ist vor dem Hintergrund der wichtigen Rolle der Ärzteschaft im Kontext Impfentscheidung ihrer Patienten („Vorbildfunktion“) von besonderer Bedeutung und sollte strukturell und systematisch genutzt werden.

- **Activation** (Aktivierung): Hierfür wurden primär zwei Maßnahmen benannt. Zum einen Erinnerungssysteme, d. h. Zielpersonen erhalten automatisch eine schriftliche, mündliche/elektronische Erinnerung bezüglich ausstehender Impfungen, beispielsweise über ihre Hausarztpraxis. Zum anderen sollten etwa für medizinisches Personal definierte Impfziele (z. B. festgelegte Höhe der Impfquote) am Arbeitsplatz durchgeführt werden.⁵

Appell

Impfpräventable Infektionen lassen sich wirkungsvoll bekämpfen (Tab. 2). Dank flächendeckender Immunisierungen konnten Pocken ausgerottet werden, die weltweite Eradikation der Poliomyelitis ist in greifbare Nähe gerückt. Andererseits hat Deutschland zum wiederholten Male (nach 2010 und 2015) das WHO-Ziel der Masernelimination verfehlt, obwohl Masern eine hoch ansteckende, potenziell lebensbedrohliche und alles andere als „harmlose“ Kinderkrankheit ist. Aufgrund der mangelnden Impfbereitschaft beschäftigt sich aktuell die Politik mit der Diskussion um eine Impfpflicht für Masern in Kitas und Schulen. Grundsätzlich aber geht der Appell an alle: Wenn wir wollen, dass Impfungen greifen, müssen wir uns auch selbst impfen lassen! Wissen Sie, wo sich Ihr Impfausweis befindet und wann die nächste Impfung fällig wäre? Sehen Sie nach...!

Literatur

- 1 WHO: Ten threats to global health in 2019; <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>
- 2 STIKO: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut – 2018/2019; https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Impfempfehlungen_node.html
- 3 Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der FDP vom 22.12.2017; <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/003/1900320.pdf>
- 4 Betsch C et al (2018); <https://psyarxiv.com/ytb7w/>
- 5 Thomson S et al (2016); <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26672676>
- 6 Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA; <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/60/>
- 7 BZgA: Repräsentativbefragung 2016 zum Infektionsschutz; https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/infektionsschutzstudie_2016--f4f414f596989c-f814a77a03d45df8a1.pdf

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. Dr. med. Sabine Wicker
Leiterin des Betriebsärztlichen Dienstes
Universitätsklinikum Frankfurt
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt
Sabine.Wicker@kgu.de