Impfen um jeden Preis? Impfmüdigkeit in Deutschland?

Ein Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Die DEGAM repräsentiert wissenschaftlich die Hausärzte als größte Gruppe der impfenden Ärzte. Ihr hier vorgestelltes Positionspapier zum Impfen soll eine konstruktive, offene Debatte anregen und eine wissenschaftlich fundierte Diskussion eröffnen.

1. Hintergrund

Impfungen, die als effektive, verträgliche und kostengünstige Maßnahmen der Primärprävention gelten, gehören zum Alltag aller niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind.
Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte sowie Frauenärzte führen das Gros der Impfungen durch, wobei insbesondere den Hausärzten die Aufgabe zukommt, „für einen ausreichenden Impfschutz der von ihnen betreuten Personen lebenslang zu sorgen“[2]. Da das Gesundheitssystem in Deutschland keine Impfpflicht kennt, stehen darüber hinaus alle niedergelassenen Ärzte in der gesundheitspolitischen Verantwortung, ihre Patienten auf erforderliche Impfungen hinzuweisen oder selber zu impfen.
Dennoch wird immer wieder beklagt, dass – gerade in Deutschland – die von der WHO für erforderlich erachteten Durchimpfungsraten von 95 % für wichtige impfpräventable Krankheiten nicht erreicht werden. So weisen Epidemiologen auf Defizite beim Impfschutz u. a. gegen Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis B und andere impfpräventable Erkrankungen bereits im Kindesalter, vor allem aber im Erwachsenenalter hin[3].
Welches sind die Hindernisse für impfende Ärztinnen und Ärzte und ihre Patienten, an denen die Verwirklichung der Impfziele scheitert?
Die Autoren dieses Positionspapiers stellen in Thesenform die gegenwärtig unbefriedigende Situation aus hausärztlicher Sicht dar. Sie schlagen einen Katalog von Kriterien vor, an denen sich eine bundesweite Impfempfehlung messen lassen muss, um als wissenschaftlich akzeptable und rechtssichere Grundlage für die Impfbemühungen zu gelten.

2. Impfempfehlungen und Kostenerstattung

Schutzimpfungen haben ihren Stellenwert als wesentlicher Bestandteil hausärztlicher Tätigkeit im präventiven Bereich. Sie dienen einerseits dem Schutz des Individuums vor einer spezifischen Erkrankung und deren möglichen Folgen (Individualschutz). Andererseits entsprechen sie aber auch dem gesellschaftlichen Interesse, indem sie – eine große Zahl geimpfter Individuen vorausgesetzt – den Ausbruch und die Verbreitung übertragbarer Erkrankungen zu verhindern oder einzudämmen vermögen („Herdenimmunität“). Konsequent durchgeführte Impfprogramme haben – neben den Erfolgen, die auf bessere Hygiene und bessere Ernährung zurückzuführen sind – zum regionalen Verschwinden einzelner Erkrankungen geführt: Sie führten zur Eradikation der Polio, z. B. in Europa und den amerikanischen Kontinenten. Im Falle der Pocken gelang es, den Erreger weltweit zu eliminieren.
Die Empfehlungen zur Durchführung einzelner Impfungen obliegt den Gesundheitsministerien der einzelnen Staaten bzw. in föderalistisch organisierten Staaten den Gesundheitsbehörden der Länder. In der Bundesrepublik Deutschland sind die obersten Gesundheitsbehörden der Bundesländer zuständig. Von einigen Ausnahmen abgesehen (z. B. Freistaat Sachsen, Baden-Württemberg) übernehmen diese die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission der Deutschen Ärzteschaft (StIKo)[4] ohne Einschränkungen. Die Übernahme dieser Impfempfehlungen ist auch Grundlage für die Erstattungs- bzw. Versorgungsansprüche im Falle eines Impfschadens.
Unberührt von diesen Impfempfehlungen blieb bis zum Jahr 2008 der Anspruch auf Erstattung der Kosten für einzelne Impfungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die einzelnen Krankenkassen regelten die Kostenübernahme bis vor kurzem gemäß ihrer individuellen Satzungen. Seit dem 1. Juli 2008 obliegt aufgrund des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung von 2004 dem Gemeinsamen Bundesausschuss[5] (GBA) u. a. auch die Regelung der Erstattung von Schutzimpfungen. Die Schutzimpfungs-Richtlinie des GBA trat am 1. Juli 2008 in Kraft und orientiert sich nahezu vollständig an den Impfempfehlungen der StIKo. Damit besteht in der Bundesrepublik Deutschland eine nahezu 100%ige

[1] http://www.degam.de
[2] Empfehlungen der Ständigen Impfkommission der deutschen Ärzteschaft (StIKo), Epidemiologisches Bulletin 30/2008, S.1
[3] Reiter S. Ausgewählte Daten zum Impf- und Immunstatus in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2004; 47: 1144–50
[4] http://www.rki.de/cln_100/nn_199596/DE/Content/Infekt/Impfen/STIKO/stiko__node.html?__nnn=true
[5] http://www.g-ba.de

Peer reviewed article eingereicht: 06.02.2009, akzeptiert: 17.02.2009
DOI

Übereinstimmung der Empfehlung eines vom Staat formal unabhängigen, wissenschaftlich ausgerichteten Gremiums (StIKo) mit den gesetzlichen Vorgaben zur Erstattung von Schutzimpfungen für Versicherte der GKV.
Die jährlich erscheinenden Empfehlungen der StIKo stellen also nicht nur eine wichtige Grundlage für Beratung der Patienten und Indikationsstellung einzelner Schutzimpfungen dar, sondern beeinflussen auch die erforderlichen Aufwendungen der Krankenkassen für ihre Versicherten erheblich. Zudem sind Impfungen als Präventivmaßnahmen ein nicht zu unterschätzender Werbefaktor für Krankenkassen. Dies führte bis Juli 2008 dazu, dass Krankenkassen z. T. spezifische, vermutlich auch über Mitgliederwerbung motivierte Impfkataloge hatten.

3. Durchimpfungsgrad und Impfmüdigkeit

In Deutschland sind die Durchimpfungsraten in den ersten Lebensjahren für die wichtigsten Impfungen sehr gut: Für die erste Dosis MMR sind beispielsweise in der „Region der neuen Bundesländer" Impfraten von 95% erreicht, welches ein Zielkriterium für die Ausrottung von Infektionskrankheiten darstellt[6]. Ab dem frühen Jugendlichenalter lassen die Raten empfehlungsgerecht Geimpfter jedoch rasch nach. Bei Erwachsenen und älteren Bürgern ist der Impfschutz – gemessen an den Impfempfehlungen der StIKo – mehrheitlich unzureichend[7]. Aus diesem Grund wird den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den Patienten „Impfmüdigkeit" unterstellt. Aus Sicht der DEGAM ist die Lage jedoch durchaus komplexer, denn für die zu niedrigen Durchimpfungsraten bei erwachsenen Personen sind mehrere Faktoren verantwortlich: Dies sind die Impfbereitschaft (vaccination willingness) der Bevölkerung einerseits und andererseits die Aufmerksamkeit der Hausärzte in Bezug auf den Impfstatus (vaccination awareness).
Mögliche Ursachen für geringe Impfbereitschaft und geringe Aufmerksamkeit der Ärzte in Bezug auf den Impfstatus ihrer Patienten können wie folgt skizziert werden:

- Impfpräventable Erkrankungen werden im Erwachsenenalter nicht als wirkliche Bedrohung wahrgenommen. Es wird hingegen vielfach auf die Möglichkeit einer kurativen Behandlung vertraut, oft nicht aus bewusster und informierter Abwägung, sondern aus blindem Vertrauen auf die Möglichkeiten der kurativen Medizin.
- Das Konzept der „Kinderkrankheiten" impliziert bei Patienten häufig die Annahme, dass diese nur im Kindesalter gefährlich seien.
- Eine namhafte Zahl neu eingeführter Impfempfehlungen in den letzten zehn Jahren hat zu einer gewissen Unübersichtlichkeit sowohl für medizinische Laien als auch für die beratenden Ärzte geführt. „Alteingeführte" Impfungen wie Diphtherie, Tetanus, Polio werden eher akzeptiert als „neuere" Empfehlungen wie Hepatitis A/B, Varizellen, Pertussis, Pneumokokken, HPV.
- Eine nicht unbeträchtliche Zahl von Patienten ist aufgrund der Menge der empfohlenen Impfungen sowie der unterschiedlichen Wiederholungsabstände der einzelnen Impfungen verunsichert. Diese Verunsicherung besteht in Bezug auf sowohl die Anzahl der empfohlenen Impfungen als auch die Verträglichkeit mehrerer gleichzeitiger Impfungen.
- Die Impfwilligkeit hat offensichtlich etwas mit der „erlebten Bedrohung" zu tun und differiert spürbar: Z. B. wird die FSME- (sogenannte „Zecken")-Impfung möglicherweise deshalb stärker nachgefragt, weil hier durch die Presse Angst geschürt wurde. Ähnliches gilt für Impfungen in Verbindung mit Fernreisen. Dabei stehen objektive Gefährdung und Impfwilligkeit teilweise in keinem vernünftigen Verhältnis.
- Zu wenig vorbereitete Einführungen neuer Impfempfehlungen ohne eine transparente Diskussion können zu Impf-Zweifeln in der Bevölkerung führen.

4. Problembereiche des Impfens und Empfehlungen der DEGAM

Zu den unter Punkt 3 aufgeführten Problemen kommen noch weitere hinzu, die einer gesellschaftlichen Klärung bedürfen:

- Sicherlich kommt es durch die Zunahme empfohlener Impfungen auch zu Unsicherheiten bzgl. der Indikationen. Gerade gegenüber der Varizellen-Impfung wurden viele begründbare Vorbehalte laut, z. B. ob ihre generelle Einführung durch die Zahl schwerer oder gefährlicher Verläufe von Windpocken (als Argument herangezogen), tatsächlich gerechtfertigt sei. Zudem besteht durch die Impfung im Kleinkindalter die Gefahr der Verlagerung einer Erkrankung ins höhere Lebensalter, die mit zusätzlichen Risiken behaftet ist. Hier ist die wissenschaftliche Diskussion noch nicht abgeschlossen.
- Auch für andere Impfungen scheint nur ein sehr geringer individualmedizinischer und epidemiologischer Nutzen zu bestehen (Meningokokken Typ C, Pneumokokken). Ob solche Impfungen dann auch ein vertretbares Kosten-/Nutzenverhältnis aufweisen, wird in Zeiten endlicher Ressourcen zunehmend zu einer ethisch legitimierten Frage.
- Ohne sich auf die Seite genereller „Impfkritiker" begeben zu wollen, muss auch gesehen werden, dass manche der jüngst empfohlenen Impfungen bzgl. Effektivität, Sicherheit und Verträglichkeit noch nicht abschließend beurteilt werden können (HPV, Rota-Viren).
- 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 nachgewiesenen Industrie-Verflechtungen von Mitgliedern der StIKo verstärkten diesen Eindruck.
- StIKo-Empfehlungen und GBA-Richtlinie haben einen normativen Wert erhalten, der entgegen manchem me-

[6] http://www.rki.de/cln_091/nn_1270420/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2004/
[7] Poethko-Müller C, Kuhnert R und Schlaud M. Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland, Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007; 50: 851–862

Dr. med. Thomas Ledig ist…

… Jahrgang 1954 und – nach Weiterbildung und mehreren Jahren Entwicklungsdienst im Südsudan und Zimbabwe – seit 1990 Hausarzt in Ditzingen bei Stuttgart. Nach Teilnahme an den ersten Forschungskursen der DEGAM infiziert von der Idee, hausärztliches Handeln auf lern- und lehrbare Fundamente zu stellen. Dozent bei den Weiterbildungskursen in der Blockweiterbildung Allgemeinmedizin, ab 2003 allgemeinmedizinischer Lehrbeauftragter und ab 2007 Mitarbeiter in der Lehrkoordination der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg.

dizinischem Sachverstand in die Nähe rechtlicher Einklagbarkeit geraten ist. Umso wichtiger ist es, dass die StIKo über jeden Verdacht des Industrie-Einflusses erhaben bleibt. Um dem o. g. Eindruck vorzubeugen, ist hohe Transparenz gegenüber der ärztlichen wie nichtärztlichen Öffentlichkeit essentiell.

– Die Entscheidungsfindung über Impfempfehlungen muss wissenschaftlich fundiert (z. B. nach dem Vorbild der Nationalen Versorgungsleitlinien) und nachvollziehbar sein. Dazu gehört die Darstellung der Literaturrecherche und die Kriterien der Literaturbewertung, die Veröffentlichung der beteiligten und konsultierten Fachgesellschaften und Transparenz über den Ablauf des Abstimmungsverfahrens.
– Darüber hinaus ist bei Impfempfehlungen immer der Stand des Wissens zu Nebenwirkungen und deren Häufigkeit darzustellen. Die Indikationsbereiche müssen begründet belegt werden.
– Handelt es sich um normative Empfehlungen, wird es notwendig, dass bei Impfungen auch das Impfziel formuliert wird. Hier sind insbesondere Herden- und Einzelimmunität gegenüber einem Keim sowie eine international geplante Eradikation als Ziel verständlich zu formulieren.
– Zur Unterstützung der impfenden Ärzte muss daher zukünftig bei allen Impfempfehlungen das primäre Impfziel klar deklariert werden. Dies kann der individualmedizinische Nutzen, der bevölkerungsbezogene Nutzen oder beides sein.
– Zulassungen und Indikationen für viele gebräuchliche Impfstoffe sind unübersichtlich und inkompatibel mit den Impfempfehlungen: Es ist auch für Ärzte kaum noch überschaubar, welcher Impfstoff bei welcher Indikation und in welcher Kombination zugelassen ist, oder welche Kombination von Impfstoffen bei Impfkomplikationen oder -schäden haftungsrechtlich unbedenklich ist. Viele Impfstoffe sind nur für Grundimmunisierungen bzw. bei empfehlungsgerechtem Impfschema zugelassen. Für Auffrischimpfungen bei abweichendem Impfstatus oder gar eine Erstimpfung bisher ungeimpfter Erwachsener (Diphtherie, Pertussis) sind Indikations- bzw. Zulassungsstatus oft nicht hinreichend klar. Hier muss – soweit möglich – mehr Ordnung bzw. zur Orientierung geschaffen werden.
– Manche etablierte Impfung (z. B. FSME) würde mit einer deutlich geringeren Impfrate vermutlich ebenfalls ihren Zweck erfüllen. Hier erscheint zumindest vom Standpunkt *nil nocere* eine Einschränkung im Sinn einer engeren Indikationsstellung vernünftig. Gleiches gilt für die Tetanusimpfung nach ausreichender Grundimmunisierung. Hier sind die Abstände der Wiederauffrischimpfung zu prüfen.
– Eine Aufklärung in der Bevölkerung und z. B. gegenüber Kindergärten und Gesundheitsämtern muss regelmäßig stattfinden, um u. a. auch dort die unterschiedlichen, wenn auch häufig sich überlappenden Impfziele zu verdeutlichen. Nur solche Impfungen, bei denen neben einem individuellen Schutz auch eine Herdimmunität angestrebt wird, sollten Bestandteil von spezifischen Empfehlungen für öffentliche Einrichtungen werden.
– Es sollte eine Empfehlung zum Umgang öffentlicher Einrichtungen (z. B. Kindertagesstätten) mit Personen geben, die sich bewusst gegen eine Impfempfehlung stellen. Dies betrifft insbesondere den ausdrücklichen Hinweis darauf, dass es keine Ausschlüsse von Kindern aus öffentlichen Einrichtungen wie Kindergärten aufgrund nicht durchgeführter Impfungen geben darf. Dies würde einer „Impfpflicht durch die Hintertür“ vorbeugen.
– Der Umstand, dass in etlichen KV-Bezirken die Honorierung einer Impfberatung in der GKV nur bei tatsächlicher Durchführung einer Impfung möglich ist, ist geradezu unsinnig. Einmal wird damit das Impfen um jeden Preis und unter Nicht-Achtung von Patientenpräferenzen gefördert. Zum anderen trägt eine solche Reglung nicht der hausärztlichen Beratungssituation Rechnung, in der nämlich auch einmal aufgrund einer gründlichen und gewissenhaften Impfberatung eine Impfung nicht durchgeführt wird. Dies kann darin begründet sein, dass nach ausführlicher Aufklärung vom Patienten eine Impfung nicht gewünscht wird, oder dass sie sich im individuellen Fall als bzw. nicht notwendig oder sogar kontraindiziert erwiesen hat.
– Aufgrund der Bedeutung von Schutzimpfungen sowohl für die individuelle Gesundheit als auch für den Kollektivschutz der Bevölkerung muss in Deutschland eine breitere Diskussion über die Preisgestaltung bei Impfstoffen ermöglicht werden.

Nur unter diesen Bedingungen kann eine wissenschaftlich fundierte und konstruktive Diskussion geführt werden, die doch für einen optimalen Impfschutz des Einzelnen und der Bevölkerung erforderlich ist.

Für die DEGAM erarbeitet von:
Thomas Ledig, Ditzingen
Günther Egidi, Bremen und Universität Göttingen
Wolfgang Schneider-Rathert, Braunschweig und Medizinische Hochschule Hannover
Til Uebel, Ittlingen

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Thomas Ledig
Facharzt für Allgemeinmedizin
Mitglied der Sektion Versorgungsaufgaben der DEGAM
Rathausplatz 4, 71254 Ditzingen
Tel.: 0 71 56 / 93 90 51
thomas.ledig@med.uni-heidelberg.de