

**Gutachten Nr. 64 vom 14 Dezember 2015
über die ethischen Aspekte von
Pflichtimpfungen**

Inhalt

1. Befassung
2. Einleitung und Hintergrund
3. Sozialpolitische Überlegungen
4. Rechtlicher Rahmen
5. Ethische Betrachtungen
6. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

1. Befassung

Der Ausschuss hat sich am 12. März 2012 selbst mit dem Thema befasst, nachdem Herr Pauwels, Koordinator des Hohen Gesundheitsrates (HGR), eine Reihe Fragen zur Problematik der (Pflicht)Impfung gestellt hatte.

- 1) Ist es ethisch vertretbar, dass die Behörden bestimmte Impfungen vorschreiben? Wenn nicht, warum nicht oder in welchen Fällen? Wenn ja, warum dann wohl oder in welchen Fällen?
- 2) Ist es ethisch vertretbar, dass die Behörden nichtgeimpften Kindern den Zugang zu Kinderkrippen verweigern? Wenn nicht, warum nicht oder in welchen Fällen? Wenn ja, warum dann wohl oder in welchen Fällen?
- 3) Ist es ethisch vertretbar, dass jemand sich weigert, sich impfen zu lassen? Wenn nicht, warum nicht oder in welchen Fällen? Wenn ja, warum dann wohl oder in welchen Fällen?
- 4) Ist es ethisch vertretbar, dass ein Vater oder ein Mutter sich weigert, sein/ihr Kind impfen zu lassen? Wenn nicht, warum nicht oder in welchen Fällen? Wenn ja, warum dann wohl oder in welchen Fällen?

Der verkleinerte Ausschuss 2012-3 wurde eingesetzt, um sich mit diesen Fragen zu befassen¹.

¹ Kurze Zeit, nachdem der verkleinerte Ausschuss 2012-3 seine Arbeit aufgenommen hatte, musste er sie wieder unterbrechen, um auf Anfrage des damaligen Gesundheitsministers ein dringendes Gutachten über den Umgang mit multiresistenter Tuberkulose abzugeben (Gutachten Nr. 55 vom 13. Mai 2013). Als der Ausschuss die Beratungen über die Problematik der (Pflicht)Impfung wiederaufnahm, blieb zu wenig Zeit, um vor Ablauf des vierten Mandats zu einem Gutachten zu kommen. Deshalb wurde die Problematik während des fünften Mandats von einem neubesetzten Ausschuss 2012-3bis wieder aufgegriffen.

2. Einleitung und Hintergrund

Mikroorganismen (Viren, Bakterien, Pilze, ...) sind in der Menschheitsgeschichte viel früher entstanden als höhere Tiersorten, darunter der Mensch. Sie sind integraler Bestandteil der lebendigen Welt, und es gibt zahlreiche Wechselwirkungen zwischen diesen Mikroorganismen und den übrigen Lebewesen.

Viele dieser Wechselwirkungen sind nützlich und notwendig (zum Beispiel mit der Bakterienflora im Dickdarm), aber manchmal ist die Wechselwirkung zwischen Mikroorganismen und dem „Gastgeber“ nachteilig für Letzteren, was zu einer „Infektionskrankheit“ führt.

Bestimmte Infektionskrankheiten sind leicht übertragbar; wenn Menschen in einer räumlich engen oder prädisponierenden Umgebung dicht nebeneinanderleben, kann eine Epidemie entstehen.

So konnten die ersten Epidemien durch das Sesshaftwerden unserer Vorfahren während des Neolithikums entstehen. Die Entstehung von Epidemien ist also eng mit der Geschichte (und der Zivilisation) des Menschen verbunden.

Diese Epidemien waren effektiv eine Geißel; auf sie sind aber die ersten Bemühungen um die Volksgesundheit zurückzuführen: die Organisation und die Umsetzung von Maßnahmen zum Schutz der Gesellschaft vor Infektionskrankheiten.

Durch die Entwicklung der Kenntnisse wurde mehr über die vorhandenen Mechanismen bekannt: Angreifer (die Krankheitserreger) und Opfer (der Mensch) nutzen ständig Instrumente, die genetisch dazu dienen, den Feind zu täuschen. Durch eine Reihe von Aktionen ist es in unseren Breitengraden gelungen, die Sterberate infolge von Infektionskrankheiten im Laufe des zwanzigsten Jahrhunderts zu senken.

Diese Aktionen

- zielten auf das Umfeld ab (z.B. Sanierung, Wohnungswesen, Versorgung mit Trinkwasser, Abfallentsorgung);
- haben den Menschen weniger anfällig gemacht (bessere Nahrung, bessere Arbeitsbedingungen, Gesundheitsversorgung);
- haben die Infektionskrankheiten neutralisieren können (durch präventive Maßnahmen wie Impfungen und kurative Maßnahmen wie antimikrobielle und antivirale Behandlungen).

Um dieses Ziel zu erreichen, mussten die Behörden eingreifen und erhebliche Mittel mobilisieren.

Weltweit besteht noch immer ein eklatanter Mangel an diesen Mitteln. Es genügt ein Blick auf den Gesundheitszustand in den ärmsten Ländern, wo allein der Mangel an Trinkwasser zu erhöhter Kindersterblichkeit führt: Laut Unicef² sterben jeden Tag noch 1.400 Kinder unter 5 Jahren wegen mangelnden Trinkwassers.

² Weltwassertag, 22. März 2015 <http://www.unicef.org/french/http://www.unicef.be/fr/journee-mondiale-de-leau>

In unseren Ländern hat die erfolgreiche Bekämpfung von Infektionskrankheiten in den letzten Jahrzehnten dazu geführt, dass sie nach und nach aus dem kollektiven Gedächtnis gelöscht wurden: Die heutigen Generationen müssen nicht mehr mit der Erinnerung an ein junges Kind leben, das zum Beispiel an Lungenentzündung oder Masern gestorben ist. Die Gesundheitspraktiker selbst kennen sich nicht mehr mit bestimmten Krankheiten aus, die selten geworden sind, und viele von ihnen sind zu jung, um in ihrem Berufsleben damit konfrontiert worden zu sein.

Das will aber nicht heißen, dass die krankheitserregenden Mikroorganismen aus unserer Umgebung verschwunden sind: Die umfassende Versorgung, die geschwächten Patienten dank der medizinischen Fortschritte gewährleistet werden kann, schließt nicht aus, dass sich diese trotzdem Infektionen einfangen – verursacht durch beliebige oder multiresistente Krankheitserreger. Bestimmte Infektionskrankheiten können wir auf unseren Reisen fangen, und durch den steigenden Handelsverkehr werden immer mehr Mikroorganismen importiert, die wegen der geänderten Klimabedingungen hier überleben können.

Dies zeigt deutlich, dass wir ständig wachsam bleiben müssen und nicht aufhören dürfen, geeignete Maßnahmen im Gesundheitsbereich zu treffen, um uns vor Infektionskrankheiten zu schützen.

Krankheitserreger machen nicht halt an den Grenzen: Wegen der Internationalisierung des Warenverkehrs und der schnellen Reisemöglichkeiten für Personen muss die Problematik der Infektionskrankheiten und Epidemieherde international, ja sogar weltweit angepackt werden.

Impfung ist eines der Präventionsmittel gegen eine Reihe von Krankheiten.

Bei der Impfung gegen eine bestimmte Krankheit wird einer Person, die noch nicht infiziert ist, ein vom Verursacher dieser Krankheit abgeleiteter Stoff oder eine Mischung verschiedener solcher Stoffe in inaktiver oder abgeschwächter Form verabreicht, sodass im Körper eine Abwehrreaktion entsteht (auch Immunreaktion genannt). Es geht darum, den Abwehrmechanismus zu stärken und den Krankheitserreger in das immunologische Gedächtnis aufzunehmen, sodass die Person geschützt ist, wenn sie später mit dem Krankheitserreger konfrontiert wird. Die Impfung wird also verhindern, dass diese Person erkrankt, wenn sie mit dem Krankheitserreger infiziert wird.

Umfang und Dauer des Krankheitsschutzes hängen von der Art der Impfung und von der Person ab. Deshalb gibt es verschiedene Impfschemata, auf die wir später zurückkommen werden. Hervorzuheben ist, dass es Impfstoffe gegen Infektionskrankheiten gibt, die auf Bakterien oder auf Viren zurückzuführen sind. Der Unterschied ist nicht ohne Bedeutung, denn während die meisten bakterienbedingten Krankheiten mit Antibiotika bekämpft werden können, sind klassische Antibiotika machtlos gegen Viren. Heute verfügt die Medizin schon über eine Reihe antiviraler Mittel, aber es gibt keine spezifische kurative Behandlung von Krankheiten wie Kinderlähmung oder Masern, obschon diese Krankheiten ernsthafte Komplikationen hervorrufen und schwerwiegende Folgen haben können.

Ferner können sowohl antibakterielle als antivirale Mittel wirkungslos werden, weil diese Mikroorganismen resistent werden. Außerdem besteht die Gefahr toxischer Nebenwirkungen, und

die Mittel können erst gegeben werden, wenn die Krankheit bereits da ist. Impfungen sind daher so wichtig, da sie ein wirksames *präventives* Mittel gegen eine Reihe von Krankheiten sein können.

Am 13. Februar 2015 umfasste die von der Weltgesundheitsorganisation WHO³ festgelegte Liste präqualifizierter Impfstoffe 39 Sorten Impfstoffe zur Bekämpfung von 22 Infektionskrankheiten. Diese 39 Sorten Impfstoffe werden in Form von mehr als 200 pharmazeutischen Präparaten angeboten, die von 29 pharmazeutischen Unternehmen weltweit auf den Markt gebracht werden.

Jedes Land bestimmt seine Impfpolitik. Diese Aufgabe übernimmt in Belgien der Hohe Gesundheitsrat⁴ (HGR), der vom Gesundheitsministerium beauftragt wurde, Empfehlungen und Ratschläge zum richtigen Impfschema und zum richtigen Impfkalender für die Bevölkerung zu geben. Der HGR stellt den empfohlenen Impfkalender auf.

Dieser Rat veröffentlicht zum Beispiel Empfehlungen zu insgesamt 16 Krankheiten, darunter Poliomyelitis, einer Krankheit, gegen die alle Kleinkinder geimpft werden müssen – außer bei medizinischer Kontraindikation.

„Die Impfung gegen Poliomyelitis wurde 1958 zum ersten Mal in Belgien empfohlen und 1967 gesetzlich zur Pflicht gemacht. Von 1967 bis Ende 2000 wurde für diese Pflichtimpfung der lebendige abgeschwächte orale Impfstoff (OPV) (Sabin) verwendet.

Nachdem ein Fall von postvazinaler schlaffer Lähmung eingetreten war, wird seit dem 1. Januar 2001 ein injizierbarer Impfstoff auf der Grundlage des verstärkten inaktivierten Poliovirus (IPV) (Salk) für die Pflichtimpfung verwendet (Ministerialerlasse vom 18. September und 10. Oktober 2000).

Die systematische Verwendung des inaktivierten injizierbaren Polio-Impfstoffs hat dafür gesorgt, dass die Gefahr einer impfstoffbezogenen Lähmung infolge des Einsatzes des lebenden Impfstoffs gebannt ist.

Für die Poliomyelitisimpfung ist die Verabreichung von 3 Impfdosen vor dem Alter von 18 Monaten gesetzlich geregelt: 2 Dosen im Abstand von 8 Wochen während des ersten Lebensjahres, gefolgt von einer dritten Dosis zwischen dem 12. und 18. Monat.

Dass kombinierte Impfstoffe bestehen, erklärt die Varianten im Verabreichungsschema, schadet aber weder der Art noch der Qualität des Impfstoffs.“⁵

³http://www.who.int/immunization_standards/vaccine_quality/quality_issues/en/

Die WHO veröffentlicht Empfehlungen und Daten über die Qualität der Impfstoffe. In diesem Zusammenhang stellt die WHO der UNICEF und anderen Agenturen der Vereinten Nationen eine Liste präqualifizierter Impfstoffe zur Verfügung, mit der diese die Impfstoffe unterschiedlicher Herkunft kaufen können.

⁴<http://www.health.belgium.be/eportal/Aboutus/relatedinstitutions/SuperiorHealthCouncil/?fodnlang=fr>

Der Hohe Gesundheitsrat ist ein föderales Beratungsorgan mit dem Auftrag, den (die) Minister in Gesundheitsfragen wissenschaftlich zu beraten, damit er (sie) seine (ihre) Politik darauf aufbauen kann (können). Der Rat handelt auf Anfrage oder aus eigener Initiative und richtet sich auch an die Gemeinschaften und an die Berufspraktiker im Gesundheitswesen. Der HGR ist bereits 1849 gegründet worden; Art. 36 des Programmgesetzes vom 27. April 2007 und der KE vom 5. März 2007 über die Einsetzung des Hohen Gesundheitsrates bilden heute seine gesetzliche Grundlage.

⁵ Hoher Gesundheitsrat, Impfungshandbuch D/2009/7795/9

Für unser Land sieht die *Deckungsrate* wie folgt aus (Zahlen für das Jahr 2012⁶, in Prozenten im Verhältnis zur Altersgruppe der Kleinkinder zwischen 18 und 24 Monaten):

- was die **vorgeschriebene Impfung gegen Poliomyelitis** betrifft:

Impfung in 3 Dosen, nach dem vorgeschriebenen Schema:

98,7 % in der Region Brüssel-Hauptstadt (im Folgenden Bxl)

98% in der Flämischen Gemeinschaft (im Folgenden FIG)

99,2% in Wallonien (im Folgenden W)

Impfung in 4 Dosen, nach dem Schema für kombinierte Impfstoffe:

91,1% in Bxl, 93,3% in FIG und 90,4% in W.

Zur Information: Bei den übrigen Impfungen sieht die Deckungsrate wie folgt aus⁷:

- **gegen Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten (DTK):**

DTK 3 Dosen: 98,7% in Bxl, 98,7% in FIG, 99,2% in W.

DTK 4 Dosen: 91,1% in Bxl, 93,0% in FIG, 90,4% in W.

- **gegen Meningitis Haemophilus influenza b (Hib):**

Hib 3 Dosen: 96,7% in Bxl, 98,7% in FIG, 98,5% in W

Hib 4 Dosen: 90,1% in Bxl, 93,1% in FIG, 89,4% in W.

- **gegen Masern, Mumps und Röteln (MBR):**

MBR 1 Dosis: 94,1% in Bxl, 96,6% in FIG, 94,4% in W.

Andere empfohlene Impfstoffe in dem vom Hohen Gesundheitsrat veröffentlichten Kalender:

Hepatitis B 3 Dosen : 96,3 % in Bxl, 99,0 % in FIG, 97,2 % in W.

Hepatitis B 4 Dosen : 89,6 % in Bxl, 93,0 % in FIG, 89,2 % in W.

Meningokokken C 1 Dosis : 89,4 % in Bxl, 93,1 % in FIG, 89,6 % in W.

Pneumokokken 1 Dosis : 97,0 % in Bxl, 99,3 % in FIG, 97,1 % in W.

Pneumokokken 3 Dosen 90,1 % in Bxl, 96,5 % in FIG, 89,2 % in W.

Rotavirus 1 Dosis : 77,3 % in Bxl, 94,0 % in FIG, 86,5 % in W.

Rotavirus (vollständig) : 72,7 % in Bxl, 92,2 % in FIG, 80,2 % in W.

⁶Laut Bericht des Wissenschaftlichen Instituts für Volksgesundheit (WIV) mit dem Titel „Infektionskrankheiten bei Kindern, die durch Impfung verhindert werden können“, Jahresbericht 2013. Das Wissenschaftliche Institut für Volksgesundheit (WIV-ISP) ist die wissenschaftliche Referenzinstanz für die Volksgesundheit. Es unterstützt die Gesundheitspolitik durch innovative Untersuchungen und Analysen, durch seine Überwachungstätigkeit und durch die Gutachten seiner Experten.

Im Auftrag der Arzneimittelagentur bewertet und kontrolliert das WIV-ISP die Qualität der Impfstoffe und der abgeleiteten Bluterzeugnisse, bevor diese auf den Markt gebracht werden, und zwar in enger Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation und den EU-Behörden. Das WIV-ISP bewertet auch die Wirkung der Impfstoffe in Belgien (insbesondere gegen das humane Papillomavirus, HPV, eine häufig vorkommende sexuell übertragbare Krankheit) und verfolgt die Wirkung der Impfung bei Krankheiten, die auf dem Impfkalender stehen (z.B. Masern oder Mumps).

⁷ Die nachstehend aufgelisteten Impfstoffe werden für das gesamte Land empfohlen; für Bxl und W werden sie nicht nur empfohlen: Für Kinder, die eine anerkannte Kinderkrippe besuchen, sind sie Pflicht.

Der Hohe Gesundheitsrat veröffentlicht auch die Empfehlungen, die für Erwachsene gelten, und aktualisiert diese ständig.

Ob eine Impfung angezeigt, nützlich oder notwendig ist, hängt aus medizinischer Sicht von der Berücksichtigung und Analyse verschiedener Parameter ab, die in folgender Tabelle zusammengefasst werden.

Jeder Entscheidung, eine Impfpolitik zu betreiben, geht nach streng wissenschaftlicher Methode eine wohldokumentierte Analyse der Wechselwirkung zwischen den Krankheitserregern, dem Umfeld und der zu impfenden Person voraus.

Wer ist der Krankheitserreger?

Es ist wichtig zu wissen, in welcher Umgebung (dem sogenannten „Reservoir“) der Krankheitserreger lebt. Als Umgebung kommen die Umwelt (z.B. Trinkwasser), ein oder mehrere Tiere oder der Mensch selbst in Frage. Auch die Art und Weise, wie der Krankheitserreger auf den Menschen übertragen wird, ist ein wichtiger Anhaltspunkt.

Wie jedes Lebewesen, entwickelt sich ein Krankheitserreger, indem er sich neuen Umgebungen anpasst, zum Beispiel der häufigen Einnahme von Antibiotika oder dem Impfstand der Bevölkerung. Auf diese Weise können neue Stämme entstehen, die man kennen muss, um effiziente (sowohl präventive als kurative) Schutzmaßnahmen treffen zu können.

Wie sieht die Wechselwirkung zwischen Krankheitserreger und „Gastgeber“ aus?

Es ist wichtig, das Krankheitsbild der Krankheiten zu kennen, um die es geht, und zu wissen, inwieweit die Schwere der Krankheit auf die Infektionserreger zurückzuführen ist. Das Profil des „Gastgebers“ (Alter, Gesundheitszustand, Medikamentenkonsum) kann ebenfalls das Krankheitsbild beeinflussen.

Auch die Eigenschaften und die Aggressivität des Krankheitserregers in punkto Häufigkeit und Schwere sind von Bedeutung, genauso wie die beim „Gastgeber“ vorhandenen Anfälligkeitsfaktoren.

IMPFSTOFF		
Zusammensetzung, einschließlich Zusatzstoffe und Hilfsstoffe	Wirksamkeit (immunogene und schützende Wirkung)	Vergleich mit zirkulierenden Stämmen
Preis*	Nebenwirkungen des Impfstoffs: Auswirkung und Schwere: Kontraindikationen für die Impfung	Nebenwirkungen der Hilfsstoffe
Machbarkeit**		
Impfstrategien		
Bevölkerungszahl		Selektiv (Gruppen)
Individueller Schutz	Immunisierung der Bevölkerung	Schutz anfälliger geimpfter Personen
	Erforderliche Durchimpfungsrate, um das gesteckte Ziel zu erreichen	Schutz geimpfter, besonderen Risiken ausgesetzter Personen
		Schutz gefährdeter Personen im Umfeld der geimpften Personen

*Es ist wichtig, diese Parameter zu berücksichtigen, denn es kann vorkommen, dass der Preis eines Impfstoffs zu hoch ist im Vergleich zu den Geldmitteln, die die Gesundheitsbehörden für den Bereich der Präventivmedizin bereitstellen.

**Die Machbarkeitsbedingungen müssen erfüllt sein, damit eine Impfstrategie erwogen werden kann, die beinhaltet, dass ausreichende Geldmittel für die Impfkampagne vorhanden sind und dass diese so organisiert wird, dass die verschiedenen Bevölkerungsgruppen erreicht werden; so ist besonders darauf zu achten, dass der Impfkalender den Eltern entgegenkommt (*convenience*).

Mit Impfkampagnen werden drei unterschiedliche Ziele verfolgt:

- 1) die Impfung möglichst vieler Personen, damit jeder gegen die Krankheit geschützt ist; typisches Beispiel hierfür ist der Impfkalender, der bei Säuglingen angewandt wird;
- 2) die selektive Impfung von Menschen, die besonderen Risiken ausgesetzt sind, oder die Impfung von anfälligen Personen, zum Beispiel:
 - die Impfung bestimmter Arbeitnehmerkategorien, die an ihrem Arbeitsplatz besonderen Gefahren ausgesetzt sind,
 - die Impfung von Reisenden, je nachdem wohin sie reisen,
 - die Impfung von Menschen, die in ihrem beruflichen oder familiären Umfeld mit Personen wie Patienten, Eltern, Neugeborenen und selbst Föten im Bauch ihrer Mutter in Berührung kommen, um sie vor Krankheiten zu schützen, denen sie nicht gewachsen sind. In solchen Situationen geht es um Impfungen, die nicht

nur die geimpften Personen schützen, sondern über sie auch die anfälligen Individuen, mit denen sie umgehen. Manchmal wird hierfür die Formulierung „altruistische“ Impfung verwendet, um auf diesen indirekten Schutz zu verweisen.

- 3) die Impfung des größtmöglichen Teils der Bevölkerung trägt zum Schutz aller bei, auch derjenigen, die nicht geimpft werden, denn ein solch umfassendes Immunitätskapital (die sogenannte Gruppenimmunität) stellt eine Art Barriere dar, die den Krankheitserreger an seiner Ausbreitung hindert: Dieser findet dann zu wenig aufnahmebereite Gastgeber, um sich zu vermehren und so andere Personen anzustecken, die wieder andere Personen anstecken können, usw.

Die Immunisierung einer Bevölkerung ist an sich ein „Gemeingut“, das

- den Schutz anfälliger Personen gewährleistet: derjenigen, die nicht geimpft werden konnten, und derjenigen, die nicht genug Widerstand aufbauen konnten (Kleinkinder, Senioren, Kranke,...); wir denken hier an die besondere Lage von Kindern, deren Immunsystem durch sehr schwere Behandlungen wie Chemotherapien und Immunschwäche angegriffen ist; diese Kinder brauchen die Immunität, die alle anderen Kinder durch die Impfung erhalten haben, um gegen solche Krankheiten geschützt zu sein;
- zur Verringerung der gesellschaftlichen Ungleichheit beiträgt: Die Zirkulation des Krankheitserregers wird derart gebremst, dass die Ansteckungsgefahr für eine anfällige Person, die keinen Zugang zum Impfstoff hatte, äußerst gering ist;
- erlaubt, hohe (höhere) Ausgaben zu vermeiden, die beim Ausbruch einer Epidemie getätigt werden müssten.

Um dieses Ziel der kollektiven Immunisierung zu erreichen, muss die Impfabdeckung in der Bevölkerung je nach Krankheit 85 bis 95% erreichen und auf alle Bevölkerungsuntergruppe gleichmäßig verteilt sein, damit kein günstiges Terrain übrigbleibt, auf dem sich der Krankheitserreger vermehren und verbreiten könnte. Der Schutzeffekt nimmt auf jeden Fall ab, wenn weniger als 80% der Bevölkerung immunisiert sind. Außerdem muss das gemeinsame Immunitätsgut unterhalten werden, um diesen Effekt aufrechtzuerhalten.

Das Ziel der kollektiven Immunisierung kann vernünftigerweise bei Krankheiten mit ausschließlich humanem Reservoir angestrebt werden, insofern die Impfung so organisiert ist, dass jeder erreicht wird; ein Standardbeispiel hierfür ist Poliomyelitis⁸. Die Beherrschung (um nicht zu sagen die Ausrottung) von Poliomyelitis ist dank der strikten Anwendung geeigneter Impfstoffe auf gutem Weg; in einigen Ländern, in denen bestimmte Bevölkerungsgruppen nicht geimpft sind, stellt man übrigens fest, dass wiederum Epidemieherde entstehen, die zeigen, dass sich Mikroorganismen ihren Platz schnell zurückerobern, wenn nicht dauern für eine gute Immunisierung gesorgt wird.

In den Biowissenschaften bietet keine einzige Option 100% Wirksamkeit oder 0% Nachteile, aber mit einer methodischen, strikten Analyse kann man durchdachte Entscheidungen treffen.

⁸ Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat am 26. Mai 2010 eine EntschlieÙung zur Ausrottung der Poliomyelitis im Rahmen eines Strategieplans 2013-2018 verabschiedet (WHO 65.5)

Bestimmten Impfstoffe können in seltenen Fällen ernsthafte Nebenwirkungen haben. Man könnte daraus schlussfolgern, dass es deshalb unverantwortlich ist, diese Impfstoffe zu verabreichen. Ähnliche Komplikationen können jedoch auch beim Durchmachen der Krankheit auftreten; das Risiko beim Durchmachen der Krankheit ist 100 oder sogar 1000 Mal höher als nach der Verabreichung des Impfstoffs. Aber dort, wo das Risiko bei einer Impfung gering ist, ist es niemals sicher, dass eine nichtgeimpfte Person Opfer der Krankheit werden wird und folglich einem weitaus höheren Risiko ausgesetzt sein wird. Komplikationen durch einen Impfstoff können daher aus einer bestimmten Risikobewertungsperspektive von einigen als vermeidbar betrachtet werden. Bei dieser Bewertung gibt die weitaus größere Häufigkeit von Komplikation während der Krankheit selbst den Ausschlag, doch zu impfen.

Wenn die Impfung Teil einer Gesundheitspolitik ist, die den Schutz der gesamten Bevölkerung oder einiger besonders gefährdeter Gruppen oder Gruppen, die bestimmten schweren Krankheiten ausgesetzt sind, bezweckt, ist es wichtig, dass die Gesundheitsbehörden über eine geeignete Informationspolitik eine größtmögliche Sensibilisierung dieser Bevölkerung anstreben, da das Erreichen des gesteckten Ziels von einer maximalen Impfabdeckung abhängt.

Wenn eine Impfungspolitik sachkundig betrieben wird, ist sie zielführend, und die Gefahr, dass man die Krankheit trotzdem entwickelt, nimmt ab oder verschwindet sogar ganz.

Wenn die Gefahr nicht mehr sichtbar ist, ist es andererseits verständlich, dass die Impfung in den Augen einiger nicht länger als eine Notwendigkeit betrachtet wird. Auch wenn die Impfung die gesteckten Ziele nicht erreicht und die Krankheit wiederauftaucht, besteht die Gefahr, dass die Öffentlichkeit den Nutzen dieser Impfung nicht mehr einsieht.

Mit diesen Aspekten befasst sich das Kapitel über die sozialpolitischen Überlegungen eingehender.

Nachstehende Tabelle fasst das Arbeitsprogramm zusammen, mit dem die Einführung jeder Impfungspolitik im klassischen Sinn des Wortes einhergehen müsste, um sicherzustellen, dass die Ziele erreicht werden.

ZIELE einer Impfpolitik	Schutz der Bevölkerung vor besagter Krankheit
	Verringerung der Übertragung der Infektionserreger innerhalb der Bevölkerung
	Abbau der sozialen Ungleichheit im Gesundheitswesen* Größtmögliche Effizienz bei der Nutzung der Ressourcen im Gesundheitswesen
*Jede Gesundheitspolitik muss nicht nur auf fundierten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen, weit weg von jeglichem kommerziellen Druck, sondern auch garantieren, dass die gesamte Bevölkerung erreicht wird, ungeachtet des Bildungsniveaus oder der sozialwirtschaftlichen Stellung. Dies setzt Aktionen voraus, die auf die Nöte der am schwersten erreichbaren Bevölkerungsgruppen abgestimmt sind.	

Einsatzprogramme im Gesundheitsbereich:	
ZIELE	Die Auswirkung der Maßnahmen messen, um die nötigen Korrekturen anzubringen
	Senkung der Inzidenz der Krankheit und ipso facto der vermeidbaren Krankheiten und Sterbefälle
	Verringerung der Zirkulation der Krankheitserreger
	Eindämmung der Ausbreitung der Epidemieherde
AKTIONEN	Die Impfung so organisieren, dass die gesamte Zielbevölkerung erreicht wird.
	Das betroffene Gesundheitspersonal sensibilisieren und begleiten.
	Die Zielbevölkerung (die von der Impfung profitiert) angemessen informieren.
	Forschungsarbeit leisten, um die Krankheit und die Immunisierungsmechanismen besser zu verstehen.
	Die umlaufenden Stämme im Auge behalten.
	Die innerhalb der Bevölkerung erreichte Immunisierung messen.
	Die Auswirkung der Krankheit messen.
	Residuelle (oder wiederauftretende) Ausbrüche frühzeitig erkennen.)

In unseren Breitengraden sind Krankheiten, die durch Impfung vermieden werden können, seltener geworden, und ihr Einschlag ist derzeit klein. Darum ist es wichtig, auf internationaler Ebene

- die zirkulierenden Mikroorganismenstämme und ihre Entwicklung gut im Auge zu behalten;
- das Auftauchen von Krankheiten genau zu verfolgen, um sich ein Bild davon zu machen, auf welche Weise sie entstehen, welche Faktoren sie begünstigen und wie schwerwiegend sie sind.

Gleichzeitig müssen die Länder zusammen und in gegenseitiger Absprache Studien durchführen, um zu messen, wie sich die Wirksamkeit der Impfung entwickelt und welche Nebenwirkungen auftreten. Weil nicht selten Nebenwirkungen eintreten, muss es möglich sein, die Daten anhand von millionenfach verabreichten Dosen zu analysieren, um ihre Nachteile gut einschätzen zu können.

3. Sozialpolitische Überlegungen

Jede Maßnahme, die die Behörden im Gesundheitswesen treffen, muss von der Zielgruppe, an die sie gerichtet ist, verstanden werden.

Aus der Presse⁹ wird deutlich, dass die öffentliche Meinung die Impfpolitik hinterfragt.

3.1. Erinnerung an einige Grundprinzipien

Zum Gesundheitszustand einer Bevölkerung gehört ihr Immunitätsstatus hinsichtlich der Gefahren durch Infektionen. Die Immunität einer Bevölkerung lässt sich wie folgt beschreiben: Es handelt sich um ein geteiltes Gut, das jeden Einzelnen besser schützt im Vergleich zu dem, was er selbst für sich tun kann. Es ist sozusagen ein Gemeingut, das nur durch den aktiven Beitrag jedes Einzelnen zustande kommt und dessen heilsame Folgen allen zugutekommen. Dieses lebendige Erbe muss unterhalten werden, denn sobald die Anzahl Unterstützer eine kritische Schwelle unterschreitet, verliert es die schützende Wirkung bei den schwächsten oder den meistgefährdeten Bürgern.

Der Eingriff in das Gesundheitswesen durch Impfungen ist gerechtfertigt, wenn er eine angemessene (d.h. wissenschaftlich fundierte), machbare (in punkto Organisation und Mittel realisierbare) und zumutbare Antwort ist.

Die Akzeptanz eines Eingriffs hängt davon ab, ob sein Nutzen ersichtlich ist, ob seine Begründetheit verstanden wird und ob die individuelle Bereitschaft besteht, sich daran zu beteiligen. Die individuelle Akzeptanz genügt jedoch nicht: Die Bereitschaft muss auch auf der Besorgnis um den Mitmenschen und auf den gemeinsamen Interessen der Gesellschaft beruhen, in der wir leben, kurzum auf Solidarität.

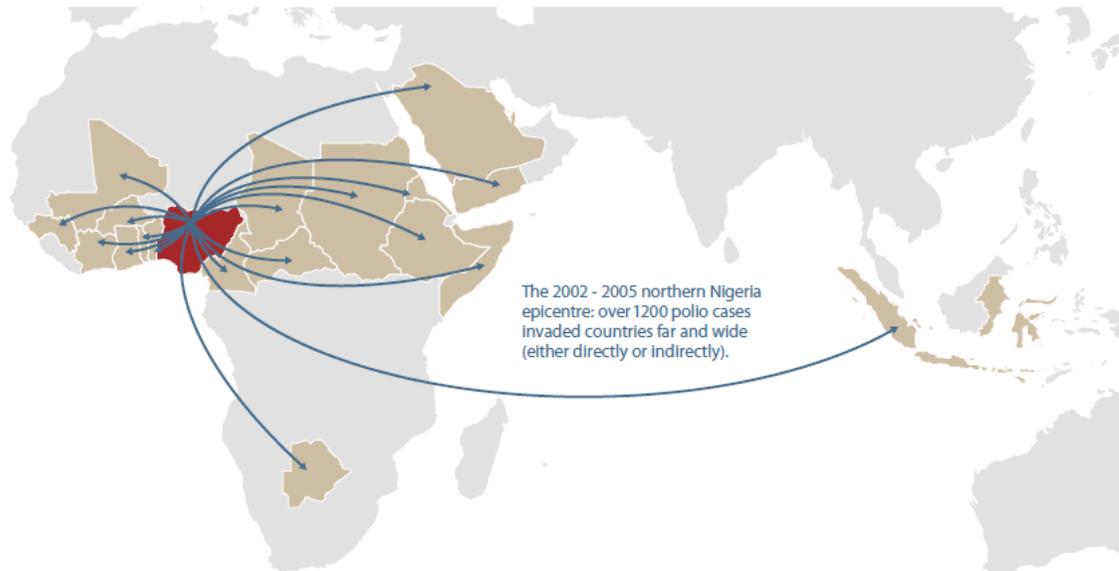
Der Begriff der Epidemie hat sich im Laufe der Geschichte durch die technische Entwicklung in unserer Gesellschaft weiterentwickelt. Heute sind die meisten Epidemien nicht mehr so umfangreich und so zerstörerisch wie früher. Es handelt sich um Zuspitzungen, die räumlich begrenzt sind (zum Beispiel einige Fälle von Hepatitis A in einer Schule), oder um in der Ferne entstandene Epidemien. Die schnelle Zeit und die Mobilität von Personen und Gütern machen die Übertragung von Krankheitserregern möglich, wie zum Beispiel die importierten Maserepidemien zeigen. Wegen des Mobilitätsfaktors müssen wir darauf vorbereitet sein, Epidemien aus anderen Ländern anzupacken.

⁹ Pas de vaccination obligatoire dans l'enseignement maternel" dans le *Journal du Médecin* du 27 mars 2015, "Réduire les allocations pour obliger la vaccination?" dans *Le Soir* du 14 avril 2015, "Wie zijn kind niet vaccineert, draagt een grote verantwoordelijkheid", interview de Pierre Van Damme dans *Knack* du 22 avril 2015, "Nous payons la note du paternalisme" et "Les vaccins, ça se discute" dans *Le Monde* du 1 juillet 2015, "Sentimental medicine - Why we still fear vaccines" par Eula Biss dans *Harper's Magazine* de janvier 2013

3.2. Aktualität und Kontext

Zur Veranschaulichung einer zeitgenössischen Form von Epidemie erinnern wir daran, dass der elf Monate dauernde Boykott der Polioimpfung in Nigeria ab Juni 2003 zur Folge hatte, dass sich die Poliofälle zwischen 2002 und 2006 in diesem Land verfünffacht haben und dass sich das Virus über die Grenzen hinaus ausgebreitet hat, wie nachstehende Abbildung zeigt.¹⁰

Figure 1: 'A warning from history': How the polio virus escaped the GPEI



*Published originally in the November 2012 Report of the Independent Monitoring Board of the GPEI, this figure presents the spread of poliovirus from Nigeria following the 2003-2004 boycott. The IMB aptly titled its figure "A warning from history."
Source: IMB. 2012. Sixth Report of the Independent Monitoring Board of the Global Polio Eradication Initiative: November 2012. Page 11. Available at: http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Aboutus/Governance/IMB/7IMBMeeting/7IMB_Report_EN.pdf [Accessed 19 March 2015].*

Eine genaue Analyse solcher Verbreitungsmuster ist mit der heutigen Untersuchungsmethodik auf dem Gebiet der Epidemiologie möglich. Es besteht ein Monitoringsystem, das ungewöhnliche Krankheiten aufspürt und ihren Übertragungsweg mit Hilfe von ausgeklügelten Analysen der vorhandenen Mikroorganismusstämme „nachzeichnet“, sodass der Ursprung des Problems zurückverfolgt werden kann.

Diese Situation hat unter anderem den Abschluss des WHO-Programms verzögert, Kinderlähmung weltweit zu neutralisieren. Sie war auch Anlass zu Nachforschungen, um die Faktoren zu begreifen, die zum Impfboykott beigetragen haben.

Akademiker und Wissenschaftler haben im Laufe des letzten Jahrhunderts viele Erkenntnisse gesammelt, die zu medizinischen Neuerungen geführt haben, von denen die Bevölkerung natürlich profitiert hat, jedoch ohne dass sich die Wissenschaftler, oder besser gesagt „die

¹⁰ The State of Vaccine Confidence 2015 - The Vaccine Confidence Project, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Lead authors: Heidi Larson and Will Schulz (<http://www.vaccineconfidence.org/The-State-of-Vaccine-Confidence-2015.pdf>)

Wissenshüter“ viele Gedanken gemacht hätten über die Rolle des Patienten als Akteur seiner eigenen Gesundheit. Weil diese ganz bestimmte Technik, dieses bestimmte Medikament, dieser Impfstoff in den Augen der Wissenshüter gut für die Gesundheit war, konnte ihre Anwendung nicht zur Diskussion gestellt werden. Diese Form von Paternalismus, die nicht ganz verschwunden ist, aber nicht länger als Grundprinzip angewandt wird – denken wir nur an das Gesetz über die Patientenrechte – hatte unter anderem zur Folge, dass das Wissen nur zwischen Eingeweihten weitergegeben wurde. Der horizontale Aspekt der Kommunikation war also nur für die Gemeinschaft der Wissensträger bestimmt; gegenüber der Bevölkerung war die Kommunikation – insofern bei dieser Art von Beziehung zwischen Arzt und Patient von „Kommunikation“ die Rede sein konnte – hingegen hauptsächlich vertikal.

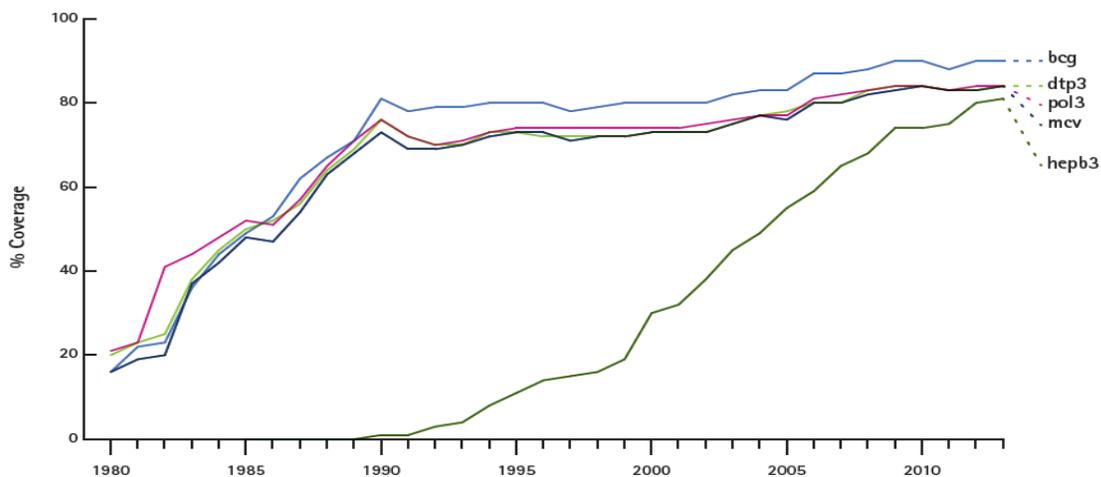
Seit einigen Jahrzehnten ist dies nicht mehr so: Kennzeichnend für die heutige Welt ist die außerordentliche, unmittelbare, allgemeine, weltweite – bis in den kleinsten Winkel des Planeten vordringende – Kommunikationsexplosion, die horizontal und anonym ist. Wo die ungerechtfertigten Behauptungen, die die Runde machen, herkommen, ist oft nicht nachzuvollziehen; allerlei Gerüchte werden gierig weiterverbreitet. Typisch für diese Gerüchte ist unter anderem das Misstrauen gegenüber den Institutionen oder der Beitrag, den sie dazu leisten. Sie können an strittigen Praktiken der Industrie oder der Politik festgemacht werden, was die Glaubwürdigkeit dieser Gerüchte bei einem breiten Publikum erhöht.

Wir interessieren uns hier für die Punkte, die bei den Entscheidungen der Eltern maßgebend sind, wenn es um die Impfung ihrer Kinder geht.

Innerhalb von 40 Jahren ist die Anzahl verfügbarer Impfstoffe von 6 auf 16 gestiegen.

Auch die Impfabdeckung ist gestiegen, wie folgende Tabelle zeigt¹¹;

Figure 2: The global rise of vaccines since the launch of EPI



WHO/UNICEF global coverage estimates for selected vaccines from 1980–2013, as of July 2014, presented as percentage of the target population that has received each vaccination.
 Source: WHO. 2014. WHO/UNICEF estimates of national immunisation coverage.
http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/routine/coverage/en/index4.html, accessed 9 March 2015.

¹¹ ibidem

(„EPI“= expanded program of immunisation)

Parallel dazu sind Formen von Zurückhaltung¹² und sogar Widerstand gegen Impfstoffe entstanden, die die Impfpolitik kritisieren und in Frage stellen¹³. Einer dieser Faktoren, der diese Zurückhaltung verstärkt hat, ist die skeptische Haltung gewisser Praktiker aus dem Gesundheitswesen gegenüber der steigenden Anzahl Impfstoffe und der verschiedenen Darreichungsformen. Wegen ihrer Funktion als Referenzperson für ihre Patienten kann ihr Standpunkt die Wahl der Eltern beeinflussen. Selbst wenn sie selber Befürworter der Impfung sind, kommt es manchmal vor, dass sie der Bitte der Eltern nachgeben¹⁴, die Impfung auszusetzen oder darauf zu verzichten, um das Vertrauensverhältnis nicht zu gefährden.

Seit einigen Jahren sind solche Formen von Zurückhaltung immer häufiger zu beobachten: Sie haben dazu geführt, dass erneut Krankheitserreger in Ländern entstanden sind, in denen diese Krankheiten (z.B. Poliomyelitis und Masern) vorher unter Kontrolle waren.

3.3. Studien und Beobachtungen

Die Auswirkung dieser Zurückhaltung auf die Immunisierung der Bevölkerung hat ab 2011 eine Gruppe von Wissenschaftlern (SAGE – Strategic Advisory Group of Experts on Immunization) auf den Plan gerufen, die auf der Grundlage der wichtigsten Studien einen Bericht¹⁵ über die Mechanismen verfasst haben, die abhängig von dem Umfeld, in dem sich das Phänomen ereignet, eine Rolle spielen.

Bei der Akzeptanz (von der hier oben die Rede ist und ihrem Gegenteil, nämlich der Zurückhaltung oder der Ablehnung) eines Impfstoffes (und seiner Einnahme, zum Beispiel durch die Nase oder den Mund oder durch eine Spritze) spielen grundsätzlich drei Faktoren eine Rolle: der Komfort (*convenience*), die Beurteilung (oder das, worauf das Urteil, das Gefühl oder die Bewertung fußt) der Nützlichkeit der Impfung (*complacency*) und das Vertrauen (*confidence*).

¹² „Zurückhaltung“ ist die englische Übersetzung des Begriffs „(vaccine) hesitancy“, die die gesamte Bandbreite der Haltungen gegenüber der Impfung in der Bevölkerung abdeckt, von der zweifelnden Bejahung zur kategorischen Ablehnung, sowie alle Elemente, die bei der Bestimmung der einen oder anderen Haltung mitschwingen.

¹³ Larson Heidi J et al. Addressing the vaccine confidence gap. *The Lancet*, August 6, 2011, vol. 378, issue 9790, 526-535, Luyten J. et al. Kicking against the pricks: vaccine sceptics have a different social orientation. *Eur J Public Health*: 2014 apr;24 (2):310-4, Dubé E et al. Vaccine hesitancy – an overview. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 9 :8, 1763-1773 : August 2013, Yacub O et al. Attitudes to vaccination: a critical review. *Social Science & Medicine* 112 (2014) 1-11, Jarrett C et al. Strategies for addressing vaccine hesitancy – a systematic review. *Vaccine* 2015 Aug 14;33(34):4180-90.

¹⁴ Kempe A, O’Leary ST, Kennedy A, Crane LA, Allison MA, et al. 2015. Physician Response to Parental Requests to Spread Out the Recommended Vaccine Schedule. *Pediatrics* 135(4). Nachzulesen auf: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25733753>

¹⁵ Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy (WHO), 1 octobre 2014 (http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf).

Der *Komfort* hängt ab vom Produkt, von den Mitteln und Ressourcen, die für die Organisation der Impfung bereitstehen, von deren Durchführung, von den Modalitäten der Kostenübernahme und vom problemlosen Zugang der Eltern zum Impfstoff.

Beim zweiten Faktor (*dem Urteil über den Nutzen der Impfung*) wird u.a. vorausgesetzt, dass die Impfung gegen eine Krankheit nicht so wichtig ist wie andere Prioritäten. Um dies zu verdeutlichen, kommen wir zurück auf die Situation in Nigeria, wo bestimmte Bevölkerungsgruppen gegen die Tatsache protestierten, dass ihnen Impfstoffe gegen Kinderlähmung angeboten wurden – eine Krankheit, bei der das Risiko als ziemlich gering eingeschätzt wurde –, während es an anderen medizinischen Grundressourcen wie schmerzstillenden Medikamenten, rehydratierenden Lösungen für die Behandlung von Enteritis, Anthelminthika und Moskitonetzen fehlte. In den Augen der Mütter gab es wichtigere Bedürfnisse und Prioritäten als die Impfung zugunsten des unmittelbaren Wohlbefindens ihrer Kinder.

Es wäre falsch zu glauben, dass Menschen, die Impfungen skeptisch gegenüberstehen, nicht informiert sind. Gerade weil sie ihre Bedürfnisse kannten, fanden sie, dass Impfkampagnen nicht ihren Prioritäten entsprachen.

In den Augen der Öffentlichkeit geht es beim *Vertrauen* gleichzeitig um:

- die Sicherheit und Wirksamkeit des Produkts (die meisten Eltern fordern mehr Informationen und Belege über die langfristige Sicherheit des Impfstoffs);
- die Kompetenz, die Motivation und die Vorbildfunktion der Berufspraktiker im Gesundheitswesen, die den Impfstoff verabreichen;
- die nachvollziehbare Begründung der Entscheidungen der Behörden, die die Impfregele und -pläne aufstellen.

Zweifel an einem dieser drei Faktoren führen zu Misstrauen und haben einen negativen Einfluss auf die Akzeptanz der Impfung.

Die in den obengenannten Berichten (SAGE und „The State of Vaccine Confidence“) angeführten Studien verdeutlichen, woher die skeptische Haltung gegenüber Impfungen bzw. die Ablehnung von Impfungen rührt.

Die Fachliteratur unterscheidet drei Gruppen von Anhaltspunkten: a) das soziale, kulturelle und politische Umfeld, b) die Empfindung der Menschen und der Umgebung, c) das Produkt (Impfstoff) und die Impfung.

Zur ersten Gruppe gehören unter anderem die Kohärenz zwischen der Politik und den Instanzen, die die Immunisierungsprogramme unterstützen, die Medien, die Lobbies, die kulturellen und historischen Einflüsse, die sozialwirtschaftliche Lage, die Wahrnehmung der pharmazeutischen Industrie.

Die zweite Gruppe umfasst die Erfahrung mit Unannehmlichkeiten oder Vorfällen (persönlichen oder von Nahestehenden) bei einer früheren Impfung, die Überzeugungen und Haltungen in punkto Gesundheit und Prävention, die Kenntnis des Gesundheitssystems und das Vertrauen in dieses System und in die Berufspraktiker im Gesundheitswesen, das intuitive Urteil über die

Risiken und Vorteile der Impfung, das Unverständnis der Bedeutung der Immunisierung, die folglich als nutzlos und nicht als Gesellschaftsgut aufgefasst wird.

In der dritten Gruppe finden wir die wissenschaftlichen Fakten über die Risiken (Impfstoff/Krankheit), der Verabreichungsmodus und die Zuverlässigkeit der Produkte, das Impfschema und das Impfprogramm, die Einführung eines neuen Impfstoffs oder neuer Empfehlungen über die Formel und das Timing bestehender Impfstoffe, die Wirkung der Empfehlungen und die Haltung der Berufspraktiker im Gesundheitswesen.

Diverse Studien über die weltweiten Bewegungen gegen Impfungen fördern Gründe und Motivationen zutage, die weit über die streng medizinischen Aspekte hinausgehen. Wir nennen nur ein Beispiel: In Pakistan hat die Opposition (Taliban) 2012 die Impfkampagnen gegen Kinderlähmung¹⁶ bekämpft. Sie konfrontierten den Westen mit dem Widerspruch, dass *er* einerseits eine gute Tat vollbringen wolle, andererseits aber Hunderte Kinder das Opfer von Drohnen würden, die über ihrem Hoheitsgebiet eingesetzt würden.

Wer eine erfolgreiche Impfstrategie ausarbeiten will, muss also immer den Kontext berücksichtigen, auch den politischen oder den religiösen.

Wenn all diesen Mechanismen Rechnung getragen wird, können angemessene Strategien entwickelt werden. Ein Beispiel einer solchen Strategie war das Anbieten des Impfstoffes in den Hochrisikogebieten von Nigeria zusammen mit Produkten, die die Grundbedürfnisse der Mütter abdeckten, zum Beispiel mit oralen Rehydratierungssalzen, Seife, Schmerzmitteln usw.

3.4. Das Vertrauen der Bevölkerung in die Impfung

Ausgehend von dem Zusammenhang zwischen den drei obengenannten Faktoren merken wir uns die Faktoren, die beim Aufbauen von Vertrauen mitspielen. Die Protestbewegungen, mit denen unser Land konfrontiert wird, werfen nämlich Fragen auf über die Wirksamkeit und die Sicherheit der benutzten Produkte, die Unabhängigkeit der Wissenschaftler und die Autonomie der Entscheider gegenüber der Industrie, die die Impfstoffe auf den Markt bringt.

Das Vertrauen der Bevölkerung in die Impfung erfordert unsere Aufmerksamkeit. Die Faktoren, die das Vertrauen beeinflussen, müssen in ihrem Kontext betrachtet werden: Erfasst werden müssen die Menschen so, wie sie sind, und so, wie sie denken.

Wenn in der Presse oder in den Sozialmedien echte oder vermeintliche Probleme mit Impfungen diskutiert werden, genügt es nicht, dass ein bekannter Spezialist verkündet, „der Vorteil der Impfung selber stehe nicht zur Diskussion“, um die Bevölkerung zu überzeugen oder um das Misstrauen und die Verwirrung zu beenden.

Die obengenannten Studien veranlassen uns, einen deutlichen Unterschied zu machen zwischen den Eltern, die die Impfung hartnäckig ablehnen, und den Eltern, die zurückhaltend sind: Die

¹⁶The State of Vaccine Confidence 2015, *o.c.*, S. 18.

überwiegende Mehrheit dieser letzten Gruppe lässt ihre Kinder impfen, aber ihr Vertrauen in die Impfung schwankt: Wenn künftig Probleme mit Impfungen in der Presse oder in den Sozialmedien bekannt würden, könnten sie die Impfung ablehnen, wenn nicht eine auf sie zugeschnittene Vorgehensweise ausgearbeitet wird.

Aus den Studien geht hervor, dass die Zurückhaltung gegenüber Impfungen von spezifischen Mechanismen herrührt, die je nach Bevölkerungsgruppe und Wohnort verschieden sind.

So konnte in einer Untersuchung¹⁷ in fünf Ländern (Indien, Pakistan, Georgien, Nigeria und dem Vereinigten Königreich) der Grad der Zurückhaltung mit der Anzahl ausgedrückter Ablehnungen verglichen werden. Die Ergebnisse für das Vereinigte Königreich verdeutlichen die von den Eltern angegebenen Gründe. Von den insgesamt 2055 befragten Familien waren 196 Familien mit Kindern unter 5 Jahren. Bei ihnen wurden 48 „zurückhaltende“ Familien (24,5%) gezählt, d.h. 48 Familien, die zögerten, ihre Kinder impfen zu lassen. Von diesen 48 Unentschlossenen lehnten 13 (27,1% der zurückhaltenden Familien) die Impfung ab. Die von den 48 zurückhaltenden Familien angeführten Gründe lassen sich wie folgt aufschlüsseln (NB. Die Befragten konnten mehrere Gründe angeben):

21 fanden, dass ein Impfstoff kein sicheres Produkt ist;
7 hatten von einer Drittperson gehört, der Impfstoff sei nicht sicher;
8 hatten bei einer früheren Impfung eine schlechte Erfahrung (unerwünschte Reaktion) gemacht;
6 hatten von einer Drittperson erfahren, dass ihr Kind eine unerwünschte Reaktion gezeigt hatte;
3 hatten eine unerwünschte Reaktion gezeigt, die mit einer Krankenhauseinlieferung geendet hatte;
8 fanden, dass der Impfstoff nicht wirksam war;
11 fanden, dass der Impfstoff nicht notwendig war;
(diese Gründe beziehen sich auf die Produktsicherheit und die unerwünschten Nebenwirkungen).

2 hatten nicht die Möglichkeit, sich zum Impflokal zu begeben;
2 konnten nicht rechtzeitig zum Termin erscheinen.
1 wohnte zu weit weg;
(diese Gründe beziehen sich auf die Zugänglichkeit (*convenience*)).

2 waren anderer Überzeugung (alternative Heilkunde);
1 führte religiöse Gründe an.

Diese Studie zeigt, dass die meisten Beanstandungen mit dem Impfstoff und mit seiner Wirkung zu tun hatten, während einige Personen Probleme mit der Zugänglichkeit angaben. Nur eine kleine Minderheit führte ideologische (2/48) oder religiöse (1/48) Gründe an.

¹⁷ The State of Vaccine Confidence 2015, o.c., Kapitel 3, S. 25.

4. Rechtlicher Rahmen

Dieses Kapitel erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, enthält aber die verschiedenen internationalen, europäischen und belgischen Normen sowie eine Zusammenfassung der Rechtsprechung. Schließlich werden einige Bemerkungen formuliert.

4.1. Völkerrechtliche Bestimmungen

Zu diesem Thema gibt es mehrere internationale Rechtsvorschriften mit unterschiedlicher Rechtskraft, unterschiedlichem Anwendungsbereich und unterschiedlichen Adressaten.

So organisieren die 1951 unter der **Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO)** verabschiedeten und 1952 in Belgien wirksam gewordenen Internationalen Gesundheitsvorschriften (International Sanitary Regulations - ISR) den schnellen Informationsaustausch bei volksgesundheitlichen Notfällen (insbesondere Epidemien). Sie sehen auch die Ausarbeitung von Maßnahmen vor, um Epidemien zu bekämpfen und einzudämmen; diese können allgemeiner Art (Sanitäreinrichtungen, Desinfektionsverfahren, ...) oder individueller Art sein (Absonderung von Personen, Impfungen, Screening bei der Ankunft oder beim Abflug in Häfen oder Flughäfen, ...).

Die Verschärfung der internationalen Gesundheitssicherheit ist auch Ziel des Beschlusses des Europaparlaments und des Europäischen Rates vom 22. Oktober 2013 zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren. Dieser sieht verschiedene Maßnahmen zur Sicherung eines größtmöglichen Gesundheitsschutzes vor, von der Entwicklung eines Krankheitsfrühwarn- und Überwachungssystems bis zum Sammeleinkauf von Impfstoffen. Dieser am 25. Juli 2014 von der Kommission ausgeführte Beschluss verweist übrigens auf die ISR: Er weist auf die Notwendigkeit hin, dass jeder Mitgliedstaat die grenzüberschreitende Dimension seiner Aktionspläne bedenkt und diese folglich auf europäischer Ebene koordiniert. Da es um die Organisation der Gesundheitsfürsorge geht, gilt innerhalb der EU das Subsidiaritätsprinzip, und alle Mitgliedstaaten behalten diesbezüglich ihre volle Zuständigkeit.

Das **Übereinkommen vom 19. Dezember 1966 über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte** (B.S. vom 6. Juli 1983) sieht in Artikel 12 vor:

„1. Die Staaten, die dieses Abkommen unterzeichnet haben, anerkennen das Recht eines jeden auf bestmögliche körperliche und geistige Gesundheit.

2. Die Maßnahmen, die die Unterzeichnerstaaten treffen müssen, um dieses Recht vollständig umzusetzen, umfassen unter anderem diejenigen, die notwendig sind, um Folgendes zu erreichen:

c) Prävention, Behandlung und Bekämpfung epidemischer und endemischer Krankheiten sowie von Berufskrankheiten und anderen Krankheiten.“

Das **Übereinkommen vom 20. November 1989 über die Rechte des Kindes** (B.S. vom 17. Januar 1992), das durch das Gesetz vom 25. November 1991 in Belgien in Kraft getreten ist, setzt diese Grundsätze für Kinder durch folgende Artikel um:

Artikel 16

„1. Kein Kind darf willkürlichen oder rechtswidrigen Eingriffen in sein Privatleben, seine Familie, seine Wohnung oder seinen Schriftverkehr oder rechtswidrigen Beeinträchtigungen seiner Ehre und seines Rufes ausgesetzt werden.

(2) Das Kind hat Anspruch auf rechtlichen Schutz gegen solche Eingriffe oder Beeinträchtigungen.“

Artikel 24

„1. Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit. Die Vertragsstaaten bemühen sich sicherzustellen, dass keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird.

(2) Die Vertragsstaaten bemühen sich, die volle Verwirklichung dieses Rechts sicherzustellen, und treffen insbesondere geeignete Maßnahmen, um:

(...)

f) *die Gesundheitsvorsorge*, die Elternberatung sowie die Aufklärung und die Dienste auf dem Gebiet der Familienplanung auszubauen.

(...)

Dieses Übereinkommen sieht also für die Unterzeichnerstaaten die Verpflichtung vor, das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit und auf Gesundheitsdienste anzuerkennen. Sie haben auch die geeigneten Maßnahmen zu treffen, um die Gesundheitsvorsorge auszubauen; dazu gehören *Impfungen*.

Auf europäischer Ebene ist die **Europäische Konvention zum Schutz der Menschenrechte und der Grundfreiheiten (EMRK)** die wichtigste Rechtsquelle, unter anderem ihr Artikel 8:

„§1. Jede Person hat das Recht auf Achtung ihres Privat- und Familienlebens, ihrer Wohnung und ihrer Korrespondenz.

§ 2. Eine Behörde darf in die Ausübung dieses Rechts nur eingreifen, soweit der Eingriff gesetzlich vorgesehen und in einer demokratischen Gesellschaft notwendig ist für die nationale oder öffentliche Sicherheit, für das wirtschaftliche Wohl des Landes, zur Aufrechterhaltung der Ordnung, zur Verhütung von Straftaten, zum Schutz der Gesundheit oder der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer.

Dieser Artikel, der im belgischen Recht unmittelbar anwendbar ist, anerkennt also das Recht eines jeden auf ein Privat- und Familienleben. Eine Behörde darf dieses Recht nur dann mit einem Gesetz einschränken, wenn dies in einer demokratischen Gesellschaft notwendig ist, um den Schutz der Gesundheit oder der Rechte und Freiheiten von anderen zu schützen. 1. Jede Person hat das Recht auf Achtung ihres Privat- und Familienlebens, ihrer Wohnung und ihrer Korrespondenz.

2. Eine Behörde darf in die Ausübung dieses Rechts nur eingreifen, soweit der Eingriff gesetzlich vorgesehen und in einer demokratischen Gesellschaft notwendig ist für die nationale oder öffentliche Sicherheit, für das wirtschaftliche Wohl des Landes, zur Aufrechterhaltung der Ordnung, zur Verhütung von Straftaten, zum Schutz der Gesundheit oder der Moral oder zum

Schutz der Rechte und Freiheiten anderer. Unter anderem zur Einhaltung dieser Bedingungen wurde die Impfung gegen Poliomyelitis in Belgien zur Pflicht gemacht.

4.2. Belgische Vorschriften

In unserem Land regeln mehrere Vorschriften des Föderalstaates oder der Gemeinschaften diese Materie. Artikel 5 § 1 I Absatz 2 Ziffer 2 des Sondergesetzes vom 8. August 1980 zur Reform der Institutionen sieht vor, dass der Föderalstaat die Befugnis beibehält, Impfungen vorzuschreiben (nationale vorbeugende Maßnahmen). Auf der Grundlage dieses Artikels 5 sind die Gemeinschaften für die Gesundheitserziehung sowie für die Aktivitäten und Dienste im Bereich der Gesundheitsvorsorge zuständig.

Am 29. März 2000 unterzeichneten der Föderalstaat und die Gemeinschaften eine Vereinbarung über die Prävention und insbesondere über die Impfung gegen Poliomyelitis und Hepatitis B (B.S. vom 29. August 2000). Weitere Vereinbarungen zur Prävention wurden am 20. März 2003 (B.S. vom 13. Juni 2003) und am 28. September 2009 (B.S. vom 29. Oktober 2009 – ed. 2) geschlossen.

In Belgien ist seit dem 1. Januar 1967 also nur die Impfung gegen Poliomyelitis (Kinderlähmung) für die allgemeine Bevölkerung Pflicht, und zwar aufgrund des Königlichen Erlasses vom 26. Oktober 1966 (B.S. vom 6. Dezember 1966)¹⁸, der in Ausführung des Gesundheitsgesetzes vom 1. September 1945 gefasst wurde.

Die Grundlage für diese Verpflichtung bildet der Schutz der öffentlichen Gesundheit, die Teil der öffentlichen Ordnung ist.¹⁹

Die Impfserie musste im vierten Lebensmonat beginnen und vor Ablauf des 18. Lebensmonats abgeschlossen sein. Anfangs wurde ein abgeschwächter oraler Impfstoff (OPV) verwendet (Ministerialerlass vom 27. Oktober 1966). Ab dem 1. Januar 2001 wurde der orale Impfstoff durch einen injizierbaren inaktivierten Polioimpfstoff (IPV) ersetzt (Ministerialerlass vom 22. September 2000) und die erste Impfung auf das Alter von 2 Monaten vorgezogen (Königlicher Erlass vom 22. September 2000 – B.S. vom 28. Oktober 2000 und Ministerialerlasse vom 18. September und 10. Oktober 2000).

Nach Abschluss der verschiedenen Impfungen muss der Arzt den Eltern ein Attest aushändigen, das diese an die Gemeindeverwaltung ihres Wohnsitzes weiterleiten müssen.

Der Königliche Erlass vom 26. Oktober 1966 verpflichtet die Gemeindeverwaltung auch, dem FÖD Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt die Impfungen zu melden. Der Bürgermeister muss ihm jeden Monat eine Liste der Kinder vorlegen, die 18 Monate alt geworden sind und für die er keine Impfbescheinigung erhalten hat. Das bedeutet nicht, dass das Kind impfungsmäßig nicht in Ordnung ist, sondern gegebenenfalls, dass die Eltern es versäumt haben, der Gemeindeverwaltung das Arztattest zu übermitteln. Nach drei Mahnungen, mit denen den Eltern die Bedeutung dieser Impfung erläutert wird, wird die Akte dem Prokurator des Königs

¹⁸ Die inoffizielle Koordinierung in deutscher Sprache ist im Staatsblatt vom 16. Juni 2014 erschienen.

¹⁹ Siehe Genicot G., *Droit médical et biomédical*, Bruxelles, Larcier, collection de la Faculté de droit de l'Université de Liège, 2010, S. 142-144 und die dort angeführte Literatur.

zugeleitet.²⁰ Eltern, die ihren Verpflichtungen in punkto Impfung nicht nachkommen, können bestraft werden. Laut Artikel 8 des Königlichen Erlasses vom 26. Oktober 1966 „werden Verstöße gegen diesen Erlass mit den Strafen geahndet, die das Gesundheitsgesetz vom 1. September 1945 vorsieht“. Es handelt sich um die Strafen, die Artikel 5 des Gesundheitsgesetzes vorsieht: „*Verstöße gegen die Bestimmungen dieses Gesetzes und gegen die zu dessen Ausführung erlassenen Vorschriften werden mit einer Geldstrafe zwischen 26 und 100 Franken²¹ und mit einer Gefängnisstrafe zwischen acht Tagen und einem Monat oder mit einer dieser Strafen geahndet. Bei einem Rückfall innerhalb von zwei Jahren nach der letzten Verurteilung können diese Strafen auf das Doppelte angehoben werden.*“

Die Medizinischen Ausschüsse der Provinzen verfügen über eine „Polio“-Datenbank für Kinder unter 6 Jahren. Diese zeigt, dass ungefähr 1% der Kinder in punkto Impfung gegen Kinderlähmung nicht in Ordnung sind. In den meisten Fällen liegt eine Nachlässigkeit beim Versand der Unterlagen oder eine unvollständige Impfung vor. Die Ablehnung der Impfung stellt nur einen sehr kleinen Anteil dar.²²

Schließlich verlängert ein Königlicher Erlass vom 2. Dezember 2015 bis zum 21. Dezember 2026²³ die Aussetzung der Pflichtimpfung gegen Pocken, da die WHO die Ausrottung der Pocken offiziell angekündigt und bestätigt hat.

Pflichtimpfungen gibt es auch für bestimmte Bereiche wie Arbeitsbeziehungen und internationale Reisen.

So sieht der Königliche Erlass vom 4. August 1996 über den Schutz der Arbeitnehmer gegen die Risiken bei Kontakten mit biologischen Wirkstoffen eine Pflichtimpfung für Arbeitnehmer vor, die bestimmten Ansteckungsgefahren ausgesetzt sind (Tuberkulose, Hepatitis).

Eine Pflichtimpfung gegen bestimmte Krankheiten besteht auch für Reisende, da die Internationalen Gesundheitsvorschriften in unserem Land mit dem Königlichen Erlass vom 29. Oktober 1964 über die Gesundheitspolizei im internationalen Verkehr in Kraft getreten sind; der Zugang zum Königreich kann dann denjenigen vorbehalten werden, die den erforderlichen Impfnachweis vorlegen können.

Die Gemeinschaften haben in ihrem Zuständigkeitsbereich verschiedene Dekrete verabschiedet, deren relevante Artikel *als Anlage* beiliegen. Die Dekrete, Verfügungen und Beschlüsse legen – mit eigenen Akzenten – die Regeln fest, die im Rahmen der Gesundheitsvorsorge in der Kleinkindbetreuung oder in der Schule anzuwenden sind. Als Beispiel kann die Flämische

²⁰ Antwort auf die parlamentarische Anfrage Nr. 924 des Abgeordneten Luk Van Biesen vom 20. März 2013 (N.) an die Vizepremierministerin und Ministerin für Soziales und Gesundheit, zuständig für Beliris und für die föderalen Kultureinrichtungen («*La vaccination obligatoire contre la polio*», QO 15774, DO 2012201312135).

²¹ Der Betrag in belgischen Franken wird in Euro umgewandelt und anschließend seit 2012 mal 6 multipliziert. Beispiel: Eine Geldstrafe von 100 belgischen Franken = 100 Euro mal 6 = 600 Euro.

²² Antwort auf die obengenannte parlamentarische Anfrage Nr. 924.

²³ Königlicher Erlass vom 2. Dezember 2015 zur Verlängerung der Aussetzung der Anwendung des Erlasses des Regenten vom 6. Februar 1946 zur Einführung der Pflichtimpfung gegen Pocken (B.S. vom 22. Dezember 2015).

Gemeinschaft angeführt werden, die Impfschemata erstellt, diese jedoch nicht in den Kinderbetreuungseinrichtungen oder in der Schule vorschreibt, gleichzeitig aber betont, dass das Ziel lautet, die größtmögliche Impfabdeckung zu erreichen. Die Flämische Gemeinschaft setzt auf die individuelle Verantwortung für die eigene Gesundheit und für die Gesundheit anderer mittels einer nicht näher umschriebenen persönlichen Verpflichtung, Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge über sich ergehen zu lassen. Die Französische Gemeinschaft hingegen schreibt die Pflichtimpfung in den Kinderbetreuungseinrichtungen via das O.N.E. vor. (Alle Kinderbetreuungseinrichtungen, darunter die Kinderkrippen, müssen übrigens zugelassen werden.) Bei medizinischer Kontraindikation beim Kind darf das Kind die Kindereinrichtung nur mit Zustimmung des O.N.E.-Arztes besuchen. In der Schule wird zum Beispiel bei einer Keuchhustenepidemie ein nichtgeimpftes Kind eine gewisse Zeit von der Schule ferngehalten werden. Die Deutschsprachige Gemeinschaft hat ihre Neuregelung 2014 verabschiedet, plant aber bereits eine Novellierung, mit der die Impfung, die derzeit in den Kinderbetreuungseinrichtungen nur empfohlen wird, vorgeschrieben werden soll.

Schließlich gibt es das **Gesetz vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten** (B.S. vom 26. September 2002). Nach der Aufzählung der anwendbaren Bestimmungen analysieren wir, wie die Rechtsprechung sie im Zusammenspiel mit den übrigen verbindlichen Rechtsvorschriften auslegt.

Artikel 8

§ 1. Der Patient hat das Recht, nach erfolgter Information vor jedem Eingreifen der Berufsfachkraft seine freie Einwilligung dazu zu geben.

Diese Einwilligung muss ausdrücklich gegeben werden, es sei denn, die Berufsfachkraft kann nach ausreichender Information des Patienten aus dessen Verhalten vernünftigerweise folgern, dass er in das Eingreifen einwilligt.

Auf Antrag des Patienten oder der Berufsfachkraft und mit Einverständnis der Berufsfachkraft beziehungsweise des Patienten wird die Einwilligung schriftlich festgehalten und der Patientenakte beigefügt.

§ 2. Die Information, die dem Patienten zur Erteilung seiner in § 1 erwähnten Einwilligung mitgeteilt wird, bezieht sich auf Ziel, Art, Dringlichkeitsstufe, Dauer und Häufigkeit des Eingreifens, auf die mit dem Eingreifen verbundenen und für den Patienten relevanten Gegenanzeigen, Nebenwirkungen und Risiken, auf die Nachsorge und auf mögliche Alternativen und finanzielle Auswirkungen. Außerdem betrifft sie die im Fall einer Verweigerung oder Rücknahme der Einwilligung möglichen Auswirkungen und die anderen vom Patienten oder von der Berufsfachkraft für relevant erachteten genaueren Angaben, gegebenenfalls einschließlich der Gesetzesbestimmungen, die in Bezug auf ein Eingreifen einzuhalten sind.“

Artikel 10

§ 1. Der Patient hat bei jedem Eingreifen der Berufsfachkraft ein Recht auf Schutz seines Privatlebens, insbesondere was die Information in Bezug auf seine Gesundheit betrifft.

(...)

§ 2. Keinerlei Einmischung in die Ausübung dieses Rechts ist erlaubt, es sei denn, das Gesetz sieht es vor und es ist für den Schutz der Volksgesundheit oder für den Schutz der Rechte und Freiheiten von Drittpersonen erforderlich.“

Artikel 12

§ 1. Ist der Patient minderjährig, werden die durch vorliegendes Gesetz festgelegten Rechte von den Eltern, die die elterliche Gewalt über den Minderjährigen ausüben, oder von seinem Vormund ausgeübt.

§ 2. Der Patient wird je nach seinem Alter und seiner Reife in die Ausübung seiner Rechte einbezogen. Die in diesem Gesetz aufgezählten Rechte können von einem minderjährigen Patienten, von dem angenommen werden kann, dass er zur vernünftigen Einschätzung seiner Interessen in der Lage ist, selbständig ausgeübt werden.“

Artikel 15

(...)

„§ 2. Im Interesse des Patienten und zur Vorbeugung jeglicher Bedrohung seines Lebens oder jeglicher schweren Beeinträchtigung seiner Gesundheit weicht die betreffende Berufsfachkraft, gegebenenfalls im Rahmen einer multidisziplinären Konzertierung, von der Entscheidung der in den Artikeln 12, 14, § 2 Order 3 erwähnten Person ab. Wurde die Entscheidung von einer in Artikel 14 § 1 erwähnten Person getroffen, weicht die Berufsfachkraft nur davon ab, sofern diese Person sich nicht auf den ausdrücklichen Willen des Patienten berufen kann.“

Weil das Kind zum Zeitpunkt der Impfung gegen Kinderlähmung noch sehr jung ist, üben seine Eltern seine Rechte aus, da es nicht möglich ist, das Kind daran zu beteiligen. Der Beratende Bioethik-Ausschuss hat bereits in seinen Gutachten Nr. 16 vom 25. März 2002 über die Verweigerung von Bluttransfusionen durch Zeugen Jehovas und Nr. 44 vom 23. Juni 2008 über die Wachstumsinhibition bei Kindern mit sehr schwerer geistiger Behinderung darauf hingewiesen, dass die Eltern im Interesse des Kindes handeln müssen. Die Eltern müssen den für das Kind erwarteten Vorteil berücksichtigen, insbesondere um eine Bedrohung seiner Gesundheit oder seines Lebens zu vermeiden, und nicht nur ihr eigenes Interesse in den Vordergrund stellen. Der Jugendrichter hat die Möglichkeit zu kontrollieren, ob die Eltern ihren Verpflichtungen ordentlich nachkommen: Er kann eine Erziehungsbeistandsmaßnahme (Artikel 31 des Gesetzes vom 8. April 1965) oder schwerwiegendere Maßnahmen (Artikel 32) verkünden.

Schließlich erinnern wir daran, dass es sich um eine Pflichtimpfung handelt, die den Eltern vorgeschrieben wird, außer bei einer durch den Gesundheitszustand des Kindes bedingten medizinischen Ausnahme.

Der französische Verfassungsrat hat sich am 20. März 2015 übrigens in dieser Richtung geäußert. Eltern, die sich geweigert hatten, ihre Tochter impfen zu lassen, hatten den Rat gebeten, die Verfassungsmäßigkeit der von ihnen angefochtenen Bestimmung zu prüfen. Der Antrag war wie folgt formuliert: „Stehen die Bestimmungen des Strafgesetzbuches, die eine Impfpflicht vorsehen

und die Nichteinhaltung dieser Pflicht bestrafen, im Widerspruch zur Präambel der Verfassung von 1946 (...) über die Rechte und die Gesundheit, wenn sie den Inhabern der elterlichen Gewalt über ihre minderjährigen Kinder eine Impfpflicht auferlegen, die diesen verbietet, sich dieser Pflicht angesichts der tatsächlichen oder vermeintlichen Risiken dieser Impfungen zu entledigen?“ Ist der Staat, der die Pflicht hat, Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit zu treffen, nicht genauso verpflichtet, dafür zu sorgen, dass er *nicht* gegen die Gesundheit seiner Bevölkerung handelt²⁴? Das war also der Standpunkt der Eltern, die der Auffassung waren, dass sie über die Gesundheit ihres Kindes wachten, indem sie die Impfung ablehnten.

Der französische Verfassungsrat urteilte, die Modalitäten in dem Gesetz, das die Impfung vorschreibe, seien nicht eindeutig ungeeignet, das gesteckte Gesundheitsziel zu erreichen. Der Gesetzgeber wolle ernsthafte und ansteckende Krankheiten bekämpfen und so die Gesundheit des Einzelnen und der Gesellschaft schützen. Er habe auch die Möglichkeit, diese Bestimmungen zu ändern und so die Fortschritte der Wissenschaft zu berücksichtigen. Die gesetzlichen Bestimmungen, die eine Impfung vorschrieben, stünden also im Einklang mit der Verfassung, außer bei medizinischen Ausnahmen.

In Belgien ist eine ähnliche Argumentation hinsichtlich Artikel 22 der Verfassung möglich, der lautet: „Jedes Kind hat ein Recht auf Achtung vor seiner moralischen, körperlichen, geistigen und sexuellen Unversehrtheit. (...) Das Wohl des Kindes ist in allen Entscheidungen, die es betreffen, vorrangig zu berücksichtigen. Das Gesetz (...) gewährleistet diese Rechte des Kindes.“ Das belgische Verfassungsgericht ist noch nicht mit einer solchen Frage befasst worden.

4.3. Rechtsprechung: Übersicht der meistangeführten Mittel und Argumente

Ist die Pflichtimpfung gegen Poliomyelitis eine unrechtmäßige oder willkürliche Einmischung in das Privat- und Familienleben des Kindes im Sinne von Artikel 16 des Übereinkommens vom 20. November 1989 über die Rechte des Kindes?

In einem Entscheid vom 1. Oktober 1997²⁵ urteilte der Kassationshof, der Königliche Erlass vom 26. Oktober 1996, der die Impfung gegen Kinderlähmung zur Pflicht mache, sei ordnungsgemäß zur Ausführung von Artikel 1 des Gesundheitsgesetzes vom 1. September 1945 nach einstimmigem Gutachten des Hohen Gesundheitsrates gefasst worden. Die Pflichtimpfung gegen Poliomyelitis sei keine unrechtmäßige oder willkürliche Einmischung in das Privat- und Familienleben des Kindes im Sinne von Artikel 16 der Kinderschutzkonvention von New York, sondern sei im Rahmen der geeigneten Maßnahmen auferlegt worden, die getroffen werden müssten, um die Krankheit zu bekämpfen und die Gesundheitsvorsorge zu verbessern; dazu hätten sich die Staaten in Artikel 24 dieser Konvention verpflichtet. Kraft Artikel 8 der EMRK sei die öffentliche Gewalt ermächtigt, sich in das Privat- und Familienleben einzumischen, vorausgesetzt, diese Einmischung sei gesetzmäßig und stelle eine Maßnahme zum Schutz der Gesundheit dar.

²⁴ Valérie Ole ch, « L'obligation de vaccination n'est pas contraire au principe constitutionnel de protection de la santé » *Rev. Dr. Santé*, mai 2015 S.482 eff. und *RGDM*, Juni 2015, S. 267.

²⁵ Cass., 1. Oktober 1997, *Pas.*, 1997, I, 923, *Rev. Dr. Santé*, 1998-99, S. 138

Verstößt die vorgeschriebene schulmedizinische Untersuchung bzw. die Pflichtimpfung gegen Poliomyelitis gegen das Recht auf ein Privat- und Familienleben (Art. 8 EMRK)?

Der Appellationshof Gent urteilte am 20. März 1996²⁶, die vorgeschriebene schulmedizinische Untersuchung und die Pflichtimpfung gegen Poliomyelitis verstießen nicht gegen das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens (Art. 8 EMRK); diese Maßnahmen seien in Ausführung eines Gesetzes getroffen worden und dienten dem Schutz der Bevölkerung im Allgemeinen und der Jugend im Besonderen. Die Vorteile für die Gemeinschaft und für den Einzelnen, die sich aus dieser vorgeschriebenen schulmedizinischen Untersuchung und aus der Impfung ergäben, wögen nach Auffassung des Hofes die möglichen Nachteile für den Einzelnen auf.

Verstößt der Königliche Erlass vom 26. Oktober 1966 gegen das Gesetz vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten?

Am 16. März 2011 hat das Strafgericht Tournai Eltern freigesprochen, die sich wegen einer Allergie geweigert hatten, ihr Kind gegen Kinderlähmung impfen zu lassen, und sich dabei auf einen Widerspruch zwischen dem Königlichen Erlass, der die Polioimpfung vorschreibt, und dem Gesetz vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten berufen hatten²⁷.

Durch einen nichtveröffentlichten Entscheid vom 25. März 2013 verurteilte der Appellationshof Mons diesen Eltern in zweiter Instanz zu einer Geldstrafe. Der Hof war der Auffassung, „das Gesetz vom 1. September 1945 ermächtigt den König, Maßnahmen zu treffen, um ansteckende Krankheiten im Allgemeinen und Poliomyelitis im Besonderen zu verhindern und zu bekämpfen“. Auch wenn der Patient das Recht hat, eine Behandlung abzulehnen, ist dieses Recht „nicht absolut, insbesondere dann nicht, wenn die vorgeschriebene Behandlung durch den Berufspraktiker auf Überlegungen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit beruhe, die Bestandteil der öffentlichen Ordnung sei. (...) Die Pflichtimpfung gegen Poliomyelitis sei eingeführt worden, um die Ausbreitung einer sehr ansteckenden Krankheit, die schlimme Lähmungen verursachen könne und gegen die es keine Behandlung gebe, zu verhindern und um sich darüber hinaus an der weltweiten Kampagne zur Ausrottung dieser Krankheit zu beteiligen. (...) Das Gesundheitsgesetz und der entsprechende Ausführungserlass vom 22. Oktober 1966 schützten mit diesen Maßnahmen also ein allgemeines Interesse, das - obwohl es übrigens den Einzelnen genauso schütze, indem es die Ausbreitung des Virus verhindere (...) - Vorrang vor dem besonderen Interesse des Patienten haben müsse (...).“

Der Entscheid zitiert einen Bericht des Hohen Gesundheitsrates aus dem Jahr 2009 und die Internetseite der Weltgesundheitsorganisation (WHO), aus der hervorgeht, dass es „nach den jüngsten epidemiologischen Daten notwendig sei, eine ausgezeichnete Impfabdeckung gegen Poliomyelitis aufrechtzuerhalten, selbst in Ländern, in denen es die Kinderlähmung schon lange nicht mehr gebe“ und dass „trotz der erzielten Fortschritte (...) alle Kinder aus allen Ländern weiterhin Gefahr liefen, die Krankheit zu bekommen, solange nur ein Kind von der Kinderlähmung angesteckt werde, da das Poliovirus leicht in ein Land importiert werden könne, in dem die

²⁶ Gent, 20. März 1996, *R.W.*, 1996-97, S. 1257, Fußnote Lemmens, *Rev. Dr. Santé*, 1996-97, S. 35.

²⁷ Siehe Mouton, A., « L'obligation vaccinale : quelques enjeux du débat », *JDJ*, n° 315, Mai 2012, S. 28.

Kinderlähmung nicht mehr vorkomme, und sich dann schnell in der nichtimmunisierten Bevölkerung ausbreite. Ein Scheitern bei der Ausrottung der Krankheit könne innerhalb von 10 Jahren weltweit zu mehr als 200.000 neuen Poliofällen führen“. Der Appellationshof urteilte, „die Impfpflicht sei aus Sicht der Sorge um den Schutz der öffentlichen Gesundheit noch immer gerechtfertigt, und die Entscheidung der belgischen Behörden, die Pflichtimpfung beizubehalten, sei daher nicht unverhältnismäßig (...). Auch wenn die Pflichtimpfung ein Eingriff in das Privatleben sei, sei sie durch eine gesetzliche Bestimmung eingeführt worden und entspreche auf verhältnismäßige Weise einer legitimen Zielsetzung, nämlich dem Gesundheitsschutz der Bevölkerung im Allgemeinen. (...) Sie stelle deshalb keine gesetzwidrige oder willkürliche Einmischung in das Privatleben des Kindes dar²⁸ und verletze kein einziges der übrigen internationalen Übereinkommen, die die Beschuldigten angeführt hätten.“

Am 18. Dezember 2013 hat sich der Kassationshof zur Kassationsberufung der Eltern geäußert. Der Kassationshof weist die Berufungsklage unter anderem aus folgenden Gründen ab: Der Königliche Erlass wurde in Ausführung des Gesundheitsgesetzes vom 1. September 1945 gefasst; eine Impfung ist eine vorbeugende Maßnahme im Sinne dieses Gesetzes, auch wenn sie darin nicht ausdrücklich erwähnt wird. Übrigens bezweckt das Gesetz vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten nicht dasselbe wie das Gesundheitsgesetz: Ersteres schützt den Patienten in seiner Beziehung zum Arzt, die zweite Bestimmung sieht die Möglichkeit vor, eine Behandlung vorzuschreiben, um die öffentliche Gesundheit sicherzustellen. Zwischen diesen zwei Gesetzen kann also kein Widerspruch bestehen. Das Recht auf ein Privat- und Familienleben ist übrigens nicht absolut: Es kann unter Einhaltung der in Art. 8.2 der Europäischen Menschenrechtskonvention genannten Bedingungen eingeschränkt werden. *In casu* stellt die Einführung einer Pflichtimpfung gegen Poliomyelitis eine zulässige Einschränkung dar, da sie verhältnismäßig ist und der legitimen Zielsetzung des Schutzes der öffentlichen Gesundheit entspricht.

Verstößt eine Impfung gegen das Recht auf ein Privat- und Familienleben (Art. 8 EKMR)?

Ein Entscheid des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte vom 15. März 2012 befasst sich im folgenden Fall mit dieser Frage. Eine geimpfte Person behauptet, die Impfung sei für eine Reihe von Krankheiten verantwortlich, an denen sie leide, und meint, sie habe dadurch einen Schaden erlitten. Sie behauptet auch, dass medizinische Fehler begangen worden sind: Die Ärzte hätten sich nicht um die medizinischen Kontraindikationen gekümmert, und der Impfstoff sei mangelhaft gewesen. Der Gerichtshof urteilte, die Achtung der körperlichen Unversehrtheit sei Teil des Rechts auf ein Privat- und Familienleben: Eine Impfung sei daher eine Einmischung. *In casu* war diese Einmischung jedoch im Gesetz vorgesehen; es wurde ein legitimes Ziel angestrebt, nämlich der Schutz der Gesundheit, und sie war notwendig in einer demokratischen Gesellschaft.

4.4. Haftung und Verantwortung

Da es sich um eine Pflichtimpfung handelt, stellt sich die Frage, wer für die schädlichen Nebenwirkungen bei der geimpften Person aufkommt. Je nach Fall können strafrechtliche

²⁸ Kass. 1. Oktober 1997, J.L.M.B. 1998, S. 796

Bestimmungen und zivilrechtliche verschuldensabhängige und verschuldensunabhängige Bestimmungen zur Anwendung kommen.

Wenn von Verschulden die Rede ist, das derjenige nachweisen muss, dem der Impfstoff verabreicht wurde, unterscheiden wir zwei Möglichkeiten:

- entweder ein Verschulden der Behörde, die die Impfung angeordnet hat, ohne die erforderliche Vorsicht an den Tag gelegt zu haben,
- oder ein Verschulden beim Verabreichen des Impfstoffs durch den Berufspraktiker.

Ferner hat derjenige, dem der Impfstoff verabreicht wurde, den kausalen Zusammenhang zwischen diesem Fehler und dem von ihm erlittenen Schaden zu beweisen.

Bei einer verschuldensunabhängigen Schadensregelung kann sich die benachteiligte Person auf das Gesetz vom 31. Januar 2010 über Entschädigungsleistungen bei Schäden im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung berufen. Diese greifen ab einem bestimmten Schadensbetrag. Der medizinische Zwischenfall darf nicht auf den Zustand des Patienten zurückzuführen sein und muss dem Patienten einen anormalen Schaden zufügen. Ein Schaden ist anormal, wenn er angesichts des heutigen Standes der Wissenschaft, des Zustands des Patienten und dessen objektiv vorhersehbarer Entwicklung nicht hätte eintreten müssen.

Andererseits kann sich diese Person auf das Gesetz vom 25. Februar 1991 über die Haftung für mangelhafte Produkte berufen, insofern sie den Mangel am Impfstoff und den Zusammenhang zwischen diesem Mangel und dem von ihr erlittenen Schaden beweisen kann.

Schließlich kann der Staatsrat, nach Billigkeit urteilend, eine Entschädigung für außergewöhnliche Schäden gewähren, die von einer Verwaltungsbehörde zugefügt wurden (Art. 11 der koordinierten Gesetzgebung über den Staatsrat). Dies belegt ein Entscheid des Kassationshofes vom 28. November 1997 über eine Pflichtimpfung und einen ernsthaften außergewöhnlichen Schaden, der nicht auf der Grundlage einer verschuldensabhängigen Haftung wiedergutmachtet wurde²⁹.

4.5. Schlussbetrachtungen

Die obige Übersicht zeigt, dass sich die einzelnen Behörden in diesem Bereich mit umfassenden Regelungen ausgestattet haben. Die Absicht war stets, die Pflichtimpfung auf ansteckende Krankheiten zu begrenzen, für die es keine Behandlung gibt, zum Beispiel Kinderlähmung, und zwar aus der Überlegung heraus, die öffentliche Gesundheit zu schützen. Obligatorische Maßnahmen müssen eine gesetzliche Grundlage haben und können nicht der ausführenden Gewalt überlassen werden. Sie müssen ferner regelmäßig nach dem letzten wissenschaftlichen Stand der epidemiologischen Daten überprüft werden, damit sie angemessen zur öffentlichen Gesundheit beitragen können. Wenn es um eine obligatorische oder eine von den Behörden empfohlene Maßnahme geht, ist es ratsam, dass der Gesetzgeber die Entschädigung für schädliche Nebenwirkungen besser regelt. Wenn die Gesellschaft meint, sie müsse sich mit einer Impfung schützen, ist es aus Gerechtigkeits- und Solidaritätserwägungen logisch, dass sie auch

²⁹ *Pas.* 1997, S. 1251 eff.

die Entschädigung auf sich nimmt, wenn eines ihrer Mitglieder infolge einer unerwünschten Nebenwirkung zu Schaden kommt. Ein besonderes Schadenersatzsystem wäre hier zu begrüßen.

5. Ethische Betrachtungen

5.1. Worum geht es bei ethischen Überlegungen?

Folgende Überlegungen beziehen sich auf die vier gestellten Fragen, die den obligatorischen Charakter bestimmter Impfungen in ganz bestimmten Umständen untersuchen. Die Instanzen, die eine Verpflichtung auferlegen könnten, kommen entweder aus dem öffentlichen oder aus dem privaten Sektor.

Zusammengefasst kann die aufgeworfene Problematik so verstanden werden, dass eine Antwort auf die Frage erwartet wird, in welchem Maße das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen und sein Recht auf körperliche Unversehrtheit vor einem vermeintlichen kollektiven Interesse weichen müssen. Dabei darf auch die Problematik der Minderjährigen, insbesondere der Kinder in jungem Alter, nicht aus den Augen verloren werden. Die Entscheidungen, ob geimpft wird oder nicht, treffen grundsätzlich ihre Eltern für sie.

5.2. Individuum und Gemeinschaft

Eine Gesellschaft lässt sich auf sehr unterschiedliche Weise organisieren: Entweder hat man es mit totalitären Regimen zu tun, die die individuelle Freiheit massiv einschränken, oder mit diametral entgegengesetzten libertären Strukturen, die maximale individuelle Freiheit garantieren und die Einmischung der Behörden auf ein Minimum begrenzen. Zwischen beiden Extremen gibt es verschiedene Mischformen, die dem Einzelnen bzw. der Gemeinschaft mehr oder weniger Vorrang geben. Abhängig von der Gesellschaftsstruktur besteht also die Wahl zwischen verschiedenen Modellen. In der Gesundheitsvorsorge und in der Präventivmedizin gibt es mehrere Unmittelbarkeitsstufen, die die Wahlfreiheit des Einzelnen mehr oder weniger einschränken. In diesem Zusammenhang kann auf die Interventionsleiter des Nuffield Council in Bioethics verwiesen werden.

Interventionsleiter des Nuffield Council in Bioethics³⁰

- *mache jede Wahl unmöglich*: Die Regelung macht jegliche Wahl vollkommen unmöglich;
- *schränke die Wahl ein*: Die Regelung schränkt die Wahlmöglichkeiten der Menschen ein;
- *steuere die Wahl durch negative Anreize*: Finanzielle Schwellen oder sonstige negative Anreize raten den Menschen davon ab, sich für bestimmte Sachen zu entscheiden;
- *steuere die Wahl durch positive Anreize*: Finanzielle Schwellen oder sonstige negative Anreize ermutigen die Menschen, sich für bestimmte Sachen zu entscheiden;
- *steuere die Wahl durch Änderung des Standards (Default-Option)*: machen Sie die bessere/gesündere Wahl zur Default-Option;

³⁰ <http://nuffieldbioethics.org/report/public-health-2/policy-process-practice>.

- *ermögliche die Wahl*: Hilf den Menschen, ihr Verhalten zu ändern;
- *gib Informationen*: Informiere die Menschen und erziehe sie;
- *tue nichts* oder überwache die bestehende Situation.

Die Entscheidungsmöglichkeiten, die die Interventionsleiter für Impfungen vorsieht, reichen von der Pflichtimpfung über die optionale Impfung *mit Anreizen* bis zur absolut freien Entscheidung der betreffenden Personen, sich impfen oder sich nicht impfen zu lassen, ohne Versuch, diese Entscheidung zu beeinflussen.

Die westlichen Demokratien legen Wert auf die Achtung der körperlichen Unversehrtheit der Person. Diese Position spiegelt sich wider in der Auflage der Einwilligung nach Aufklärung (*informed consent*), die eng mit der obengenannten Unversehrtheit verknüpft ist, um die es bei einer Pflichtimpfung geht. Das obengenannte Prinzip ist jedoch nicht absolut. In ganz bestimmten Fällen kann es notwendig sein, eine Impfung zur Pflicht zu machen, um die Gefahr einer ernsthaften Krankheit abzuwenden.

5.3. Die Folgen von Infektionskrankheiten und Impfungen

Infektionskrankheiten haben bedeutende Auswirkungen auf die Krankheitsanfälligkeit und die Sterblichkeit auf der Welt. Die Impfung ist eines von vielen bedeutenden Instrumenten zur Verhinderung dieser Infektionskrankheiten. Ihr allgemeines Interesse kann nicht geleugnet werden. Daher entstehen Diskussionen über die Rolle, die Behörden bei der Entwicklung, Förderung und Überwachung von Impfstoffen spielen müssen.

Das Ziel eines Impfprogramms muss grundsätzlich darin bestehen, die Vorteile von Impfungen bei der Vorbeugung gegen die Krankheitsanfälligkeit und die Sterblichkeit in allen Bevölkerungsgruppen zu maximieren und gleichzeitig die potentiellen Risiken der Impfstoffe nach den positiven und negativen Auswirkungen zu beurteilen. Wissend, dass ein medizinischer Eingriff immer mit einem Risiko verbunden ist, darf in diesem Zusammenhang nicht aus den Augen verloren werden, dass das Komplikationsrisiko bei der *therapeutischen* Versorgung einer kranken Person besser akzeptiert wird als bei einer *präventiven* Versorgung, zum Beispiel bei einer Impfung.

Im letzteren Fall wird einer gesunden Person im Rahmen eines Präventionsprogramms ein Wirkstoff injiziert, der die geimpfte Person in der Regel gegen die zu bekämpfende Krankheit schützt. In äußerst seltenen Fällen könnte die Injektion auch negative Auswirkungen haben (weniger gut akzeptiertes Risiko). Diese negativen Auswirkungen sind bei den meisten geläufigen Impfstoffen sehr begrenzt. Es kommt vor, dass negative Auswirkungen in bestimmten philosophischen Kreisen übertrieben werden, manchmal mit unlauteren Absichten. Ein Beispiel hierfür ist die Täuschung durch falsche Angaben sprich der Betrug in der Zeitschrift The Lancet im Jahre 1998 durch Andrew Wakefield, der einen Zusammenhang zwischen der Verabreichung des Impfstoffes gegen Masern, Mumps und Röteln und Autismus hergestellt hatte. Diese Veröffentlichung hat das Misstrauen gegenüber bestimmten Impfstoffen für Kleinkinder angestachelt. Erst nach gut zehn Jahren wurde der Betrug nachgewiesen: Besagte Zeitschrift wurde

verklagt und später vom Markt genommen. Es ist jedoch sehr mühsam, falsche Vorstellungen, die sich dadurch beim Gesundheitspersonal festgesetzt haben, wieder zu zerstreuen.

Wichtig ist schließlich auch, das Gesundheitsgefälle zum Nachteil der sozialwirtschaftlich schwächeren Gesellschaftsgruppen abzubauen.

5.4. Nützlichkeit von Impfungen

Der gesellschaftliche Nutzen der Impfung hängt davon ab, welche Infektionskrankheit verhindert oder in ihrer Ausbreitung gestoppt werden soll, welche Zielgruppen erreicht werden sollen, wie wirksam der verfügbare Impfstoff ist und welches potentielle Risiko damit verbunden ist. Ferner ist zu berücksichtigen, ob die Impfung unmittelbar eine präventive Wirkung für die geimpfte Person selbst oder für diese Person und ihr Umfeld hat (z.B. Grippeimpfung für Personen, die in der Gesundheitsvorsorge arbeiten) oder ob ihr Ziel mehr allgemein die Immunität der Bevölkerung ist (*herd immunity*), z.B. die Immunität der gesamten Bevölkerung eines Landes gegen eine bestimmte Infektionskrankheit. Selbst die weltweite Ausrottung einer sehr schlimmen Krankheit wie Kinderlähmung oder Pocken kann das Ziel sein.

5.5. Schutz der Einzelperson und/oder Schutz der Mitmenschen

Eine Impfung kann in bestimmten Umständen nicht nur nützlich, sondern auch notwendig sein. An gewissen Arbeitsplätzen kann eine Tetanusimpfung unerlässlich sein. Gleiches gilt für Reisende, die bestimmte tropische Länder besuchen: Sie müssen gegen Gelbfieber (Virusübertragung durch bestimmte Mücken) geimpft werden.

Andere Impfungen finden im Rahmen von Pandemien oder lokalen Epidemien statt.

Routineimpfprogramme können drei verschiedene Ziele verfolgen:

- Die erste Zielsetzung lautet: Schutz des Einzelnen durch die Impfung einer größtmöglichen Anzahl von Personen. Es geht hier um die Impfungen, die in der Regel Kindern früh verabreicht werden;
- an zweiter Stelle kann der Schutz der anfälligen Gruppen genannt werden. Dies ist zum Beispiel der Fall bei der jährlichen Grippeimpfung für das Gesundheitspersonal, das mit anfälligen Personen wie Senioren oder immungeschwächten Person in Berührung kommt.
- als drittes Ziel kann die Immunisierung einer Bevölkerung angestrebt werden. Diese sogenannte Bevölkerungsimmunität wirkt sich so aus, dass es zu keiner Ansteckung durch eine bestimmte Infektionskrankheit kommt, wenn eine infizierte Person mit Personen in Berührung kommt, die bereits immun sind, vorausgesetzt 80 bis 90% der Bevölkerung sind gegen diese Krankheit geimpft. Dies kann zur Ausrottung des Krankheitserregers führen (z.B. Poliomyelitis).

Daher ist dem allgemeinen Interesse mit der Impfung gedient. Diese spielt nicht nur eine bedeutende Rolle beim Schutz des Einzelnen, sondern auch bei der Verhinderung der Ausbreitung innerhalb einer Bevölkerung und beim Abbau des Gesundheitsgefälles zwischen der Durchschnittsbevölkerung und schwächeren Gruppen innerhalb der Gesellschaft.

5.6. Vorteile und Risiken einer Impfung: Bewertung

Wie bereits oben erwähnt, sind medizinische Handlungen immer mit Risiken verbunden. Deshalb ist zwischen den Vorteilen einer bestimmten Impfung und den daraus eventuell entstehenden Risiken abzuwägen. Diese Abwägung ist noch wichtiger, je nachdem wie die Behörden mit Impfungen umgehen: Handelt es sich um eine Pflichtimpfung? Ist ein Informationsprogramm vorgesehen, das die Bürger auffordert, sich selbst oder ihre Kinder gegen bestimmte Krankheiten impfen zu lassen? Oder unternehmen die Behörden hier nichts?

Bei einem von den Behörden unterstützten Impfprogramm ist es sehr wichtig, dass sie für eine ehrliche und ausführliche Information sorgen, die über den Nutzen einer bestimmten Impfung und ihre möglichen negativen Folgen aufklärt. Wichtig ist dabei auch, dass kommerzielle Einflüsse vollständig unterbunden werden.

Wenn die Behörden eine Impfung vorschreiben oder stark empfehlen, müssten sie auch den Schaden bei eventuelle Nebenwirkungen ersetzen.

Es kann sein, dass bestimmte Personen die Impfung ablehnen, weil sie wissen, dass es bei einer hohen Impfabdeckung einer Gemeinschaft wenig wahrscheinlich ist, dass sie den Krankheitserreger fangen, und dass eine Impfung ihnen persönlich also wenig von Nutzen ist. Diese Haltung ist aus ethischer Sicht problematisch, da die betreffende Person direkt und automatisch von diesem Schutz profitiert, aber sich weigert, selber zum Schutz anderer beizutragen. Sollte eine umfangreiche Gruppe diesem Beispiel folgen, würde der bevölkerungsweite Immunitätseffekt verlorengehen, was sowohl für den Einzelnen als für die Gemeinschaft allerlei Folgen haben würde.

Schlussfolgernd ist festzuhalten, dass mehrere, unterschiedliche Gegebenheiten bei der Beurteilung der Vorteile und der potentiellen Risiken eines Impfstoffs gegeneinander abgewogen werden müssen, ehe eine Impfkampagne gestartet wird.

5.7. Der Umgang der Behörden mit Impfungen

Bemerkung: Dieser Abschnitt orientiert sich maßgeblich am Bericht „Public health: ethical issues“³¹ des Nuffield Council on Bioethics, der auf die Situation in Belgien übertragen wurde.

Die Haltung der Behörden gegenüber einer bestimmten Impfung kann laut diesem Bericht dreierlei Art sein:

³¹ <http://nuffieldbioethics.org/project/public-health>

- 1) die Pflichtimpfung³²: Die Impfung ist Pflicht, für den Einzelnen oder für seine Kinder, es sei denn, eine gesetzlich vorgesehene Ausnahme kommt für ihn in Frage; ein Verstoß gegen diese Pflicht wird bestraft;
- 2) fakultative Impfung mit *Anreizen*: Die Impfung ist nicht vorgeschrieben; wer an dem Impfprogramm teilnimmt, bekommt eine – meist finanzielle – Belohnung;
- 3) freiwillige Impfung: Die Impfung ist fakultativ, ob man daran teilnimmt oder nicht, wird weder belohnt noch bestraft.

5.7.1 Auswirkungen einer Pflichtimpfung

Aus dem obengenannten Bericht geht hervor, was keine Überraschung ist, dass die Impfbedeckung bei Pflichtimpfungen meistens größer ist als bei fakultativen Impfungen, wengleich das nicht notwendigerweise bedeutet, dass Pflichtimpfprogramme effizienter sind als freiwillige: So stellt man fest, dass einige der höchsten Abdeckungen in Europa durch freiwillige Impfprogramme erreicht werden.

Aus pragmatischer Sicht führt eine Pflichtimpfung deshalb nicht unbedingt zu besseren Ergebnissen.

Pflichtimpfprogramme haben manchmal den negativen Effekt, dass die Überwachung (*uptake*) der fakultativen Impfungen schlechter ist (Beispiel Frankreich). Dort, wo die Impfung Bedingung für die Einschreibung in einer Schule ist, kann dies dazu führen, dass man seine Kinder kurz vor dem Schulalter impfen lässt – und nicht zum empfohlenen Zeitpunkt. Ferner stellt sich die Frage der Rechtmäßigkeit von Strafen bei Nichtimpfung: Treffen Geldstrafen oder der Ausschluss von der Schule nicht unverhältnismäßig die niedrigeren Einkommensschichten?

Selbst wenn eine gesetzliche Verpflichtung mit den besten Absichten auferlegt wird, kann sie bei einem Teil der Bevölkerung Misstrauen oder eine feindselige Haltung gegenüber den Behörden hervorrufen.

Aus ethischer Sicht gerät eine gesetzliche Verpflichtung auch in Konflikt mit Werten wie Selbstbestimmung und Autonomie, die in unserer Gesellschaft hochgehalten werden. Trotzdem kann eine Verpflichtung in besonderen Umständen ethisch vertretbar sein, wenn dies die einzige Möglichkeit zu sein scheint, das allgemeine Interesse oder das Interesse anfälliger Personen zu wahren.

³² In dem Nuffield-Bericht wird der Ausdruck « quasi-mandatory programmes » (Quasi-Pflichtprogramme) verwendet, um den Unterschied zur Formulierung « to force individuals to be vaccinated » (Einzelpersonen zwingen, sich impfen zu lassen) zu verdeutlichen, die wahrscheinlich Impfung *manu militari* bedeutet ...

5.7.2. Fakultative Impfungen mit *Anreizen*

Internationale Studien zeigen, dass der Einsatz von Anreizen positiven Einfluss auf die Einhaltung des Impfprogramms hat, wenngleich die Kosteneffizienz unterschiedlich ist. Anreize von geringem Wert bereiten ethisch gesehen weniger Probleme, im Gegensatz zu bedeutenden finanziellen Anreizen, bei denen sich die Frage stellt, ob die Zustimmung dann nicht „gekauft“ ist, m.a.W.: Gehen Leute dann kein Risiko ein, das sie sonst nicht eingegangen wären?

Der Ausschluss nichtgeimpfter Kinder aus einem Kinderhort oder einer Schule kann als negativer Anreiz betrachtet werden. Die Entscheidung, sein Kind nicht zu impfen, hat dann weitreichende praktische Folgen.

Das Anbieten von Anreizen ist ethisch vertretbar, weil ein Anreiz als Belohnung für den Beitrag zur Gesundheit von Mitmenschen betrachtet werden kann; ein negativer Aspekt ist, dass es die altruistischen Beweggründe für den Beitrag zum Allgemeininteresse zu verdrängen droht³³.

Leichtere Formen von Anreizen werden öfter benutzt. Im Englischen werden sie „nudges“ genannt: „Schubser“ in den Rücken, sich impfen zu lassen. Die praktische Organisation der Impfpolitik ist vielseitig: kostenlose Bereitstellung von Impfstoffen, eine Kampagne, bei der der Impfstoff sozusagen automatisch verabreicht wird (außer bei aktiver Ablehnung), die Überreichung einer Süßigkeit oder eines kleinen Geschenks nach der Impfung. Es geht darum, die Impfung attraktiver zu machen und sie als Standardoption gelten zu lassen.

Dem kann entgegengehalten werden, dass diese Strategie als Manipulation ausgelegt werden kann und bei Impfgegnern zu Komplotttheorien führen kann³⁴.

5.7.3. Freiwillige Impfung gegen Pflichtimpfung

Befürworter der vollständigen freiwilligen Impfung sind dies meistens, weil sie individuelle Autonomie und Zustimmung nach Aufklärung hochhalten (man darf niemanden zwingen, ein Risiko einzugehen, und sei es noch so klein). Man darf jedoch nicht aus den Augen verlieren, dass die individuelle Entscheidung, sich impfen oder sich nicht impfen zu lassen, in der öffentlichen Gesundheitsvorsorge auch Auswirkungen auf die gesamte Bevölkerung hat.

Befürworter der Pflichtimpfung verweisen daher eher auf den daraus entstehenden Schutz für die Bevölkerung als Ganzes. Pflichtimpfungen können sogar angezeigt sein, wenn die bevölkerungsübergreifende Immunität nicht das Ziel ist. Als Argument für die Pflichtimpfung von Gesundheitspraktikern gegen ernsthafte Krankheiten kann der Grundsatz der Schadensverhütung nach J.S. Mills und des Schutzes der Gemeinschaft angeführt werden, da sie sonst ihre Patienten

³³ Luyten, J., *Billijkheid, Efficiëntie en Volksgezondheid – Studies in de Ethiek en Economie van een Vaccinatiebeleid* – Proefschrift voorgelegd tot het behalen van de gedeelde graad van doctor in de Medische Wetenschappen aan de Universiteit Antwerpen en doctor in de Wijsbegeerte aan de Katholieke Universiteit Leuven – Antwerpen – Mai 2014, Kapitel 3 (siehe <https://www.uantwerpen.be/nl/personeel/jeroen-luyten/publicaties/>).

³⁴ Ibidem

anzustecken drohen. Eine wichtige Überlegung diesbezüglich ist ferner die Bedeutung ihrer Rolle beim Kampf gegen eine eventuelle Epidemie.

Aus klassischer liberaler Sicht hat sich die Gesundheitspolitik immer für die Maßnahme zu entscheiden, die die individuelle Freiheit am wenigsten beschneidet. Zwingendere Impfprogramme, die mehr tun als informieren und ermuntern (siehe die Nuffield Council Interventionsleiter) können jedoch ethisch vertretbar sein, weil sie das Risiko oder den Schaden für Dritte verringern oder die Gesundheit von Kindern und anfälligen Personen schützen. Hier ist immer von Fall zu Fall vorzugehen, wobei folgende Faktoren zu berücksichtigen sind:

- 1) die Abwägung des Impfrisikos im Vergleich zu dem Risiko, die Krankheit selbst zu bekommen;
- 2) der Ernst der Krankheitsgefahr für die Bevölkerung.

Der Nuffield Council-Bericht nennt bereits zwei Fälle, in denen eine Pflichtimpfung angezeigt sein kann:

- 1) bei ernsthaften, sehr ansteckenden Krankheiten wie Pocken,
- 2) bei ernsthaften Krankheiten, die kurz vor der Ausrottung stehen (z.B. Poliomyelitis).

Schwieriger ist es bei Krankheiten, gegen die die gesamte Bevölkerung idealerweise geimpft werden müsste, um eine Bevölkerungsimmunität zu erreichen, die aber keine ernsthafte Bedrohung für einen Teil der Geimpften darstellt, sodass diese auch keinen wesentlichen Vorteil davon haben. Beispiele hierfür sind die Impfung von Jungen gegen Röteln oder das humane Papillomavirus (HPV) und von Mädchen gegen Mumps. Wenn jeder in diesen Fällen nur an sein Eigeninteresse denken würde, hätte die Prävention kaum oder überhaupt keine Erfolgschance.

Der Nuffield Council-Bericht schlussfolgert, es sei ethisch vertretbar, Einzelpersonen zur Teilnahme an Impfprogrammen zu ermutigen, wenn kein oder nur ein geringer persönlicher Vorteil, aber ein bedeutender Vorteil für andere damit verbunden sei.

5.74. Impfung bei Kindern

Der Bericht mahnt auch eine besondere Aufmerksamkeit für Kinder an, weil eine Zustimmung nach ausführlicher Aufklärung bei ihnen nicht möglich ist. Nur eine kleine Anzahl Kinder darf aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden. Für alle anderen Kinder entscheiden die Eltern an deren Stelle, ob sie geimpft werden oder nicht. Man darf davon ausgehen, dass sie sich bei ihrer Entscheidung von den Interessen des Kindes (*best interest considerations*) werden leiten lassen. Tun sie dies nicht, so dürfen die Behörden in Ausnahmefällen eingreifen, um die Gesundheit der Kinder zu gewährleisten.

Diese *Best-Interest*-Regel ist in bestimmten Situationen manchmal schwer anzuwenden, besonders in Fällen, in denen Bevölkerungsimmunität besteht, sodass der zusätzliche Vorteil einer Impfung für das Kind sehr klein ist, da es sowieso durch die Bevölkerungsimmunität geschützt wird. Andererseits hat die Gemeinschaft ein Interesse daran, dass jeder zur Aufrechterhaltung der Bevölkerungsimmunität beiträgt. Der Bericht empfiehlt daher, der Best-Interest-Ansatz solle nicht

nur die Gesundheitsprobleme des Einzelnen, sondern auch den breiteren Kontext der öffentlichen Gesundheit berücksichtigen; darum sei es im Sinne des Gemeinschaftsinteresses angebracht, die Eltern dazu aufzurufen, ihre Kinder impfen zu lassen.

Der Nuffield Council-Bericht schlussfolgert, 2007 habe es im Vereinigten Königreich nicht genügend Gründe gegeben, um bei den Routineimpfungen von Kindern von der freiwilligen Impfung auf die fakultative Impfung mit Anreizen oder die Pflichtimpfung umzusteigen.

5.8. Verantwortung von Eltern, Behörden und Privatpersonen

Zweifellos haben die Eltern und gegebenenfalls die Personen, die an ihrer Stelle für die Kinder verantwortlich sind, den Auftrag, sie zu beschützen. Dies folgt nicht nur aus dem Übereinkommen über die Rechte des Kindes, sondern auch aus einem allgemeinen ethischen Grundsatz.

Obschon die Eltern oft widersprüchliche Informationen erhalten, sind sie moralisch verpflichtet, ihre Haltung gegenüber Impfungen auf rationale Gründe zu stützen. Dabei ist es wichtig zu begreifen, dass der Nutzen und selbst die Notwendigkeit, Kinder gegen bestimmte Krankheiten zu impfen, wissenschaftlich bewiesen ist.

Obschon viele bakterielle Infektionen mit antibakteriellen Agenzien (Antibiotika) behandelt werden können, ist es – wie in der Einleitung bereits hervorgehoben – angebracht, bakterielle Infektionen so weit wie möglich durch Impfungen zu verhindern. Bestimmte Infektionen können sich sehr schnell verschlimmern. Außerdem wird die Resistenz gegen Antibiotika zunehmend zu einem größeren Problem. Antibiotika können auch unangenehme Nebenwirkungen haben.

Auch gegen bestimmte Viren wurden in den letzten Jahren besondere antivirale Mittel entwickelt (zum Beispiel gegen HIV, Hepatitis C, Hepatitis B, ...). Diese antiviralen Mittel sind leider nicht immer sehr effizient, und sie müssen lange (oder ständig) eingenommen werden. Sie sind oft auch sehr teuer und können Nebenwirkungen haben. Für viele virale Infektionen mit potentiell schlimmem Verlauf, gegen die es eine effiziente Impfung gibt, ist außerdem keine antivirale Behandlung verfügbar (Poliomyelitis, Masern).

Es ist daher sinnvoll, dass die Behörden eingreifen können, wenn Eltern sich weigern, ihr Kind vorbeugend gegen bestimmte sehr schlimme Krankheiten impfen zu lassen, die nicht nur ihre eigenen Kinder befallen, sondern auch andere Kinder anstecken können, zum Beispiel Kinderlähmung.

Aus dieser Sicht ist es auch vertretbar, dass entweder die zuständige Behörde, insofern sie die Kinderkrippen beaufsichtigt oder diese selbst betreibt, oder die Privatpersonen, die mit der erforderlichen gesetzlichen Genehmigung für ihre eigene Kinderkrippe verantwortlich sind, den Kindern den Zugang zur Krippe vorbehalten, die bestimmte Impfungen erhalten haben.

Natürlich laufen nichtgeimpfte Kinder, die sich in einer Umgebung mit hoher Impfabdeckung aufhalten, wenig Gefahr, sich anzustecken; dies ist aber kein ausreichender Grund, sie nicht am Erhalt dieses Schutzniveaus teilnehmen zu lassen. Es ist ethisch nicht zumutbar, dass jemand die

Früchte eines Systems erntet, ohne selbst dazu beizutragen. Ausnahmen hiervon sind nur aus medizinischen Gründen zu akzeptieren.

Übrigens dürfen die Eltern von Kindern, die eine Kinderkrippe besuchen und wohl geimpft sind, vernünftigerweise erwarten, dass dies für alle dort verweilenden Kinder der Fall ist.

5.9. Vorläufige Schlussfolgerung

Obschon eine Impfung auf freiwilliger Basis vorzuziehen ist, eventuell zusammen mit einer ausführlichen Information der Öffentlichkeit über die Vorteile und die etwaigen Risiken bestimmter Impfstoffe, können die Behörden zur Verhinderung ernsthafter Infektionskrankheiten (z.B. Kinderlähmung) die Impfung zur Pflicht machen, auch bei Kindern.

Dies ändert nichts daran, dass die Behörden dafür zu sorgen haben, dass die in ihrem Zuständigkeitsbereich angebotenen Impfstoffe ständig auf ihre Wirksamkeit und Sicherheit geprüft werden müssen, wobei keine kommerziellen Interessen eine Rolle spielen dürfen.

6. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Ehe sie die 4 gestellten Fragen beantworten, weisen die Ausschussmitglieder darauf hin, dass nach wissenschaftlichen Kriterien sorgfältig abzuwägen ist zwischen dem Impfrisiko und dem Risiko, die Krankheit selber zu bekommen.

Ferner ist es wichtig, ein offenes Ohr für die Befürchtungen derjenigen zu haben, die eine Impfung ablehnen. Die Gesundheitspraktiker müssten die dazu notwendigen Instrumente erhalten.

Dazu muss eine Debatte in Gang gesetzt werden, die auf die Erfahrungen der Menschen und auf folgende Fragen eingeht:

- die Rechtfertigung und die Kohärenz der Impfprogramme, ihr Stellenwert im Vergleich zu den übrigen Gesundheitsmaßnahmen, die angestrebten Ziele und die Auswirkung auf das Wohlbefinden;
- das Wissen um die Hilfsstoffe, die zusammen mit dem Impfstoff injiziert werden;
- die Unabhängigkeit der wissenschaftlichen Referenzpersonen, wenn sie Empfehlungen aussprechen, und die Unabhängigkeit der Behörden gegenüber der pharmazeutischen Industrie, da Impfstoffe Produkte sind, die auf dem freien Markt vertrieben werden, um Profit zu machen.

Je mehr die Sorgen der Bevölkerung ernstgenommen werden, desto positiver wird diese auf den Appell an den Solidaritätssinn verantwortungsbewusster Bürger reagieren.

Frage 1: Ist es ethisch vertretbar, dass die Behörden bestimmte Impfungen vorschreiben?

Die Aufrechterhaltung der Impfabdeckung der Bevölkerung zum Wohle der öffentlichen Gesundheit ist eine Kernaufgabe der Behörden. Den Behörden stehen verschiedene Mittel zur Verfügung, um diesen Auftrag zu erfüllen. Als Erstes haben sie für eine gute Organisation der Impfpolitik (Zugänglichkeit, Bezahlbarkeit, Registrierung, ...) zu sorgen. Die Behörden können auch Initiativen ergreifen oder unterstützen, die die Bevölkerung dazu ermuntern, sich impfen zu lassen. Die Impfungszahlen in unserem Land zeigen, dass mit dieser Strategie sehr gute Ergebnisse erzielt werden (zumindest bei Kindern) und dass die Ausweitung der gesetzlichen Impfpflicht deshalb nicht notwendig und nicht angebracht ist. Die Impfabdeckung ist bei einer Reihe stark empfohlener Impfungen nicht viel niedriger als bei der gesetzlich vorgeschriebenen Impfung gegen Kinderlähmung.

Die Mitglieder des Beratenden Ausschusses sind jedoch der Meinung, dass die Behörden sehr wohl eine Impfpflicht beschließen können, wenn dafür ernsthafte Gründe bestehen. Solche Gründe könnten sein: ein Rückgang des Deckungsumfangs bei freiwilliger Impfung in bestimmten Bevölkerungsuntergruppen oder tatsächliche Anzeichen für eine ernsthafte Epidemie.

Wenn die Behörden die Initiative ergreifen, eine Impfung stark zu empfehlen oder sogar vorschreiben, müssen sie für korrekten Schadenersatz in den sehr seltenen Fällen sorgen, in denen diese Impfung ernsthafte unerwünschte Auswirkungen hat.

Frage 2: Ist es ethisch vertretbar, dass die Behörden nichtgeimpften Kindern den Zugang zu Kinderkrippen verweigern?

Die Mitglieder des Beratenden Ausschusses sind der Auffassung, dass die Motivierung und Ermunterung zur Impfung wichtiger sind als die Ahndung der Verweigerung des Zugangs zur Kinderkrippe.

Wenn jedoch wirklich ein Problem für die öffentliche Gesundheit zu entstehen droht, zum Beispiel durch eine zu geringe Impfabdeckung gegen eine ernsthafte Krankheit, gegen die ein wirksamer Schutz durch Impfung möglich ist, ist es nach Meinung der Mitglieder des Beratenden Ausschusses ethisch vertretbar, dass die Behörden diese Impfung als Voraussetzung für den Zugang zur Kinderkrippe vorschreiben, weil der Genuss der Vorteile der Impfung (sicher Kinderkrippen) von der Bereitschaft abhängig gemacht werden kann, aktiv zur Aufrechterhaltung dieses Systems beizutragen.

Frage 3: Ist es ethisch vertretbar, dass jemand sich weigert, sich impfen zu lassen?

Alles hängt von der Krankheit, vom Impfstoff und von den Umständen ab.

Eines der Ziele von Impfungen ist der Schutz der Person selbst gegen eine bestimmte Krankheit. In unserer Gesellschaft hat jeder die Möglichkeit, für sich selber abzuwägen, ob und in welchem Maße er von den präventiven medizinischen Interventionen Gebrauch machen möchte. Die Freiheit, sich nicht impfen zu lassen, ist ethisch vertretbar, und diese Freiheit wird obendrein durch das Gesetz über die Patientenrechte gesetzlich verankert. Daher steht es jedem

Erwachsenen frei, sich zum Beispiel gegen Tetanus impfen oder nicht impfen zu lassen. Die Folgen der Ablehnung der Impfung trägt übrigens nur der Betreffende selber.

Trotzdem wird diese Freiheit in bestimmten Umständen gesetzlich eingeschränkt. Bei bestimmten Reisen ist die Impfung gegen Gelbfieber Pflicht, und bestimmte Arbeitsverträge verlangen eine Impfung gegen Hepatitis B. Die Weigerung, sich impfen zu lassen, ist dann zwar ethisch vertretbar, wird aber unerwünschte praktische Folgen haben (nicht reisen können oder einen bestimmten Beruf nicht ausüben können).

Ein weiteres Impfungsziel ist der Schutz der Mitmenschen (unter anderem der kranken Mitbürger, der Patienten, der gesamten Gemeinschaft). Der Beitrag zu dieser Zielsetzung ist aus ethischer Sicht sehr wichtig.

Die Behörden können die Impfung gegen ernsthafte, sehr ansteckende Krankheiten, gegen die eine Impfung einen wirksamen Schutz bietet, zum Beispiel Kinderlähmung (siehe Antwort auf die erste Frage), nach sorgfältiger Überlegung vorschreiben. Die Erfüllung dieser Pflicht ist in den Augen der Mitglieder des Beratenden Ausschusses nicht nur eine rechtliche zwingende Pflicht eines jeden Bürgers, sondern auch eine ethische Pflicht zum Schutz der Mitbürger, die auch ohne gesetzlichen Zwang Bestand hat.

Dasselbe Denkmuster gilt für fakultative Impfungen, die andere schützen sollen. Für die Mitglieder des Beratenden Ausschusses ist es daher schwer verständlich – und wirft ethische Fragen auf –, dass sich nur ein kleiner Teil der Ärzte und des Pflegepersonals in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen jährlich gegen Grippe impfen lässt.

Frage 4: Ist es ethisch vertretbar, dass ein Vater oder ein Mutter sich weigert, sein/ihr Kind impfen zu lassen?

Auch hier hängt alles von der Krankheit, vom Impfstoff und von den Umständen ab.

Es ist ethisch unannehmbar, dass ein Elternteil seinem Kind eine Impfung vorenthält, die gegen eine ernsthafte, vermeidbare Krankheit wie Poliomyelitis oder Tetanus wirksam ist. Es ist jedoch ethisch vertretbar, die Impfung seines Kindes abzulehnen, wenn das Verhältnis zwischen dem Impfungs- und dem Krankheitsrisiko wissenschaftlich nicht ausschlaggebend ist.

Eltern müssen ihre Entscheidungen stets im Interesse des Kindes treffen, und es ist gesetzlich und ethisch nicht annehmbar, dass sie Entscheidungen treffen, die offensichtlich zum Nachteil ihres Kindes sind.

Was den Schutz anderer betrifft, gilt die Antwort auf die vorstehende dritte Frage.

Das Gutachten wurde im verkleinerten Ausschuss 2012/3bis vorbereitet, der wie folgt zusammengesetzt war:

Co-Vorsitzende	Co-Berichterstatter	Mitglieder	Vorstandsmitglieder
T. Locoge	E. De Groot	J. Fierens	M.-G. Pinsart
C. Van Geet	T. Locoge	V. Geenen	
	B. Toussaint	E. Heinen	
		A. Herchuelz	
		M. Hiele	
		J. Messinne	
		R. Rega	
		R. Rubens	
		N. Van Den Noortgate	

Mitglied des Sekretariatst

L. Dejager

Die Arbeitsunterlagen des verkleinerten Ausschusses 2012/3bis - Fragen, persönliche Eingaben der Ausschussmitglieder, Sitzungsprotokolle, eingesehene Dokumente - werden als Anlagen 2012/3bis im Dokumentationszentrum des Ausschusses aufbewahrt, wo sie eingesehen und kopiert werden können.

Dieses Gutachten finden Sie auf www.health.belgium.be/bioeth einsehbar.

ANHANG zum Gutachten nr. 64 vom 14. Dezember 2015

Regelungen der Gemeinschaften

1. Flämische Gemeinschaft

1.1. Dekret vom 1. Dezember 1998 über die Schülerbetreuungscentren (B.S. vom 10. April 1999)

Artikel 18

„Das Zentrum ergreift Initiativen, um die Gesundheit, das Wachstum und die Entwicklung der Schüler zu fördern, zu überwachen und zu erhalten. Dies beinhaltet neben dem multidisziplinären Ansatz, dass

1. (...)
2. *das Zentrum hinsichtlich der Schüler Maßnahmen trifft, um die Entstehung bestimmter ansteckender Krankheiten zu verhindern. Die Regierung legt diese Maßnahmen fest und verabschiedet das Impfschema;*
3. *das Zentrum hinsichtlich der Schüler und des Schulpersonals prophylaktische Maßnahmen trifft, um die Ausbreitung ansteckender Krankheiten zu verhindern. Die Regierung legt hierzu detailliertere Regeln fest.“*

1.2. Dekret vom 21. November 2003 über präventive Gesundheitspolitik (B.S. vom 3. Februar 2004)

Artikel 8

„Jeder Einzelne ist innerhalb des Zuständigkeitsbereichs dieses Dekretes individuell für seine eigene Gesundheit und - durch die Handlungen, die er freiwillig und bewusst vornimmt oder die er unterlässt - *auch für die Gesundheit seiner Mitmenschen* verantwortlich. Diese Verantwortung umfasst die Beachtung der Sicherheitsvorschriften, die Wahl eines gesunden Lebenswandels und die Ergreifung sonstiger *Vorsorgemaßnahmen, die machbar und wirksam sind, um Krankheiten und Leiden beim Menschen vorzubeugen.“*

Artikel 11

Jeder Einzelne ist verpflichtet, präventive Gesundheitsmaßnahmen über sich ergehen zu lassen, die notwendig sind, damit die Gesundheit anderer Menschen nicht gefährdet wird (...), wenn er:

1. sich auf dem Grundgebiet der Flämischen Region befindet und diese Maßnahme in der Flämischen Region von einer Partnerorganisation, einer Einrichtung mit lokalem Einsatzgebiet oder einem individuellen Gesundheitsdienstleister ergriffen wird;
2. a) sich auf dem Grundgebiet der zweisprachigen Region Brüssel-Hauptstadt befindet und diese Maßnahme im zweisprachigen Gebiet Brüssel-Hauptstadt von einer Einrichtung ergriffen wird, die wegen ihres Aufbaus als ausschließlich in den Zuständigkeitsbereich der Flämischen Gemeinschaft fallende Einrichtung zu betrachten ist, insofern er diese Einrichtung freiwillig in Anspruch genommen hat;
- b) sich auf dem Grundgebiet der zweisprachigen Region Brüssel-Hauptstadt befindet und diese Maßnahme in der zweisprachigen Region Brüssel-Hauptstadt von einem individuellen Gesundheitsanbieter ergriffen wird, der selbst freiwillig einem Verband beigetreten ist, der selbst so organisiert ist, dass eine Beziehung zur Flämischen Gemeinschaft sichtbar ist, insofern diese Person diesen individuellen Gesundheitsanbieter freiwillig in Anspruch genommen hat.“

Artikel 43

„§ 1. Um bestimmte Infektionen zu verhindern, erstellt die Flämische Regierung ein Impfschema, das die für die Bevölkerung empfohlenen Impfungen angibt, und informiert die Impfstellen und die Bevölkerung hierüber.

§ 2. Die Flämische Regierung ergreift Initiativen, um eine größtmögliche Impfabdeckung der Bevölkerung zu erreichen.

§ 3. Die Impfstellen müssen an einem von der Flämischen Regierung zu bestimmenden Registrierungssystem mitwirken.

§ 4. Die Flämische Regierung kann bestimmen, unter welchen Umständen andere Impfstoffe oder andere Impfzeitpunkte als die im Impfschema nach § 1 angegebenen Zeitpunkte empfohlen werden.“

1.3. Dekret vom 30. April 2004 zur Gründung der intern verselbstständigten Agentur mit Rechtspersönlichkeit „Kind en Gezin“ (B.S. vom 7. Juni 2004)

Artikel 7

§ 1. Zur Aufgabe der Agentur beim Aufbau der präventiven Gesundheitsunterstützung gehört auf jeden Fall:

1. die Information und Betreuung von Familien und angehenden Eltern über die Gesundheit, Entwicklung, Erziehung, Ernährung und Sicherheit von Kindern;
2. die Überwachung, Entdeckung und Meldung von Gefahren für die Gesundheit, Entwicklung und Erziehung von Kindern, unter anderem die Aufdeckung von Kindesmisshandlung und die Überwachung der Hör- und Sehfunktion;
3. *die Gesundheitsvorsorge beim Kleinkind, insbesondere die Förderung, Verabreichung und Nachverfolgung von Impfungen;*
4. die Unterstützung von Familien und angehenden Eltern bei besonderen Bedürfnissen in punkto Gesundheit, Entwicklung und Erziehung, darunter das Weinen, Schlafen und Essen und die Eltern-Kinder- Beziehung.“

(...)

1.4. Erlass der Flämischen Regierung vom 3. Juli 2009 zur Festlegung der operativen Ziele der Schülerbegleitzentren (B.S. vom 3. September 2009)

KAPITEL V. - Impfungen und prophylaktische Maßnahmen

Abschnitt I. - Allgemeine Bestimmungen

Artikel 41

Das Angebot der Gesundheitsvorsorge entspricht den strategischen Zielsetzungen in Artikel 18 des Dekretes vom 1. Dezember 1998 über die Schülerbegleitzentren.

Abschnitt II. - Impfungen

Artikel 42

Um die Entstehung bestimmter ansteckender Krankheiten zu verhindern, überwacht das Zentrum den Impfstatus aller betreuten Schüler. Der für die Gesundheit zuständige Flämische Minister bestimmt das Impfschema, von dem in Artikel 1 des Erlasses der Flämischen Regierung vom 18. März 2011 zur Ausführung von Artikel 43 § 1 des Dekretes vom 21. November 2003 über präventive Gesundheitspolitik und zur Abänderung des Erlasses der Flämischen Regierung vom 3. Juli 2009 zur Festlegung der operativen Ziele der Schülerbegleitzentren die Rede ist, was die Festlegung der prophylaktischen Maßnahmen betrifft; dieser Erlass dient dafür als Leitfaden und bestimmt, welchen Schülergruppen diese Impfungen verabreicht werden. Dies geschieht in Absprache mit den Zentrumsnetzwerken.

Artikel 43

Das Zentrum bietet die Impfstoffe aus dem Impfschema an und überprüft den Impfstatus der betreuten Schüler anhand einer allgemeinen oder gezielten Beratung. Die Betroffenen werden schriftlich über die Art und die Zielsetzungen der Impfung informiert. Das Zentrum verabreicht die Impfstoffe, vorausgesetzt, es hat die schriftliche Zustimmung dazu erhalten.

Artikel 44

Den Schülern, deren Impfstatus nicht dem festgelegten Impfschema entspricht bietet das Zentrum Impfstoffe an, möglicherweise zu anderen als den in Artikel 42 genannten Zeitpunkten.

Artikel 45

Das Zentrum strebt bei den von ihm betreuten Schülern eine Impfabdeckung von mindestens 95% an, um die vollständige Ausrottung bestimmter ansteckender Krankheiten zu erreichen.

Im Gegensatz zu ihrem französischsprachigen Pendant (siehe weiter unten) schreibt die Einrichtung Kind & Gezin nicht vor, dass Kinder unter 6 Jahren geimpft sein müssen, damit sie eine Kinderkrippe besuchen können, wenngleich sie dies ausdrücklich empfiehlt.³⁵

2. Französische Gemeinschaft

2.1. **Dekret vom 20. Dezember 2001 über die Gesundheitsförderung in den Schulen** (B.S. vom 17. Januar 2002)

Artikel 2

„Die Gesundheitsförderung in den Schulen besteht aus:

1. (...);
 2. der medizinischen Betreuung der Schüler, d.h. aus individuellen Untersuchungen und Impfungen nach den Angaben in Artikel 6;“
- (...)

Artikel 6

„§ 1. *Die vorgeschriebenen individuellen Untersuchungen der Schüler, die aus einer medizinischen Untersuchung und Nachbetreuung sowie aus Impfungen bestehen*, werden auf Empfehlung des in Kapitel IV erwähnten Ausschusses unter der Verantwortung des Arztes in den von der Regierung bestimmten Zeitabständen und Vorgehensweisen durchgeführt. Laut Artikel 3 Absatz 1 finden in einer vollständigen Schulperiode mindestens fünf und höchstens acht Untersuchungen statt.

§ 2. Die Regierung sieht besondere Maßnahmen für die Abfassung besonderer zusätzlicher Gesundheitsberichte über besondere oder unvorhersehbare Risiken oder über mehr Chancengleichheit in punkto Gesundheit vor.

§ 3. Die Regierung entscheidet über die Impfpolitik und bestimmt, welche Sorten Impfstoffe den Schülern kostenlos bereitgestellt werden und in welchem Alter oder in welchem Schuljahr ihnen dieser Impfstoff zu verabreichen ist.“

³⁵ Mouton, A., « L'obligation vaccinale : quelques enjeux du débat », *o.c.*, S. 29.

2.2. Dekret vom 17. Juli 2002 über die Reform des „Office de la Naissance et de l'Enfance“, abgekürzt « O.N.E. » (B.S. vom 2. August 2002)

Artikel 6

« § 1. Eine Person, die nicht zum familiären Umfeld des Kindes gehört, darf auf keinen Fall regelmäßig Kinder unter zwölf Jahren betreuen, ohne der Dienststelle dies vorher mitgeteilt zu haben und sich an die Regeln über die Qualität der Betreuung zu halten, die auf Empfehlung der Dienststelle von der Regierung festgelegt werden.

(...)

§ 2. Eine Person, die nicht zum familiären Umfeld des Kindes gehört, darf auf keinen Fall Kinder unter sechs Jahren betreuen, außer gelegentlich, wenn sie nicht vorher die Zustimmung der Dienststelle aufgrund von Kriterien erhalten hat, die sie festlegt und die von der Regierung gutgeheißen werden.“

(...)

2.3. Erlass der Regierung der Französischen Gemeinschaft vom 27. Februar 2003 zur Festlegung allgemeiner Regeln für Betreuungseinrichtungen (B.S. vom 21. Mai 2003)

Artikel 2

„Als Betreuungseinrichtungen gelten:

1. „die Kinderkrippe“: eine Betreuungseinrichtung, die Kinder zwischen null und sechsunddreißig Monate kollektiv im Externat aufnimmt und über geschultes Personal verfügt und deren Zugang nicht auf eine kleinere Altersspanne beschränkt werden darf;
2. „der Kindergarten“: eine Betreuungseinrichtung, die Kinder zwischen achtzehn und sechsunddreißig Monate kollektiv im Externat aufnimmt und über geschultes Personal verfügt und deren Zugang nicht auf eine kleinere Altersspanne beschränkt werden darf;
3. „die kommunale Kindertagesstätte“: eine Betreuungseinrichtung, die Kinder zwischen null und sechs Jahre kollektiv im Externat aufnimmt und über geschultes Personal verfügt;
4. „das Kinderhaus“: eine Betreuungseinrichtung, die Kinder zwischen null und sechs Jahre kollektiv und hauptsächlich im Externat aufnimmt;
5. „der Elternhort“: eine Betreuungseinrichtung, die Kinder zwischen null und sechsunddreißig Monate kollektiv im Externat aufnimmt, über geschultes Personal verfügt und teilweise Eltern einsetzt;
6. „der Dienst für vertraglich beschäftigte Kinderbetreuer(innen)“: ein Dienst, der die Betreuung der Kinder zwischen null und sechs Jahre durch Kinderbetreuer(innen) organisiert, die mit besagtem Dienst eine Vereinbarung geschlossen haben. Dieser Dienst kann eine Kinderkrippe oder ein kommunaler Kinderhort sein;
7. „der(die) Kinderbetreuer(in)“: eine Privatperson, die Kinder zwischen null und sechs Jahre an einem dafür geeigneten Ort wie in einer Familie betreut und die eine Vereinbarung mit einem in Punkt 6 genannten Dienst geschlossen hat oder selbstständig ist. Höchstens zwei Kinderbetreuer(innen) können ihre Tätigkeit an ein und demselben Ort ausüben;

8. „jede andere Betreuungseinrichtung, die Kinder zwischen null und sechs Jahre regelmäßig auf eine andere Weise als nach den hier oben beschriebenen Modalitäten aufnimmt, insofern diese Betreuung nicht durch Artikel 6 § 3 des Dekretes ausgeschlossen ist.“

(...)

Artikel 17

„Die Betreuungseinrichtung setzt eine Hausordnung nach dem vom Dienst empfohlenen Muster auf, die die gegenseitigen Rechte und Pflichten der Eltern und der Betreuungseinrichtung festlegt.

Diese Hausordnung wird dem Dienst zur Genehmigung vorgelegt; dieser prüft, ob sie den Vorschriften entspricht. *Sie wird bei der Einschreibung des Kindes zwecks Einverständnis von den Eltern unterschrieben.*“

(...)

Artikel 31

„Außer im Falle einer medizinischen Entscheidung, die auf Bitte der Betreuungseinrichtung vom medizinischen Berater der Subregio bestätigt wird, wird jedes Kind nach den vom Dienst im Rahmen des Impfschemas der Französischen Gemeinschaft bestimmten Einzelvorschriften geimpft. Die Impfungen werden vom Arzt der Säuglingsberatungsstelle oder von einem anderen, von den Eltern ausgesuchten Arzt durchgeführt. Im letzteren Fall legen die Eltern der Betreuungseinrichtung den Impfungsnachweis vor.“

2.4. Musterhausordnung nach dem Regierungsbeschluss vom 27. Februar 2003 (Fassung vom 11. Oktober 2004)³⁶

I.J. Medizinische Überwachung

Impfung

„Die Eltern verpflichten sich, ihr Kind impfen zu lassen oder dem Arzt der O.N.E.-Beratungsstelle die Erlaubnis zu geben, die Impfungen nach dem vom O.N.E. entsprechend dem Muster der Französischen Gemeinschaft erstellten Schema durchzuführen.

³⁶ <http://www.vaccination-info.be/questions-reponses/questions-generales/99-vacciner-son-enfant-est-il-obligatoire-dans-un-milieu-d'accueil?>

Die Kinder müssen gegen folgende Krankheiten geimpft werden:

- Diphtherie – Keuchhusten – Kinderlähmung
- Haemophilus Influenza B
- Masern
- Röteln
- Mumps

Die übrigen, von der Französischen Gemeinschaft aufgelisteten Impfungen werden besonders empfohlen, wenn das Kind einer Betreuungseinrichtung anvertraut wird.

Wenn der Arzt jedoch der Meinung ist, dass der O.N.E.-Impfstoff aus medizinischen Gründen nicht für das Kind geeignet ist, meldet er dies; die Akte wird dann vom Arzt der Beratungsstelle und vom Berater-Kinderarzt des O.N.E. geprüft, um festzustellen, ob das Kind die Betreuungseinrichtung weiter besuchen kann.“

2.5. Anhang zum Beschluss der Regierung der Französischen Gemeinschaft vom 14. Juli 2011 über vorbeugende Maßnahmen gegen übertragbare Krankheiten im Schul- und Studentenmilieu (B.S. vom 20. September 2011)

[Drei Krankheiten gehören zu den dringenden Krankheitsfällen: Meningokokken, Diphtherie und Poliomyelitis.]

1. „Meningokokken

(...)

Eine dem Serotyp angepasste Impfung der Personen, die hohe Risikokontakte gehabt haben, wird empfohlen, wenn innerhalb eines Monats 2 Fälle in der Schule vorkommen.

(...)

2. Diphtherie

(...)

Wiederholung der Impfung der Schüler, deren letzte Impfung mehr als 2 Jahre zurückliegt. *Impfung der nichtgeimpften Schüler/Studenten nach dem geltenden Schema.*

(...)

5. Hepatitis A

(...)

b) Wenn innerhalb eines Monats in einer Klasse familienunabhängig 2 Fälle vorkommen, wird die Impfung aller Schüler/Studenten der Klasse empfohlen. Die Impfung der Schüler/Studenten der Sonderschulen oder der Internate, die engen Kontakt zum Kranken gehabt haben, wird ebenfalls empfohlen. (...)

c) Sobald der erste Fall vorkommt, werden die Schüler/Studenten und ihre Eltern darüber informiert, wie sich die Krankheit überträgt und welche Impfmöglichkeiten bestehen.

(...)

8. Keuchhusten

(...)

b) „Bei den Schülern einer Klasse des Vorschul- oder Grundschulunterrichts, die ungenügend oder überhaupt nicht geimpft sind, werden eine Antibiotikumprophylaxe und eine Impfung empfohlen. *Bei Verweigerung der Impfung wird der Schüler/Student 5 Tage lang aus der Schule entfernt, insofern die Antibiotikumprophylaxe richtig angewandt wurde. Bei Verweigerung der Impfung oder der Antibiotikumprophylaxe wird der Schüler/Student 21 Tage entfernt.*

Bei den Schülern/Studenten, die alt genug sind, um den Sekundarunterricht zu besuchen, oder die älter sind, wird die Impfung bei ungenügender oder nichtvorhandener Impfung empfohlen. Die systematische Antibiotikumprophylaxe wird nicht empfohlen.

Keine besondere prophylaktische Maßnahme wird bei den geimpften Schülern/Studenten angewandt.

(...)

9. Mumps

(...)

b) Die Impfung mit dem dreiwertigen MBR-Impfstoff wird für die Schüler/Studenten der Klasse empfohlen, deren Impfnachweise unvollständig oder nicht vorhanden sein sollten.

(...)

10. Masern

(...)

b) Die Impfung mit dem dreiwertigen MBR-Impfstoff wird für die Schüler/Studenten der Klasse empfohlen, deren Impfnachweise unvollständig oder nicht vorhanden sein sollten. Sie wird innerhalb von 72 Stunden nach Erscheinen der besagten Krankheit durchgeführt. Eine Wiederholung der Impfung wird besonders für die nach 1975 geborenen Personen empfohlen.

(...)

11. Röteln

(...)

b) Die Impfung mit dem dreiwertigen MBR-Impfstoff wird für die Schüler/Studenten der Klasse empfohlen, deren Impfnachweise unvollständig oder nicht vorhanden sein sollten.

(...)

3. Deutschsprachige Gemeinschaft

Für die Kinderbetreuung wurde eine neue Regelung verabschiedet. Es handelt sich um das Dekret vom 31. März 2014 über die Kinderbetreuung (B.S. vom 2. Juli 2014) und um den Erlass vom 22. Mai 2014 über Kinderbetreuungsdienste und sonstige Formen der Kinderbetreuung (B.S. vom 24. September 2014, Ed. 2). Die Impfproblematik wird derzeit durch Artikel 89 des Erlasses vom 22. Mai 2014 geregelt, der auf die Artikel 67-69 verweist. Artikel 68 bestimmt lediglich, dass der Tagesmütterdienst empfiehlt, die von einer Tagesmutter betreuten Kinder impfen zu lassen. Der Gesundheitsminister A. Antoniadis hat darum gebeten, eine Änderung des Erlasses vom 22. Mai 2014 dahingehend vorzubereiten, dass Kinder, die in Kinderkrippen betreut werden, geimpft werden müssen.

4. Region Brüssel-Hauptstadt

Am 19. Juli 2007 wurde eine Verfügung über die Gesundheitsvorsorge erlassen (B.S. vom 24. August 2007), die hinsichtlich der Ansteckungskrankheiten durch einen Erlass des Vereinten Kollegiums des Gemeinsamen Gemeinschaftsausschusses vom 23. April 2009 (B.S. vom 18. Juni 2009) ausgeführt wurde. Generell ermächtigt Artikel 10 dieser Verfügung das Vereinte Kollegium, Initiativen zu ergreifen, um den durch Krankheiten und Gesundheitsstörungen verursachten Gesundheitsschaden aufzudecken, zu verhindern oder zu begrenzen.

ENDE