

# Impfpromotion in der Schweiz: von der Fragmentierung des Denkens und Handelns

Referat am 2. Schweizer Impfkongress in Fribourg vom 17. 10. 2000

Peter Klein

**Zusammenfassung:** Auf Wunsch der Teilnehmer des 1. Schweizer Impfkongresses 1999 in Basel fand am diesjährigen Kongress in Fribourg unter der Leitung von Professor U. B. Schaad, Chefarzt des Universitäts-Kinderspitals beider Basel UKBB und Mitglied der Impfkommision des Bundesamtes für Gesundheit BAG, eine «Aussprache zwischen Schulmedizin, Komplementärmedizin, Arbeitsgruppe für differenzierte Impfungen und Auditorium» statt. Als Vertreter der Komplementärmedizin hatte Dr. med. Peter Heusser, Dozent für anthroposophisch orientierte Medizin an der KIKOM der medizinischen Fakultät der Universität Bern, und als Vertreter der Arbeitsgruppe für differenzierte Impfungen Dr. med. Peter Klein, Arzt für Allgemeine Medizin in Bern, Gelegenheit, in je einem Kurzreferat ihren Standpunkt in der Impffrage zu umreissen und zu verschiedenen aktuellen Fragen kurz Stellung zu nehmen. Während Peter Heusser auf die hygiogenetischen (bzw. salutogenetischen) Aspekte des Fiebers und der klassischen Kinderkrankheiten sowie deren Dokumentation in der medizinischen Literatur einging, beleuchtete Peter Klein die Problematik der Routineimpfungen im Kleinkindesalter aus der Sicht des Hausarztes. Sein Referat, welches hier wiedergegeben wird, begründet die folgenden **Thesen:**

- die Forschung und die epidemiologische Perspektive in der Vaccinologie sowie die Art der Information der praktizierenden Ärzte und des Publikums im Rahmen der offiziellen Impfpromotion sind beredete Beispiele eines fragmentierten Denkens, welches den epidemiologischen Gesamtzusammenhang aus dem Auge verliert;
- so ist die Frage, ob die Impfprogramme die Gesamtlast an Gesundheitsschädigungen im Kindesalter verringern, also die Frage nach dem Gesamtnutzen, nur äusserst rudimentär untersucht. Die spärlichen ver-

öffentlichten Daten hierzu legen die Vermutung nahe, dass durch die Routineimpfungen im Kleinkindesalter Gesundheitsprobleme nicht gelöst, sondern nur verschoben werden;

- die Unsicherheit über den Gesamtnutzen steht in krassem Missverhältnis zur epidemiologischen und propagandistischen Zwangswirkung der Impfprogramme; und führt zur folgenden Schlussfolgerung: Der Übergang von der Risikogruppen-Indikation zur generellen Durchimpfung ganzer Jahrgänge ist einem Quantensprung vergleichbar, dessen Auswirkungen vor allem langfristig weitgehend unklar sind. Deshalb ist die gezielte Impfung von Risikogruppen gegen Masern, Röteln, Mumps und gegen Hepatitis B der generellen Impfung vorzuziehen.

**Résumé:** Selon le souhait exprimé par les participants au 1er Congrès vaccinal suisse tenu à Bâle en 1999, un «débat entre médecine classique, médecine complémentaire et le Groupe de travail pour une pratique vaccinale différenciée» a eu lieu au Congrès de cette année à Fribourg, sous la direction du Professeur U. B. Schaad, médecin-chef de la pédiatrie universitaire des deux Bâle (UKBB) et membre de la Commission traitant des vaccinations à l'OFSP. Sont intervenus comme représentant de la médecine complémentaire le docteur Peter Heusser, qui enseigne la médecine d'orientation anthroposophique à la KIKOM de la Faculté de médecine de l'Université de Berne et comme représentant du Groupe de travail pour une pratique vaccinale différenciée le docteur Peter Klein, médecin généraliste à Berne. Ils ont eu tous deux l'occasion d'exposer lors d'une brève présentation leur point de vue sur la question des vaccinations et de prendre position de manière succincte sur différents sujets d'actualité. Peter Heusser a abordé la question du rôle hygiogénétique (resp. salutogénétique) de la fièvre et des maladies infantiles classiques ainsi que la documentation à ce sujet qu'on peut trouver dans la littérature. Peter Klein a apporté son éclairage sur la question de la vaccination de routine des enfants en bas âge vue par un médecin de famille. Son exposé, résumé ici, donne une argumentation sur les **thèses** suivantes:

- la recherche et la perspective épidémiologique dans la vaccinologie, de même

Dr. med. Peter Klein  
Facharzt FMH für Allgemeinmedizin  
Länggasstrasse 36  
CH-3012 Bern  
E-mail: p.klein@mail.ch

Arbeitsgruppe für differenzierte  
Impfungen  
Postfach  
CH-3000 Bern 9

que la manière d'informer les médecins praticiens et le public dans le cadre des campagnes officielles de vaccination, sont des exemples éloquents de la pensée fragmentée, qui perd de vue le contexte épidémiologique global;

- de même la question de savoir si le programme de vaccination est en mesure de réduire la charge globale des atteintes à la santé chez les enfants, et donc la question de son efficacité globale, n'est l'objet que d'une investigation rudimentaire. Les rares publications dans ce domaine permettent de penser que les problèmes de santé des enfants en bas âge ne sont pas résolus par la vaccination systématique mais qu'on assiste plutôt à un déplacement de la morbidité;
- on peut constater l'existence d'une dissemblance majeure entre d'un côté l'incertitude concernant l'efficacité globale de la vaccination systématique et l'aspect contraignant en ce qui concerne l'évolution épidémiologique et l'aspect «persuasif» des campagnes de vaccination.

Et Peter Klein conclut que le passage d'une indication ciblée sur des groupes à risque à une vaccination systématique de toutes une série de générations est comparable à un saut quantique dont les effets, surtout à long terme, sont très peu connus. C'est la raison pour laquelle la vaccination ciblée de groupes à risque contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et l'hépatite B sont préférables à la vaccination systématique.

## Die Arbeitsgruppe

Ich spreche hier als Vertreter der Arbeitsgruppe für differenzierte Impfungen. Diese ist ein lockerer Zusammenschluss von praktizierenden Ärztinnen und Ärzten. Sie meldete sie sich erstmals 1987 öffentlich zu Wort, nachdem die MMR-Impfkampagne von BAG und Kantonsärzten lanciert worden war. Fragen vieler verunsicherter Eltern veranlassten uns, die Grundlagen dieser Impfstrategie genauer zu prüfen.

Die Arbeitsgruppe umfasst in der Schweiz etwa 400 ärztliche Mitglieder; dazu kommen weitere Interessierte im In- und Ausland. Nachforschungen und Publikationen werden von einer kleinen Kerngruppe

ehrenamtlich besorgt. Durch Spenden können wir unsere Unkosten decken. Diese bewegen sich zwischen 2000 und 10 000 Franken pro Jahr und verlaufen ziemlich parallel zur Intensität der offiziellen Impfpromotion. Eigentliche Werbung für unsere Aktivitäten machen wir keine; das Interesse von Seiten des Publikums, der Medien und der praktizierenden Kollegen an unserem Beitrag zur Impfdiskussion hat sich als nachhaltig erwiesen.

## Annäherung an ein Problem

Wir haben alle während unserer Aus- und Weiterbildung die Botschaft akzeptiert, dass die Impfungen zu den segensreichsten Erfindungen der modernen Medizin zählen. Wir haben diese Doktrin lange Zeit auch nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Die Art und Weise, wie vor 13 Jahren die *Kleinkinderimpfung gegen Masern, Röteln und Mumps* der Bevölkerung schmackhaft gemacht worden ist, liess uns dann allerdings stutzig werden. Der moralisierende Pathos, Sie erinnern sich vielleicht, ist auch heute noch frisch: «Qui aime bien, vaccine bien!» (BAG 1987); «Die Unterlassung einer Impfung kommt einer Kindsmisshandlung gleich.» (Prof. D. Lüders, Ärztezeitung [Deutschland] 1988); aktueller: «In vielen Industrieländern muss von einem eigentlichen Zerfall der Impfmoral gesprochen werden» (Prof. U. B. Schaad, 1. Schweizer Impfkongress 1999).

Die Informationen, mit denen die Leute bedient wurden, waren zum Teil nicht ganz korrekt; hier folgen zwei prominente Beispiele:

- Ohne Impfung wären in der Schweiz pro Jahr 70 relevante Masernenzephalitiden zu erwarten, eine Zahl, die niemand belegen kann und die, wie man leicht zeigen kann, auf einer falschen Hochrechnung aus den USA beruht (mindestens 10mal zu hoch). Die Centers for Disease Control selber haben diese Rechnung diskret korrigiert [1].
- Eine einzige Impfung im zweiten Lebensjahr schützt die ganze Lebenszeit. Seit 6 Jahren empfiehlt das BAG allerdings die Zweitimpfung im Schulalter [2].

Nach einigen Nachforschungen wurde uns rasch klar, dass die von der WHO über-

nommene weltweite Ausrottungsidee vor allem bei den Masern voraussetzt, dass wir über hoch- und anhaltend wirksame Impfstoffe verfügen und dass die ganze Menschheit über Generationen praktisch lückenlos mitmacht; zwei Voraussetzungen, die mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht erfüllt werden können. *Das Masern-Ausrottungsprojekt fordert also eine Totalität*, wie wir sie noch nie bei einer medizinischen Massnahme erlebt haben; und diese Totalität schlägt sich auch in der Schweiz im Charakter der Impfpromotion nieder: Die Mittel werden dem Ziel der Ausrottung tendenziell untergeordnet. Dieses Impfkonzzept ist ethisch fragwürdig, epidemiologisch riskant und wird mit grösster Wahrscheinlichkeit die Gesamtmorbidität der Menschheit nicht wesentlich verbessern, sondern die Probleme nur verschieben.

Der Übergang bei der *Hepatitis-B-Impfung* vom Konzept der gezielten Impfung von Risikogruppen zur generellen Impfung ganzer Schülerjahrgänge veranlasste uns dann, der Frage nachzugehen, unter welchen Voraussetzungen die Generalisierung einer Impfung in bezug auf das Verhältnis von Nutzen- und Schadenspotential vertretbar wäre. Dabei hat uns die Kenntnislage über die Sicherheit und den Nutzen der Routineimpfungen, besonders im Zusammenhang mit der laufenden HCV- und HIV-Prävention, nicht überzeugt [30].

Wenn wir uns schliesslich vergegenwärtigen, dass (1.) bezüglich Masern, Röteln, Mumps und Hepatitis B in unseren Regionen keine volksgesundheitliche Notsituation vorlag (die Polio ist quantitativ anders zu gewichten), (2.) das eidgenössische Epidemien-gesetz in Art. 10 staatliche Massnahmen mit Zwangswirkung nur in «ausserordentlichen Situationen» zulässt (3.) und es ausserdem viele Hinweise dafür gibt, dass den fieberhaften Krankheiten im Kindesalter eine grosse Bedeutung für die Entwicklung einer verlässlichen Immunkompetenz bis hin zur Karzinomprophylaxe zukommt [3], dann lauten *unsere Schlussfolgerungen kurz zusammengefasst*:

- Ohne Not kein Zwang und keine Generalisierung.
- Gegen eine gezielte Impfung von Risikogruppen ist nichts einzuwenden.
- Die Eltern haben ein Recht auf eine individuelle Impfentscheidung.
- Diese ist auch sachlich begründbar und

verdient den Respekt und die Unterstützung durch uns Hausärzte.

## Kern des Problems

Ich will im folgenden versuchen, aus einer Gesamtsicht heraus zentrale Problembereiche der gängigen Impfkonzeppte darzustellen und zu situieren. Als Hausarzt bin ich Generalist und tagtäglich aufgefordert, eine medizinische Massnahme im Gesamtzusammenhang des individuellen Patienten auf ihre Angemessenheit hin zu überprüfen – die Impfungen machen hier keine Ausnahme.

Ich kann die Themenbereiche hier nur anreissen. Literatur zitiere ich hier nur beispielhaft; detaillierte Referenzen finden Sie in unseren Publikationen [27–32].

Der amerikanische Quantenphysiker David Bohm bemerkt zum Erkenntnisprozess:

«Es ist nämlich die Ganzheit, die real ist, und Fragmentierung ist nur die Antwort des Ganzen auf das fragmentierte Handeln des Menschen. Was also dem Menschen Not tut, ist Aufmerksamkeit gegenüber seinem gewohnheitsmässig fragmentierenden Denken, sich dessen bewusst zu sein und es dadurch zu beenden.»

«C'est la totalité des choses qui rend compte de la réalité, la fragmentation n'est que la réponse du tout à l'action fragmentée de l'être humain. Ce dont a vraiment besoin l'être humain, c'est d'une attention portée à son mode de pensée, habituellement fragmenté, ce qui lui permet d'en avoir la conscience et par là même de le modifier.» David Bohm, physicien (théoricien de la physique quantique).

Damit, denke ich, ist das entscheidende Manko in der heutigen Impfpraxis identifiziert. Im Standardwerk der Vaccinologie, Ausgabe 1999 [4], welche immerhin 1200 Seiten umfasst, werden Sie vergeblich nach einem Kapitel suchen, welches die vorgeschlagenen Impfkonzeppte in einem übergeordneten Gesamtzusammenhang diskutieren würde. So will ich im folgenden versuchen, die Fragmentierung in der Vaccinologie zu reflektieren.

## Gute Guideline?

Die Impfempfehlungen sind ja vermutlich die ältesten Guidelines in der modernen Medizin: Nach David L. Sackett [5] *definiert die gute Leitlinie eindeutig den Endpunkt, das Ziel der Intervention:*

Schwerwiegende Krankheitsverläufe mit Defektheilung oder Todesfolge verhindern!

La bonne ligne directrice définit clairement l'objectif final de l'intervention: éviter les complications morbides qui sont à l'origine de séquelles ou d'issues fatales!

Alles Übrige ist sekundär. Dieses *prioritäre Ziel jeder Impfung* wird wohl kaum jemand in Frage stellen. Bei den modernen Impfprogrammen hat sich nun zunehmend der *Surrogatendpunkt Erregerausrottung* eingebürgert und das eigentliche Ziel in den Hintergrund gedrängt. Die Pockenausrottung dient dabei als Modell, Polio, Masern und Hepatitis B sollen folgen. Die Erregerausrottung an sich scheint uns aber kein vernünftiges Ziel zu sein. Wenn es gelingen sollte, das Masernvirus tatsächlich auszurotten, dann werden wir keine Masern-Enzephalitis mehr haben und keine Defektheilungen infolge Masern. Werden wir aber bei uns à la longue insgesamt weniger Defektheilungen infolge irgend einer viralen oder bakteriellen Infektion haben? Wir bezweifeln das grundsätzlich, und epidemiologische Hinweise stützen unsere Skepsis.

Hier ein paar Literaturhinweise [6–10], von denen zwei aus Finnland hervorgehoben seien: Trotz Elimination der Masern durch die Kleinkinderimpfung konnte keine Abnahme der Gesamtzahl von Defektheilungen nach viraler Enzephalitis festgestellt werden [11, 12]. Im selben Masse, wie die invasiven HIB-Infekte durch die Säuglingsimpfung abgenommen hatten, musste eine Zunahme invasiver Pneumokokken-Infekte verzeichnet werden [13].

Entscheidend ist **der Gesamtnutzen und dessen Nachhaltigkeit**: Wenn ein Krankheitsphänomen verschwindet und dafür ein neues auftritt, haben wir nichts gewonnen. In jedem Jahrgang gibt es offenbar eine Anzahl Kinder, welche mit einer Anfälligkeit auf einen invasiven Infekt oder eine

andere schwerwiegende Krankheit belastet sind. Eine ausgedehnte Literatursuche hat ergeben, *dass der Gesamtnutzen der Impfprogramme bisher nur höchst rudimentär untersucht worden ist*, so dass wir nicht wissen, ob die Gesamtlast an Defektheilungen in der Folge irgendwelcher Krankheiten des Kindesalters z.B. durch die Elimination der Masern oder der invasiven HiB-Infekte tatsächlich abnimmt. Die spärlichen Hinweise aus der Literatur weisen aber auf eine Verschiebung, jedoch nicht auf eine Verringerung der Morbidität hin.

Seit rund 20 Jahren wird behauptet, **die Pocken seien ausgerottet**. Ich möchte meinen: Die Krankheitserscheinung Pocken ist eliminiert worden, das Virus hat aber in den Labors überlebt. Keine Institution auf dieser Welt hat den Überblick, geschweige denn eine verlässliche Kontrolle über diese Virusreservoirs. In kurzer Zeit werden wir weltweit eine sogenannte «Virgin-Soil»-Situation bezüglich Pocken haben, d.h. eine vollständig ungeschützte Menschheit – mit Ausnahme der Soldaten, welche in verschiedenen Ländern vor ihren Einsätzen weiterhin geimpft werden. *Das Kapitel Pocken ist also in keiner Weise abgeschlossen*. Analog wird es nach allfälliger Eliminierung der Poliomyelitis sein. Beunruhigend ist die Tatsache, dass offenbar niemand vor Einführung der Ausrottungsprogramme die Projekte bis zum Schluss durchgedacht hat (gemäss Mitteilung Prof. Th. Zeltner, Direktor BAG). Sogar die Surrogat-Endpunkte erweisen sich als unerreichbar.

**Gute Guidelines nennen die Risiken eines vorgeschlagenen Vorgehens** und weisen auf relevante Kenntnislücken hin.

Bei den offiziellen Impfempfehlungen ist die Informationslage für den Hausarzt diesbezüglich prekär. Kritische Informationen zur Beurteilung der Gesamtrisiken der eingebürgerten Routineimpfungen fehlen. Seit einem halben Jahrhundert impfen wir fast allen Säuglingen auf dieser Welt systematisch komplexe Substanzgemische ein, zum Teil auch offensichtlich unwirksame wie BCG. Es kann niemand behaupten, er hätte einen gründlichen Überblick über die Gesamtheit der Auswirkungen dieses weltweiten Eingriffs in die menschliche Integrität. Es gibt unseres Wissens keine Studie, welche die gesundheitliche Entwicklung von ungeimpften Kindern über einen genügend

langen Zeitraum mit planmässig geimpften Kindern vergleicht. Was studiert wird, sind in der Regel partielle, eben fragmentarische Fragestellungen mit kurzem Zeithorizont. *Es fehlt die Nulllinie, die Eichung unserer epidemiologischen Messinstrumente.*

Auch *Erfahrungen aus dem Bereich der Ökologie* stimmen nachdenklich. In der Landwirtschaft setzt sich allmählich die Einsicht durch, dass eine intelligent gelenkte Koexistenz mit einem potentiellen Schädling nachhaltigere Ergebnisse bringt als der Kahlschlag mit Pestiziden. Es gibt unserer Ansicht nach gute Gründe zur Annahme, dass Analoges beim Menschen gilt.

Auch der Ingenieur und Ökologe Pierre Fornallaz [14] bemerkt zum Umgang mit vernetzten Problemen und Risiken:

«Stabilität muss durch vielfältige verknüpfte aber unabhängige Problemlösungen angestrebt werden. Es müssen mit *Gemächlichkeit fehlerfreundliche Lösungen* gesucht werden, welche keine Sachzwänge hervorrufen.»

Es genügt nicht, wenn die Massnahmen zur Schadensbegrenzung kurzfristig wirksam erscheinen, sie müssen auch gut steuerbar und nachhaltig sein («fehlerfreundlich»). Deshalb sollte *die Optimierung des Wechselspiels Mensch-Mikroorganismus erste Priorität* haben, also die Terrain-Bearbeitung, die Gesundheitsförderung, und nicht die Kriegserklärung an die Mikroben.

Hierzu gibt es in der Schweiz aktuell widersprüchliche Signale, ganz ähnlich wie bei der WHO:

- einerseits erhebt das «Projekt nationale Gesundheitspolitik» das «Empowerment der Bevölkerung» zur obersten Priorität, also die Bestärkung, die Förderung der eigenen Ressourcen;
- andererseits umschreibt die neugegründete Schweizerische Gesellschaft für Impfpromotion, in der notabene die gleichen Institutionen wie oben vertreten sind, das Ziel ihres Projektes folgendermassen: «... die Bevölkerung über die Gefährlichkeit der Infektionskrankheiten, die durch Impfungen meist vermieden werden können, aufzuklären» [15]
- die offizielle Promotion z.B. der Hepatitis-B-Impfung an den Schulen weist in einem Werbefilm auf die Ansteckungsgefahr auf dem Pausenplatz hin.

Dieser Vorgang wird heute **Labelling** genannt, d.h. die Information des Publikums wird derart gestaltet, dass sie in erster Linie dem Ziel der 99prozentigen Durchimpfung dient und nicht der Entscheidungsfindung der Betroffenen. Wohin das führt, können wir in England studieren: Die Bevölkerung wird in regelmässigen Aktionen mit furchterregenden Werbespots bedient, während die Hausärzte mit einem Prämiensystem, einer Art Schmiergelder, zur Impfdisziplin genötigt werden (nach Mitteilung D. Salisbury, einem der Zuständigen für die Impfprogramme in England). Andererseits wissen wir aus schweizerischen Studien, dass informierte Eltern auch skeptische Eltern sind [16].

**Die Masernausrötung ist eine grosse Herausforderung oder eine Illusion**, je nach Betrachtungsweise. Die hohe Kontagiosität erfordert eine sehr hohe Immunitätsschwelle in der ganzen Bevölkerung und in jeder Altersgruppe, und dies synchron auf der ganzen Erde. Es ist bereits in der Schweiz schwierig, auf freiwilliger Basis wesentlich über einen Durchimpfungsgrad von 80% zu kommen. *Der Anspruch des Masernimpfkonzeptes ist ein totaler*: Mit ganz wenigen Ausnahmen sind alle gezwungen, mitzumachen. Ansonsten geraten wir in eine epidemiologisch riskante Zone. Die Masernimpfung im frühestmöglichen Alter kreiert den Zwang zum Erfolg, ein Zurück wird immer schwieriger, während die realen Chancen für die globale Viruseradikation aus naheliegenden Gründen schlecht stehen. Dies ist im wesentlichen *die schwerfällige, kaum mehr steuerbare Eigenynamik der Ausrottungs-idee*. Die Not liegt dann nicht mehr in der Krankheit selber, sondern in der Situation, die geschaffen wird, im epidemiologischen Artefakt. Ein solches von den Behörden gefördertes Vorgehen mit Zwangswirkung ist nach der Studie des Juristen Markus Müller nicht verfassungskonform [17]. Stimmen die Verhältnisse, wenn wir aus den 5–10 Enzephalitisfällen, welche in der Schweiz ohne Masernimpfung pro Jahr zu erwarten wären, faktisch eine «ausserordentliche Situation» im Sinne von Art. 10 des Epidemien-gesetzes machen, gleichzeitig aber relativ locker die hohe Zahl von Verkehrso-pfern hinnehmen: ca. 600 Tote und 10 000 Schwerverletzte, darunter ca. 10% Kinder (BfU 1998).

**Die gute Guideline sollte die relevanten Kenntnislücken aufzeigen**, damit die bekannten Befunde auch richtig in den Gesamtzusammenhang eingeordnet werden können. Hierzu drei Aspekte:

1. Sie kennen alle das Problem des «publication bias» in der Medizin und in anderen Bereichen. Karl Friedrich von Weizsäcker formulierte es so:

«Die Wissenschaft hat schon recht in dem, was sie sagt, aber sie hat unrecht in dem, was sie verschweigt.»

Ich finde es nicht vernünftig, anzunehmen, die Vaccinologie sei diesbezüglich eine Ausnahme.

2. Wir haben deutliche Hinweise darauf, dass gerade die Wahrnehmung von Impfnebenwirkungen sehr mangelhaft ist: dies wird *Under-reporting* genannt. Hierzu wiederum einige Literaturhinweise [18–23], wovon einer hervorgehoben sei: In der ehemaligen DDR, mit Impfblogatorium, war die Rate der anerkannten Impfschäden mindestens 5mal höher als in der BRD [24].
3. Den Impfungen wird sozusagen im vornherein ein Vertrauenskredit gewährt. Demgegenüber hat jemand, der möglicherweise einen Impfschaden erlitten hat, einen schwierigen Stand: Ihm wird die gesamte Beweislast auferlegt. Die *Impfstoffzulassung* ist rechtlich gesehen ein weitgehender Freibrief für Impfstoffhersteller und Impfpromotoren. Die Diskussionen in den eidgenössischen Räten zum neuen *Heilmittelgesetz* zeigen, dass sich daran nichts wesentliches ändern wird (Ausschluss des sogenannten Entwicklungsrisikos aus der Herstellerhaftpflicht). Es kommt dazu, dass das BAG von mir als Hausarzt zwar erwartet, dass ich die Leute zum Einhalten des Impfplans motiviere, mir aber gleichzeitig die Einsicht in die Impfstoffzulassungsdossiers verwehren muss. Schliesslich wurden wir informiert, dass Impfstoffzulassungen meistens auf unveröffentlichten Studien mit kleinen Prüfgruppen und einem Beobachtungszeitraum von wenigen Wochen beruhen. Diese Situation ist nicht geeignet, das Vertrauen in die Impfstoffe und die Impfkonzepte zu fördern.

## Fragment und Zusammenhang

*Die Frage der Verhältnismässigkeit* sollte man unserer Meinung nach bei allen impfbaren Krankheiten prioritär stellen und dabei die Lücken unserer Erkenntnisse schonungslos darstellen. Die Fragmente der vorliegenden Erkenntnisse und technischen Möglichkeiten können sonst nicht adäquat in den Gesamtzusammenhang eingeordnet werden. Als Hausärzte möchten wir uns aber gerade von diesem Zusammenhang leiten lassen und nicht unbesehen von der Aufforderung, ja Verpflichtung durch die Impfpromotoren, jeden Patientenkontakt zur Überprüfung und Vervollständigung des Impfstatus zu nutzen.

Vergessen wir nicht: Für *Masern, Röteln, Mumps und Hepatitis B* gilt:

- es lag bzw. liegt keine epidemiologische Notsituation vor;
- die Impfungen sind tatsächlich freiwillig;
- für die allermeisten Kinder ist die Impfung nicht notwendig bzw. eine Not abwendend;
- die Wirksamkeit der Impfungen wird überschätzt;
- der Nutzen gewisser Kinderkrankheiten wird wahrscheinlich unterschätzt [27–32].

La question de la proportionnalité: pour la *rougeole, la rubéole, les oreillons et l'hépatite B*, on peut affirmer:

- il n'y avait pas, resp. il n'y a pas, d'urgence d'un point de vue épidémiologique;
- les vaccinations relèvent effectivement du libre-arbitre des parents;
- la vaccination n'est pas indispensable à la plupart des enfants resp. elle n'écarte pas un danger grave pour la plupart d'entre eux;
- l'efficacité des vaccinations est surévaluée;
- l'utilité de certaines maladies infantiles est probablement sous-évaluée [27–32].

Damit liegt unserer Meinung nach die folgende **Schlussfolgerung** nahe: Die gezielte Impfung von Risikogruppen ist bei allen genannten Krankheiten der generellen Impfung vorzuziehen.

Der Übergang von der Risikogruppen-Indikation zur generellen Durchimpfung ganzer Jahrgänge ist einem Quantensprung vergleichbar, dessen Auswirkungen vor allem langfristig weitgehend unklar sind. Wir

möchten unbedingt vermeiden, dass wir kommenden Generationen ohne Not epidemiologische Altlasten aufbürden, welche ähnliche Halbwertszeiten aufweisen wie die radioaktiven Isotope im Atommüll.

Die WHO gibt in ihrem Bericht für die Region Europa «Health for all in the 21st century» der *Health-Competence* der Menschen eine besondere Bedeutung (WHO Office for Europe 1998, Copenhagen), und in der Deklaration von Alma Ata 1978 fordert sie einen «*maximalen Einbezug der Eigenverantwortung*» bei der Planung und Durchführung von Gesundheitsprojekten [25]. Schliesslich dürfen wir zur Kenntnis nehmen, dass das Projekt «Nationale Gesundheitspolitik CH», wie gesagt, dem *Empowerment der Bevölkerung* höchste Priorität verliehen hat [26].

Ich denke, die WHO selber, das BAG, die Kantone und wir alle sollten diese Postulate auch bezüglich Impfungen ernst nehmen. Sie sind ja Ausdruck einer ganzheitlicheren Sichtweise, und beim Wort genommen stellen sie die fragmentarischen Konzepte der heutigen Vaccinologie in Frage bzw. in einen grösseren Zusammenhang. So gäbe es auch mit der grundlegenden Aufgabenstellung des Hausarztes keine Konflikte: Im ausdrücklichen Auftrag des Patienten diesem zu grösstmöglicher Autonomie zu verhelfen, ihn zu befähigen, nach Möglichkeit seine Gesundheitsprobleme aus eigenen Kräften zu lösen.

#### Literatur

- 1 CDC. Measles prevention. MMWR 1987;36:409–29.
- 2 BAG-Bulletin 1994;38:650–1.
- 3 Albonico HU, Bräker H, Hüsler J. Febrile infectious childhood disease in the history of cancer patients and matched controls. Medical Hypothesis 1998;51:315–20.
- 4 Plotkin SA, Orenstein WA. Vaccines. 3. ed. Philadelphia: Saunders; 1999.
- 5 Sackett DL, et al. Evidence Based Medicine. Harcourt Brace Publishers; 1996.
- 6 Ronne T. Measles without rash in childhood is related to disease in adult life. Lancet 1985
- 7 Irish National Disease Surveillance Centre: Annual bacterial meningitis notification rates. 2000.
- 8 Ortqvist A, et al. Pneumococcal disease in Sweden: experiences and current situation. Am J Med 1999;107: 44–9.
- 9 Berron S, et al. Increasing incidence of meningococcal disease in Spain. Eur J Clin Microb Infect Dis 1998;17: 85–9.
- 10 Nielsen SV, et al. Incidence of invasive pneumococcal disease in Denmark 1989–94. Epidemiol Infect 1996;117: 411–6.
- 11 Koskiniemi M. Effects of MMR vaccination on patterns of encephalitis in children. Lancet 1989;339.
- 12 Koskiniemi M, et al. Epidemiology of encephalitis in children. A prospective multicentric study. Eur J Pediatr 1997;156:541–5.
- 13 Baer M, et al. Increase in bacteraemic pneumococcal infections in children. Lancet 1995;395:661.
- 14 Fornallaz P. Energiekonzept im Dienste der menschlichen Entfaltung. Neue Zürcher Zeitung, 29.8.1990.
- 15 Schweizerische Gesellschaft für Impfpromotion. Ars Medici 2000;14/15:891.
- 16 BAG Bulletin, 17.5.1999: 356–361.
- 17 Müller M. Die M+M+R-Impfkampagne des Bundes auf dem juristischen Prüfstand. Schweiz Ärztezeitung 1994; 95:385–9.
- 18 Farrington P, et al. A new method for active surveillance of adverse events from DTP, MMR vaccines. Lancet 1995; 345:567–9.
- 19 Tuomilehto J. Association between type 1 diabetes and Hib vaccine. BMJ 1999;319:1133.
- 20 Monitoring for drug safety. Lancaster: MTP Press; 1980.
- 21 CDC / ACIP. Recommendations on measles prevention. MMWR 1987;36:409–29.
- 22 Abstracts: Irreführung oder schon Betrug – wo sind die Grenzen? Arznei-Telegramm 3/2000.
- 23 Dingell JD. Misconduct in medical research. N Engl J Med 1993;328:1610–5.
- 24 Dittmann S. Atypische Verläufe nach Schutzimpfungen. Leipzig 1981. Leipzig: Johann Ambrosius Barth Verlag.
- 25 WHO, Santé du Monde 1988 (Aug/Sept):15–7.
- 26 Newsletter Nationale Gesundheitspolitik, Juli 2000. Bern: BAG; 2000.

#### Die wichtigsten Publikationen der Arbeitsgruppe für differenzierte Impfungen

- 27 Albonico HU, Klein P, Grob C, Pewsner D. Schweizerische Impfkampagne gegen Masern, Mumps, Röteln; ärztliche Bedenken zur Ausrottungsstrategie. Schweiz Zschr GanzheitsMedizin 1994;38–41 und 68–74.
- 28 Klein P, Albonico HU, Koller R, Pewsner D. Masern, Mumps und Rötelnimpfungen; warum die Eltern mitentscheiden sollen (Broschüre zur Information der Eltern). AG für differenzierte Impfungen, 1994.
- 29 Albonico HU. Argumente gegen die routinemässige Mumpsimpfung. Soz Präventivmed 1995;40:116–23.
- 30 Albonico HU, Klein P. Generelle Impfung gegen Hepatitis B im Kindesalter; Unverhältnismässige Impfkampagne in der Schweiz. Schweiz Zschr GanzheitsMedizin 1997; 68–70.
- 31 Klein P, Albonico HU. Der individuelle Impfscheid (Merkblatt für Eltern als Ergänzung zum offiziellen Impfplan). AG für differenzierte Impfungen, 1998.
- 32 Gruber B, Heimann R, Klein P, et al. Impfen, Routine oder Individualisation; eine Standortbestimmung aus hausärztlicher Sicht (Werkstattbericht eines hausärztlichen Fortbildungszirkels). AG für differenzierte Impfungen, 1999.