



Impfen als Pflicht?

STELLUNGNAHME

Impfen als Pflicht?

STELLUNGNAHME

27. Juni 2019

Herausgegeben vom Deutschen Ethikrat

Jägerstraße 22/23 · D-10117 Berlin

Telefon: +49/30/20370-242 · Telefax: +49/30/20370-252

E-Mail: kontakt@ethikrat.org

www.ethikrat.org

© 2019 Deutscher Ethikrat, Berlin

Alle Rechte vorbehalten.

Eine Abdruckgenehmigung wird auf Anfrage gern erteilt.

Layout: Torsten Kulick

Titelillustration: Lesterman/Shutterstock.com

ISBN 978-3-941957-83-1 (PDF)

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	7
2	SACHSTAND	13
2.1	Medizinische Bedeutung der Masern	13
2.2	Epidemiologische Grundlagen	16
2.2.1	Grundbegriffe	16
2.2.2	Gemeinschaftsschutz (Herdenimmunität)	20
2.3	Präventionsmedizinische Ziele von Impfungen und Impfprogrammen	23
2.4	Psychosoziale Aspekte	25
3	NORMATIVE ANALYSE	35
3.1	Dimensionen des Begriffs Impfpflicht	35
3.2	Der rechtliche Ordnungsrahmen	37
3.2.1	Das geltende einfache Recht	37
3.2.2	Zur verfassungsrechtlichen Rechtfertigung weiter reichender Eingriffsbefugnisse des Staates	41
3.3	Ethische Beurteilung	44
3.3.1	Ethos und Recht	45
3.3.2	Personengruppen-spezifische Überlegungen	49
3.3.2.1	Eingeschränkt selbstbestimmungsfähige Minderjährige	50
3.3.2.2	Unbeschränkt selbstbestimmungsfähige Personen	58
3.3.3	Durchsetzung einer Impfpflicht: Erreichbarkeit einschlägiger Personengruppen und Überwindung relevanter Barrieren	64
4	ZUSAMMENFASSUNG	74
5	EMPFEHLUNGEN	85
	SONDERVOTUM	89
	LITERATURVERZEICHNIS	98
	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	103

1 EINLEITUNG

Kaum eine Neuerung in der Medizingeschichte hat in einem solchen Maße zur Verringerung der Kindersterblichkeit und zur Gesundheit von Erwachsenen beigetragen wie die Entwicklung von Impfstoffen gegen Infektionskrankheiten und deren systematische, wissenschaftlich begleitete („evidenz-basierte“) Implementierung in die Gesundheitsversorgung. Vor allem gegen viele von Viren verursachte, bis heute nur symptomatisch therapierbare Infektionskrankheiten sind – von der Vermeidung des Kontakts zu Infektionsquellen abgesehen – Impfungen die wichtigste Maßnahme, um schwerwiegenden gesundheitlichen Gefahren vorzubeugen.

Als Ergebnis weltumspannender Bemühungen nach dem Zweiten Weltkrieg, die sich weithin – auch in beiden Teilen Deutschlands – auf staatlich angeordnete allgemeine Impfpflichten stützten¹, erklärte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 1980 die Pocken als erste und bislang einzige Infektionskrankheit für eradiziert, also weltweit ausgerottet.² In der Folge konnten die Impfprogramme gegen Pocken beendet werden. Damit war der Beweis erbracht, dass die dauerhafte Ausrottung bestimmter viraler, nur von Mensch zu Mensch übertragbarer Infektionskrankheiten möglich ist. Auch die Poliomyelitis (Kinderlähmung) konnte mittels systematischer internationaler, aber überwiegend auf Empfehlungen zu freiwilliger Impfung basierender Impfprogramme in Europa weitgehend *eliminiert*³, wenn auch noch nicht weltweit eradiziert werden.

Eine Infektionskrankheit gilt dann als eliminiert, wenn sie „durch entsprechende Maßnahmen nicht mehr in einer geographisch definierten Region vorkommt bzw. nur noch

1 Vgl. Thießen 2013, 412 f.

2 Vgl. World Health Organization 1980, 12 f.

3 Vgl. World Health Organization 2019.

Einzelfälle aus Gebieten, in denen die Erkrankung noch auftritt, importiert werden“.⁴ Die Elimination einer Krankheit stellt nur einen zeitweiligen Erfolg dar, sie kann durch nachlassenden Schutz der Bevölkerung wieder verloren gehen. Eine Referenzdefinition für die Elimination von Masern und Röteln ist die „Unterbrechung einer endemischen Masern- oder Röteltransmission über einen Zeitraum von mindestens 36 Monaten nach dem letzten Auftreten eines endemischen Falles in einer geografischen Region. Eine endemische Transmission bezeichnet das Auftreten einer kontinuierlichen Infektionskette der Masern- [sic] oder Röteln in Deutschland über eine [sic] Zeitraum von 12 Monaten oder länger.“⁵ Eine dauerhafte *Eradikation* einer Krankheit ist erst dann erreicht, „wenn in allen Regionen der Welt die Elimination der Erkrankung gelungen ist“.⁶ Nationale Impfprogramme können daher immer nur eine Elimination zum Ziel haben; in ihrer Gesamtheit sind aber erfolgreiche Programme in jedem einzelnen Land die notwendige Voraussetzung, eine weltweite Eradikation zu erreichen.

Die Masern sind eine objektiv – wenn auch oft unterschätzt – gefährliche Infektionskrankheit, die sich mit einem allgemein zugänglichen und gut verträglichen Impfstoff vermeiden lässt. Obwohl sie daher geradezu ein Musterbeispiel einer Infektionskrankheit darstellen, deren Eradikation im globalen Maßstab möglich wäre, gelingt schon ihre Elimination in verschiedenen Weltregionen trotz zeitweiliger Erfolge bislang nicht dauerhaft.⁷ So konnten sie nach erfolgreichen Impfprogrammen auf dem amerikanischen Doppelkontinent von der Pan American Health Organization im Jahr 2016 für

4 https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Praevention/praevention_inhalt.html [30.04.2019].

5 https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Praevention/elimination_04.html [29.05.2019].

6 https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Praevention/praevention_inhalt.html [30.04.2019].

7 Vgl. Holzmann et al. 2016.

eliminiert erklärt werden⁸; dieser Status ging danach aber aufgrund mehrerer Masernausbrüche unter anderem in den USA wieder verloren.⁹ Im Jahr 2017 galten die Masern in 37 von 53 Staaten der WHO-Region Europa als eliminiert.¹⁰ Im Mai 2019 warnte die WHO jedoch vor einem Wiederaufflammen der Krankheit in dieser Region, weil es innerhalb von 14 Monaten mehr als 100.000 Erkrankungen und über 90 Todesfälle gegeben hatte.¹¹ Deutschland konnte lediglich im Jahr 2016 eine Unterbrechung der endemischen Transmission vorweisen, büßte diesen Status 2017 jedoch wieder ein.¹² In den Jahren 2016, 2017 und 2018 kam es jeweils zu 325, 929 bzw. 543 Fällen von Masernerkrankungen.¹³ Damit wurde die von der WHO empfohlene Schwelle von weniger als einem Fall pro eine Million Einwohnerinnen und Einwohner in jedem dieser Jahre überschritten.

Trotz der großen historischen Erfolge internationaler Anstrengungen im Kampf gegen Pocken und Poliomyelitis haben in Deutschland und ganz Europa die in den letzten Jahren immer wieder lokal auftretenden Masernausbrüche große Schwächen im Infektionsschutz gegen Erkrankungen offenbar gemacht, die durch Impfungen verhindert werden könnten. Immer wieder erneuert Deutschland seine Selbstverpflichtung gegenüber der WHO, sich mit dem Ziel einer nachhaltigen Masernelimination um das Erreichen der WHO-Impfziele zu bemühen, nämlich einer Impfquote von über 95 Prozent nicht nur für die erste, sondern auch die zweite Impfdosis sowie weniger als einen Maserninfizierten pro Million Einwohner.¹⁴ Die

8 Vgl. Pan American Health Organization 2016.

9 Vgl. Graham et al. 2019, 584.

10 Vgl. World Health Organization 2018, 13 f.

11 Vgl. <http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2019/over-100-000-people-sick-with-measles-in-14-months-with-measles-cases-at-an-alarming-level-in-the-european-region,-who-scales-up-response> [04.06.2019].

12 Vgl. Nationale Verifizierungskommission Masern/Röteln 2018.

13 Vgl. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Praevention/elimination_04_01.html [29.05.2019].

14 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2015, 13.

Erreichbarkeit dieser Ziele hängt aber nicht nur von der für die Gesamtbevölkerung anzustrebenden Immunität von über 95 Prozent ab, sondern insbesondere davon, dass diese flächendeckend besteht. Die Masern lassen sich also nur eliminieren, wenn es keine Orte oder Regionen gibt, die zum Ausgangspunkt für Epidemien werden können, weil es dort eine erhöhte Dichte an ungeimpften Personen gibt („pockets of low herd immunity“¹⁵).

Im Jahr 2011 wurde das Jahr 2015 als Ziel für die Masernelimination in Deutschland bestimmt.¹⁶ Dieses Ziel wurde verfehlt. Angesichts einer Maserninzidenz von 6,6 pro Million im Jahr 2018¹⁷ konnte Deutschland im Kampf gegen die Masern bislang seiner eigenen Zielvorgabe ebenso wenig genügen wie der Forderung der WHO, durch nationale Maßnahmen eine Elimination der Masern zu erreichen und zu sichern. Auch der von Bund und Ländern initiierte „Nationale Aktionsplan 2015-2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland“¹⁸ wird dieses Ziel absehbar verfehlen.¹⁹

Ursachen sind zum einen die nicht ausreichende Quote bei den Zweitimpfungen sowie die insgesamt zu spät erfolgenden Erst- und Zweitimpfungen im Kindesalter.²⁰ Bundesweit lag die Erstimpfungsquote bei Kindern zum Zeitpunkt der Einschulung im Jahr 2017 bei 97,1 Prozent, die Zweitimpfungsquote aber lediglich bei 92,8 Prozent.²¹ Zum anderen gibt es eine nach wie vor hohe Zahl von Erwachsenen, die nicht über

15 Vgl. Buttenheim/Cherng/Asch 2013, 1819.

16 Vgl. die Beschlüsse der 84. Gesundheitsministerkonferenz am 29. und 30. Juni 2011 in Frankfurt am Main zu TOP 8.3 (insbesondere die Begründung zu 2.4): https://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/DG+2011-08-23+L-5-18+GMK+Besch%FCsse_Beschlussfassung.pdf [30.04.2019].

17 Vgl. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Praevention/elimination_04_01.html [30.04.2019].

18 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2015.

19 Vgl. Nationale Verifizierungskommission Masern/Röteln 2018.

20 Gemäß dem Impfkalender der Ständigen Impfkommission soll die erste Masernimpfung im Alter von 11 bis 14 Monaten, die zweite im Alter von 15 bis 23 Monaten erfolgen (vgl. Ständige Impfkommission 2018, 338).

21 Vgl. Robert Koch-Institut 2019, 150.

eine ausreichende Immunität verfügen; dies liegt am demografisch zunehmenden Anteil der Jahrgänge nach 1970, für die keine durch eigene Infektion erworbene Immunität anzunehmen ist, und vor allem an den niedrigen Impfquoten in dieser Altersgruppe.²² Aus den mangels eines nationalen Impfregisters aktuellsten verfügbaren Daten des DEGS1-Surveys von 2008 bis 2011 geht hervor, dass lediglich 79,8 Prozent der 18- bis 29-jährigen und 46,7 Prozent der 30- bis 39-jährigen Erwachsenen jemals im Leben eine Masern-Impfstoffdosis erhalten haben.²³ Dementsprechend bestehen in der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland weitaus größere Impflücken als bei Kindern.

Aus dem begrenzten Erfolg der bisherigen Strategien und der damit verbundenen Erkenntnis, dass eine Intensivierung der Maßnahmen erforderlich ist, ergeben sich wichtige ethische und rechtliche Fragen für die nationalen und internationalen Vorgehensweisen zur Bekämpfung der Krankheit. Insbesondere stellt sich die Frage, ob und inwieweit zur Erreichung einer Elimination der Masern mit dem Fernziel ihrer Eradikation direkte Maßnahmen wie die Einführung einer Impfpflicht gerechtfertigt sein können. Unter dem in der bisherigen Diskussion in Deutschland meist ohne weitere Präzisierung verwendeten Begriff „Impfpflicht“ kann ein weites Spektrum von Maßnahmen verstanden werden. Reichen könnte es von indirekten Konsequenzen (zum Beispiel Haftungsfolgen bei Pflichtverletzungen) und individuell verfügbaren zeitweiligen Ausschlüssen Nicht-Geimpfter von bestimmten Aufenthaltsorten oder beruflichen Tätigkeiten über die Verhängung von Bußgeldern bis zu einer mit staatlichen Zwangsmaßnahmen durchgesetzten allgemeinen Impfpflicht für alle Altersgruppen.

Hierzu findet derzeit in Deutschland eine intensive Debatte statt. Sie konzentriert sich auf die Frage, ob und gegebenenfalls

22 Vgl. Rieck et al. 2019, 429.

23 Vgl. Poethko-Müller/Schmitz 2013, 849.

für wen und unter welchen Bedingungen eine Impfpflicht gegen Masern eingeführt werden soll. Am 5. Mai 2019 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit der Referentenentwurf eines „Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention“ vorgelegt²⁴, der in der Öffentlichkeit kontrovers aufgenommen wurde, insbesondere was die unter anderem mit Bußgeldern sanktionierte Impfpflicht für Kinder und Betreuerinnen und Betreuer in Kindertagesstätten und Schulen betrifft.

Diese Problematik ist Gegenstand der vom Deutschen Ethikrat vorgelegten Stellungnahme, die sich aus den genannten aktuellen Gründen auf die Masern fokussiert, dabei aber ethische Maßstäbe entwickelt, die auch auf andere impfpräventable Infektionskrankheiten anwendbar sind.

24 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/M/Masernschutzgesetz-RefE.pdf [04.06.2019].

2 SACHSTAND

2.1 Medizinische Bedeutung der Masern

Die von einem ausschließlich beim Menschen vorkommenden und von Mensch zu Mensch übertragbaren Virus verursachten Masern gehören in Europa seit Jahrhunderten zu den endemischen Infektionskrankheiten. In anderen Weltregionen wie Nord- und Südamerika oder Australien und Ozeanien waren die Masern, ebenso wie die Pocken, vor der Ankunft der Europäer nicht endemisch, was in der Kolonialzeit bei indigenen Völkern zu katastrophalen Epidemien führte.²⁵

Mit einem Kontagionsindex²⁶ und einem Manifestationsindex²⁷ von jeweils annähernd 100 Prozent gehören die Masern zu den ansteckendsten Krankheiten überhaupt.²⁸ Hinsichtlich ihrer Gefährlichkeit werden sie nicht selten unterschätzt und im öffentlichen Bewusstsein oft als harmlose „Kinderkrankheit“ gesehen. In Deutschland wie in den meisten anderen Ländern gehören sie aber angesichts ihrer tatsächlichen Gefährlichkeit gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) zu den meldepflichtigen Erkrankungen.

Auch wenn die überwiegende Mehrzahl der in Deutschland betroffenen Kranken binnen wenigen Wochen die Masern ohne merkliche Folgeerscheinungen überwindet, können schon im „normalen“ Krankheitsverlauf bei Betroffenen ohne gesundheitliche Vorschädigung und in einem Umfeld mit guter Gesundheitsversorgung eine Reihe von Komplikationen auftreten. Bei 7 bis 9 Prozent der erkrankten Kinder kommt es

25 Vgl. Shanks et al. 2011.

26 Kontagionsindex: Anteil der tatsächlich infizierten an den gegenüber dem Erreger exponierten nicht immunen Personen.

27 Manifestationsindex: Anteil der mit manifesten Symptomen erkrankten an den infizierten Personen.

28 Vgl. den Abschnitt zum Infektionsweg im RKI-Ratgeber „Masern“: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Masern.html [11.06.2019]; Holzmann et al. 2016, 201.

zu einer Mittelohrentzündung, bei 8 Prozent zu Durchfall und bei 1 bis 6 Prozent zu einer Lungenentzündung.²⁹ Bei etwa 0,1 Prozent der Maserninfizierten kommt es zu einer postinfektiösen Enzephalitis (Entzündung des Gehirns), an der 10 bis 20 Prozent der Betroffenen versterben und die bei weiteren 20 bis 30 Prozent dauerhafte, teils schwerste Hirnschädigungen hinterlässt. In Deutschland kam es in der Zeit von 2001 bis 2012 zu 15 Todesfällen aufgrund von Masernerkrankungen.³⁰

Als Spätkomplikation einer Masernerkrankung kann sich nach mehreren Jahren der Viruspersistenz im zentralen Nervensystem die subakute sklerosierende Panenzephalitis (SSPE) ausprägen, die nahezu immer zum Tod führt und für die es bislang keine kurative Behandlungsmöglichkeit gibt.³¹ Die Häufigkeit der SSPE unter Maserninfizierten beträgt in Deutschland etwa 1 : 1700 bis 1 : 3300.³²

Masern zählen weltweit zu den häufigsten Todesursachen im Kindesalter.³³ Die Krankheitslast und vor allem die Sterblichkeit durch Masern sind kontext-sensitiv, das heißt, sie betreffen Länder mit schlechten sozioökonomischen Bedingungen besonders stark.³⁴ Wesentliche Ursache hierfür ist die während einer Masernerkrankung bestehende Beeinträchtigung der Immunreaktionen auf andere Krankheitserreger, die zu Sekundärkomplikationen führt, wie etwa Lungenentzündungen, Durchfallerkrankungen oder Tuberkulose.³⁵ Wenn Masern unter europäischen Bedingungen in 0,01 bis 0,1 Prozent der Krankheitsfälle zum Tod führen³⁶, geschieht dies am ehesten infolge einer Lungenentzündung, vereinzelt auch infolge einer Enzephalitis. In armen Ländern, insbesondere

29 Vgl. World Health Organization 2017, 209 m.w.N.

30 Vgl. den Abschnitt zur klinischen Symptomatik im RKI-Ratgeber „Masern“: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Masern.html [06.05.2019].

31 Vgl. Kannan et al. 2013, 1.

32 Vgl. Schönberger et al. 2013.

33 Vgl. Abad/Safdar 2015.

34 Vgl. Kyu et al. 2016, 281.

35 Vgl. Mina et al. 2015; Laksono et al. 2018.

36 Vgl. World Health Organization 2017, 209 m.w.N.

bei Menschen mit Untergewicht, spielen hingegen Durchfallerkrankungen eine zentrale Rolle, die dort in bis zu 28 Prozent der Fälle tödlich verlaufen.³⁷ So starben 2019 bei einer Masernepidemie auf Madagaskar nach einer Mitteilung der WHO über 1200 Menschen.³⁸

Seit 1963 stehen Impfstoffe gegen Masern zur Verfügung; der heute eingesetzte attenuierte³⁹ Lebendimpfstoff wurde in erster Version 1971 entwickelt. Die Masernimpfung erfolgt in aller Regel im Rahmen einer Mehrfachimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR-Impfung; in Kombination mit einer Impfung gegen Windpocken und spätere Gürtelrose: MMRV-Impfung). Zugelassene Einzelimpfstoffe gegen Masern sind seit 2017 in Deutschland nicht mehr verfügbar. Die MMR/MMRV-Impfung ist in Deutschland in allen Bundesländern zwar öffentlich empfohlen, eine explizite oder gar sanktionsbewehrte Impfpflicht besteht aber nicht. Kleinkinder sollen eine erste Impfdosis im Alter von 11 bis 14 Monaten und eine zweite Impfdosis im Alter von 15 bis 23 Monaten erhalten.⁴⁰ Für nach 1970 geborene Personen über 18 Jahre ohne Impfung oder mit unklarem Impfstatus wird seit 2010 eine einmalige MMR-Impfung empfohlen.⁴¹ Die Impfung gilt als äußerst nebenwirkungsarm und wird in Deutschland, wie überall in Europa, als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung angeboten; ihre Kosten werden auch von den privaten Krankenversicherungen erstattet.

37 Vgl. Perry/Halsey 2004, S10.

38 Vgl. <https://www.afro.who.int/news/madagascar-mothers-show-grit-protect-their-children-government-partners-battle-measles> [11.06.2019].

39 Attenuierte Lebendimpfstoffe gegen virale Erkrankungen enthalten biologisch veränderte Viren, die zwar vermehrungsfähig, aber anders als Wildviren weder infektiös (auf andere Personen übertragbar) noch pathogen (Krankheitszeichen erzeugend) sind. Demgegenüber enthalten Totimpfstoffe keine kompletten Viren, sondern nur Virusbestandteile, die das Immunsystem zur Bildung spezifischer Antikörper anregen.

40 Vgl. Ständige Impfkommission 2018, 338.

41 Vgl. Ständige Impfkommission 2010.

2.2 Epidemiologische Grundlagen

2.2.1 Grundbegriffe

Das Ziel von Impfungen ist eine Absenkung der Erkrankungshäufigkeit (Morbidität) bzw. der Häufigkeit ihrer Komplikationen und davon abhängig die Vermeidung von Todesfällen infolge der Erkrankung (Mortalität). Die von Masern verursachten Erkrankungen, Komplikationen und Todesfälle lassen sich durch die zweimalige MMR-Impfung mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit vermeiden. Weil es sich bei Impfungen generell um präventive Maßnahmen handelt, müssen Impfstoffe bereits bei ihrer Zulassung, aber auch im weiteren Verlauf ihrer Anwendung (Pharmakovigilanz) höhere Sicherheitsanforderungen erfüllen als therapeutische Interventionen bei bestehenden Erkrankungen.

Ob eine Impfung öffentlich empfohlen wird, hängt davon ab, ob sie im Lichte der epidemiologischen Daten für notwendig und sicher erachtet wird. Hierzu gibt die beim Robert Koch-Institut eingerichtete Ständige Impfkommission (STIKO) Empfehlungen (§ 20 Abs. 2 Satz 1, 3 IfSG) heraus, auf deren Grundlagen die obersten Landesgesundheitsbehörden öffentliche Impfeempfehlungen aussprechen sollen (§ 20 Abs. 3 IfSG). Die Empfehlungen der STIKO bilden zugleich die Basis für die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, der in seiner Schutzimpfungs-Richtlinie die Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen festlegt. Nur mit besonderer Begründung kann der Gemeinsame Bundesausschuss von den Empfehlungen der STIKO abweichen. Die Zulassung von Impfstoffen erfolgt durch das Paul-Ehrlich-Institut oder die Europäische Arzneimittel-Agentur.⁴²

Für gesundheitliche Schäden, die eine Person aufgrund von Nebenwirkungen öffentlich empfohlener Impfungen

42 Vgl. Pfeleiderer/Wichmann 2015.

erleidet („Impfschaden“), gewährt § 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 IfSG einen Anspruch auf Versorgung. Im „Nationalen Impfplan“ des Jahres 2012 wurden die Daten zur Häufigkeit von Anträgen auf Anerkennung von Impfschäden für die Jahre 2005 bis 2009 ausgewertet. Unabhängig von der Art der verabreichten Impfung wurden demnach beispielsweise 2008 bundesweit 219 Anträge auf Anerkennung von Impfschäden gestellt und 43 Impfschäden anerkannt. Zur Einordnung ist zu berücksichtigen, dass 2008 allein zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung fast 45 Millionen Impfstoffdosen abgerechnet wurden.⁴³ Im gesamten Fünfjahreszeitraum wurden in sieben Bundesländern (für alle anderen lagen keine Daten vor) fünf Impfschäden nach Impfungen gegen Masern (einschließlich der verschiedenen Mehrfachimpfungen) anerkannt.⁴⁴

Mit Blick auf die medizinischen Grundlagen von Impfpfehlungen ist zunächst die Frage zu klären, wie hoch die Morbidität einer impfpräventablen Infektionskrankheit in Deutschland gemessen nach Inzidenz und Prävalenz⁴⁵ ist. Ferner ist festzustellen, wie ansteckend die Krankheit ist und bei welchem Anteil der Infizierten die Erkrankung ausbricht (Kontagions- und Manifestationsindex). Hinsichtlich der tatsächlich Erkrankten ist zusätzlich die Ermittlung der Komplikationsrate von Bedeutung. Hier ist zu fragen, welche Komplikationen welchen Schweregrades aufgrund der Krankheit auftreten und wie hoch die Mortalität (gegebenenfalls aufgeschlüsselt nach Alterskohorten) ist. Dem ist gegenüberzustellen, wie zuverlässig die Impfung vor der Krankheit schützt und ob es andere Interventionsstrategien gegebenenfalls mit welcher Wirksamkeit gibt. Schließlich ist zu fragen, wie häufig und gegebenenfalls wie schwerwiegend Komplikationen der Impfung sind. Hierfür sind unter anderem die folgenden epidemiologischen Parameter zu berücksichtigen:

43 Vgl. Gesundheitsministerkonferenz 2012, 119 f.

44 Vgl. ebd., 122.

45 Die Inzidenz ist die Neuerkrankungsrate; die Prävalenz die Anzahl aller bestehenden Erkrankungen.

- » Die Impfwirksamkeit (VE) gibt an, wie gut die Impfung vor der Erkrankung schützt, indem sie die prozentuale Verringerung der Krankheitsmanifestation in der geimpften Gruppe im Vergleich zu einer nicht geimpften Gruppe beziffert.⁴⁶ Die zweifache MMR-Impfung verhindert bei 92 bis 99 Prozent der Geimpften den Ausbruch einer Masernerkrankung und führt zumeist zu einer sehr langfristigen Immunität.⁴⁷ Nach einer weltweiten Metaanalyse liegt die VE einer einmaligen Masernimpfung im Median bei 77 Prozent für Impfungen zwischen dem neunten und elften Lebensmonat und bei 92 Prozent für Impfungen nach dem ersten Lebensjahr, während die VE einer zweimaligen Impfung altersunabhängig im Median bei etwa 94 Prozent liegt.⁴⁸
- » Die Anzahl der notwendigen Impfungen (NNT; engl. *number needed to treat / to vaccinate*) gibt an, wie viele Personen pro Zeiteinheit geimpft werden müssen, um die gewünschte Senkung der Morbidität bzw. der Mortalität zu erreichen. Sie ist der Maßstab für die Risikoreduktion durch die betreffende Impfung; je größer die NNT für eine bestimmte Impfung, desto geringer ist die Senkung der Erkrankungsrisiken in der geimpften Bevölkerung.
- » Der NNT wird der Anteil an geimpften Personen gegenübergestellt, bei denen eine unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW) im Sinne einer durch die Impfung verursachten Komplikation oder eines Todesfalles eintritt (NNH; engl. *number needed to harm*). Je seltener bei einer Impfung UAWs eintreten, desto höher ist also deren NNH. Als mögliche milde UAWs bei der Masernimpfung werden

46 Wird die VE unter kontrollierten Studienbedingungen und damit nur der direkte Effekt ermittelt, spricht man von *vaccine efficacy*; wird die VE unter Feldbedingungen ermittelt und damit sowohl direkte als auch indirekte Effekte, spricht man von *vaccine effectiveness* (vgl. Wichmann/Ultsch 2013, 1261 Tab. 1).

47 Vgl. den Abschnitt zu Präventiv- und Bekämpfungsmaßnahmen im RKI-Ratgeber „Masern“: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Masern.html [04.06.2019].

48 Vgl. für die VE bei einfacher Impfung Uzicanin/Zimmerman 2011, S145; für die VE bei zweifacher Impfung ebd., S135.

bei etwa 5 von 100 Geimpften lokale Schwellungen an der Einstichstelle bzw. kurzfristige milde Allgemeinsymptome wie Kopfschmerzen oder Mattigkeit beschrieben. Bei etwa 2 bis 5 von 100 Geimpften tritt Fieber verbunden mit einem schwachen, für andere Personen nicht infektiösen masernähnlichen Ausschlag („Impfmasern“) auf.⁴⁹ Milde UAWs stehen der Indikation zur Impfung nach allgemeiner Auffassung nicht entgegen.

- » Als schwerwiegende UAWs der Masernimpfung wird ein erhöhtes Risiko für Fieberkrämpfe beschrieben⁵⁰, bei 1 von 40.000 Geimpften eine Verminderung der Anzahl der Blutplättchen (Thrombozytopenie)⁵¹ sowie vereinzelt allergische Reaktionen auf Bestandteile des Impfstoffs.⁵² Symptomatische bzw. auf andere Personen übertragbare Maserninfektionen durch den derzeit verwendeten attenuierten Lebendimpfstoff wurden noch in keinem Fall nachgewiesen.⁵³ Auch für eine Gehirnentzündung (Enzephalitis) konnte kein kausaler Zusammenhang mit der Impfung belegt werden.⁵⁴ Ein Zusammenhang zwischen Masernimpfung und Autismus besteht nachgewiesenermaßen nicht; die dieser Behauptung zugrundeliegende Publikation aus dem Jahr 1997 wurde zurückgezogen und von fast allen Autorinnen und Autoren als grob fehlerhaft sowie teils vorsätzlich gefälscht eingestuft⁵⁵ und zudem durch zahlreiche prospektive Studien widerlegt⁵⁶.

Erst die Zusammenschau aller genannten Parameter ermöglicht die Beurteilung, ob eine Impfung geeignet ist, die

49 Vgl. den Abschnitt zu möglichen Nebenwirkungen der Impfung im BZgA-Impfportal: <https://www.impfen-info.de/impfempfehlungen/fuer-kinder-0-12-jahre/masern> [04.06.2019].

50 Vgl. Demicheli et al. 2012, 19.

51 Vgl. France et al. 2008.

52 Vgl. Patja et al. 2001.

53 Vgl. Greenwood et al. 2016.

54 Vgl. Tosun/Olut/Tansug 2017.

55 Vgl. etwa Murch et al. 2004; Editors of The Lancet 2010.

56 Vgl. zum Beispiel Hviid et al. 2019.

Morbidität sowie die Mortalität der Krankheit zu senken. Insbesondere muss die betreffende Impfung eine hohe VE aufweisen, und das Chancen-Risiko-Verhältnis muss eindeutig günstig sein.

Das Ausmaß der Absenkung der Morbidität in der Gesamtbevölkerung für die betreffende Erkrankung kann in der Regel nur durch mathematische Modellierungen abgeschätzt werden. In diesem Zusammenhang muss bedacht werden, wie lange die Immunität durch die Impfung vorhält und ob eine spätere Auffrischungsimpfung notwendig ist, und ob die Gefahr besteht, dass die Impfung die Erkrankung in spätere Lebensdekaden verlagert, in denen möglicherweise auch schwerwiegendere Verläufe möglich sind.

2.2.2 Gemeinschaftsschutz (Herdenimmunität)

Gemeinschaftsschutz – im epidemiologischen Sprachgebrauch auch „Herdenimmunität“ genannt – bezeichnet einen Zustand, in dem auch nichtimmune Personen in einer Bevölkerung geschützt sind, weil hinreichend viele andere Personen immun sind und daher den Erreger nicht länger an ungeschützte Personen weitergeben. Die Immunität von Individuen einer Population kann durch Impfung oder eine durchgemachte Infektion mit Wildviren erworben sein. Hinsichtlich der Masern spielt der letztgenannte „natürliche“ Weg des Erwerbs einer Immunität in Deutschland vorwiegend in älteren Jahrgängen eine Rolle. So gilt gemäß Robert Koch-Institut die Annahme, dass annähernd alle vor 1970 geborenen Menschen eine durch Exposition gegenüber dem Wildvirus erworbene Immunität gegen Masern besitzen. Mit dem „Herausaltern“ dieser Bevölkerungsgruppe aus der Population wächst die Bedeutung von Impfprogrammen mit hoher Impfquote für die Erzeugung bzw. Aufrechterhaltung des Gemeinschaftsschutzes gegen Masern.

Ein Gemeinschaftsschutz kann nur bei Krankheiten erreicht werden, die wie die Masern ausschließlich von Mensch

zu Mensch übertragen werden können, hingegen nicht bei Infektionskrankheiten, die auch auf anderen Wegen weitergegeben werden wie zum Beispiel Tetanus (Weitergabe durch Bodenbakterien) oder Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME; Weitergabe durch Zecken als Erregerreservoir). Impfungen gegen die letztgenannten Krankheiten bewirken daher nur einen Individualschutz. Der Gemeinschaftsschutz dient vor allem vulnerablen Personen: zum einen solchen, die noch zu jung für eine Impfung sind oder wegen Krankheit oder Immunschwäche (zum Beispiel infolge immunsuppressiver Therapien unter anderem in Onkologie und Transplantationsmedizin) nicht geimpft werden können, zum anderen solchen, die zwar geimpft wurden, aber keine schützenden Antikörper aufgebaut (Serokonversion) und daher keine Immunität erworben haben. Der Gemeinschaftsschutz nützt aber ebenso Personen, die ohne medizinischen Grund nicht geimpft sind und damit ohne eigenes Zutun von der Impfbereitschaft anderer profitieren – unabhängig davon, ob sie zwar grundsätzlich impfwillig, aber von Impfangeboten noch nicht erreicht worden sind oder ob sie ihnen eigentlich zugängliche Impfangebote bewusst nicht in Anspruch nehmen wollen. Um auch die genannten nicht geimpften vulnerablen Personen bzw. geimpfte Personen ohne erreichte Serokonversion durch einen ausreichenden Gemeinschaftsschutz vor Infektionen zu bewahren, sind verstärkte Anstrengungen erforderlich, um eine dafür ausreichende Impfquote zu erreichen.

Die Impfquote zur Erreichung eines effektiven Gemeinschaftsschutzes ist abhängig vom Kontagionsindex einer Infektionskrankheit, also davon, wie ansteckend sie ist. Je mehr ungeschützte Personen eine erkrankte oder symptomlos infektiöse Person in einem bestimmten Zeitraum und unter gegebenen epidemiologischen Umständen (Schule, Altenheim, Familie etc.) durchschnittlich ansteckt, desto höher ist die „Herdenimmunitätsschwelle“, die angibt, wie hoch der Anteil von Menschen sein muss, die gegen eine Erkrankung immun sind, damit ein Gemeinschaftsschutz erreicht wird. Bei Masern liegt

diese Schwelle bei 91 bis 94 Prozent, bei Poliomyelitis bei 80 bis 86 Prozent.⁵⁷ Die Herdenimmunitätsschwelle ist nicht gleichbedeutend mit der Durchimpfungsrate gegen die entsprechende Erkrankung, sondern beschreibt den notwendigen Prozentsatz tatsächlich immuner Menschen in der Bevölkerung.

In diesem Zusammenhang entsteht für alle Impfprogramme das strategische Problem, dass mit deren Erfolg durch die verminderte Zirkulation von Wildviren der relative Anteil von Menschen in der Bevölkerung zunimmt, der zum Aufbau einer Immunität einer Impfung bedarf. Gegen eine Vielzahl von Erregern banaler Infekte, etwa Adenoviren, ist zwar die Entwicklung von Impfstoffen möglich, aber der natürliche Verlauf einer Wildvirus-Infektion ist hier in der Regel folgenlos, sodass dafür kein Bedarf besteht. Für Masern kann angesichts ihrer Gefährlichkeit eine solche präventivmedizinische Toleranz gegenüber „natürlichen“, aber keineswegs harmlosen Infektionen nicht gelten.

Unabhängig von einem im eigenen Land bestehenden Gemeinschaftsschutz kann es aufgrund von Mobilität durch Migration oder Tourismus dazu kommen, dass aus Populationen mit prävalenten Infektionen Erreger in Regionen „exportiert“ werden, in denen diese Infektionskrankheit nicht oder nicht mehr endemisch ist. Solche Epidemien sind besonders gefährlich, weil sie für die Gesundheitssysteme der „Empfängländer“ überraschend eintreten und deshalb eventuell nicht sofort erkannt, verfolgt und eingedämmt werden. So kam es von 2008 bis 2011 zu einer Masernepidemie in Bulgarien mit über 24.000 Erkrankten und 24 Todesfällen⁵⁸, an deren Anfang ein lokaler Ausbruch in Hamburg stand⁵⁹. 2018 fand im Rahmen eines Schüleraustausches ein „Export“ von Masernviren aus Deutschland in das bis dahin seit 20 Jahren masernfreie Guatemala statt.⁶⁰

57 Vgl. Plans-Rubió 2012, 185.

58 Vgl. Muscat et al. 2016.

59 Vgl. Mankertz et al. 2011.

60 Vgl. Pan American Health Organization/World Health Organization 2018, 2.

2.3 Präventionsmedizinische Ziele von Impfungen und Impfprogrammen

Impfungen dienen erstens mit der durch den Impfstoff erworbenen Immunität dem individuellen Selbstschutz, zweitens dem solidarischen Gemeinwohl, indem ein Gemeinschaftsschutz im eigenen Land aufgebaut und der Export von Krankheiten in andere Populationen verhindert wird, und drittens ermöglichen sie bei dafür geeigneten Krankheiten eine weltweite Eradikation und den Schutz zukünftiger Generationen.

Dementsprechend verfolgen Impfungen vier Ziele, die zueinander nicht in Konkurrenz stehen, sondern einander in mehrerlei Hinsicht ergänzen bzw. bedingen:

Individualprävention

Durchführung bzw. Inanspruchnahme einer Impfung, um die individuellen Risiken aufgrund einer Infektion und die Gefahr von Folgeschäden für die geimpfte Person selbst zu vermeiden. Praktische Voraussetzung hierfür ist ein wirksamer, tatsächlich verfügbarer und bezahlbarer Impfstoff. Medizinisch ist ein in Relation zur Schwere der Erkrankung günstiges Verhältnis von Schutzwirkung zu Risiken erforderlich.

Ein besonderer Anlass der Individualprävention sind Impfungen, die nicht allgemein empfohlen sind, sondern als „Indikationsimpfung“ anlassbezogen etwa bei beruflicher Exposition, vor Reisen in Endemiegebiete oder bei spezifisch vulnerablen Gruppen erfolgen (zum Beispiel gegen Gelbfieber oder Tollwut).

Populationsprävention

Impfung mit dem Ziel des Aufbaus bzw. Erhalts eines Gemeinschaftsschutzes. Hierbei steht das Wohl von Menschen mit verringertem oder noch nicht vorhandenem Impfschutz (wie etwa Säuglingen vor der Erstimpfung oder Transplantatempfängern unter immunsuppressiver Therapie) im Vordergrund. Die Nutznießenden des Schutzes können entweder lokal und

persönlich bestimmt sein (zum Beispiel andere Kinder in der Kita; Patientinnen/Patienten einer Ärztin bzw. eines Arztes) oder auch unbestimmt (zum Beispiel ungeimpfte Schwangere durch eine Rötelnimpfung bei Männern bzw. bei Frauen im Reproduktionsalter)⁶¹. Ziel ist eine möglichst breite Populationsimmunität und die Reduktion bzw. Beendigung der Erregerzirkulation.

Bei nicht allein von Mensch zu Mensch übertragbaren Infektionskrankheiten wie etwa Tetanus oder FSME kann das Ziel der Impfung ausschließlich in der Individualprävention und nicht im Gemeinschaftsschutz liegen.

Globale Prävention

Impfung mit dem – meist impliziten – Ziel der Vermeidung des Exports von Erregern in Regionen, in denen die Krankheit nicht endemisch ist. „Importierte“ Infektionen können in Nicht-Endemiegebieten zum einen besonders schwere individuelle Verläufe haben, zum anderen wegen des dort fehlenden Gemeinschaftsschutzes zu sich rasch ausbreitenden Epidemien führen. Dies gilt exemplarisch für Masern (siehe Abschnitt 2.2.2).

Sonderfälle der globalen Prävention sind der umfassende Impfschutz von Personal im Entwicklungsdienst oder bei militärischen bzw. ökologischen Auslandseinsätzen und umgekehrt bei der Aufnahme von Menschen nach Flucht oder Migration aus mit im Zielland nicht endemischen Infektionskrankheiten belasteten Weltregionen – bei der Tuberkulose mangels Impfmöglichkeit auf medikamentösem Wege, aber mit derselben Zielsetzung.

⁶¹ Ein Sonderfall in der Eltern-Kind-Beziehung sind Impfungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Neugeborenenperiode (Röteln, Varizellen, Hepatitis-B-Viren, Influenza, Pertussis, Masern etc.). Dabei geht es um die Vermeidung vertikaler Transmission von der Mutter auf das Kind zur Vermeidung kongenitaler Infektionen (Röteln, Varizellen) und um eine Verbesserung des Nestschutzes.

Eradikation/Generationenübergreifende Prävention

Impfung mit dem Ziel der weltweiten Eradikation solcher Infektionskrankheiten, die ausschließlich ein humanes Erregerreservoir haben. Dementsprechend gelten hierfür von der WHO supranational entworfene und koordinierte, aber in einzelstaatlicher Verantwortung umzusetzende Impfstrategien. Hier richtet sich der Schutz nicht nur auf die aktuell lebenden Menschen, sondern auch auf deren Nachkommen bis in unbestimmte Zukunft. Gelingt es einer Generation, einen nur von Mensch zu Mensch übertragbaren Erreger (wie etwa das Pockenvirus) auszurotten, sind auch noch nicht geborene Generationen von den Gefahren und den auf diese bezogenen Präventionserfordernissen frei⁶². Auch für die Masern besteht angesichts ihres rein humanen Erregerreservoirs und verfügbarer wirksamer Impfstoffe die Möglichkeit, sie künftig zu eradizieren.

2.4 Psychosoziale Aspekte

In diesem Abschnitt werden die vorhandenen Erkenntnisse zu der Frage zusammengefasst, welche Personenkreise in Deutschland aus welchen Gründen *nicht* gegen die Masern geimpft sind.

Bei Kindern und Jugendlichen ergibt sich aus der zwischen 2014 und 2017 durchgeführten zweiten Basiserhebung der repräsentativen „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS Welle 2) eine Quote von 97,4 Prozent für die erste Impfung gegen Masern bei Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 3 und 17 Jahren.⁶³ Die für den Gemeinschaftsschutz kritische Schwelle von etwa 95 Prozent wird in allen betrachteten Altersgruppen und unabhängig

62 Dasselbe Ziel haben bei von bestimmten Tierarten übertragenen Zoonosen Programme, Erregerreservoirs in diesen Spezies nachhaltig zu eliminieren (zum Beispiel Tollwut-Impfköder für Füchse).

63 Vgl. Poethko-Müller et al. 2019, 416.

von Geschlecht, sozialem Status und Migrationshintergrund erreicht. Im Fall der zweiten Masernimpfung wird diese Schwelle in fast allen Gruppen und auch in der Gesamtkohorte (93,6 Prozent) knapp verfehlt.⁶⁴ Im Vergleich zu den 2007 publizierten Ergebnissen der ersten KiGGS-Studie fällt auf, dass die damals niedrige Quote für die zweite Masernimpfung erheblich erhöht werden konnte, zum Beispiel in der Gruppe der 3- bis 10-Jährigen von 73,7 Prozent auf 93,4 Prozent.⁶⁵ Allerdings belegen die jüngsten Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen, dass von 2015 bis 2017 für die zweite Masernimpfung kein weiterer Anstieg der Quote mehr zu verzeichnen ist.⁶⁶

Außerdem bestehen in einzelnen Regionen immer noch, teils erhebliche, Impflücken bei Kindern und Jugendlichen. Bezüglich der Masernimpfung gibt es zwar keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen den Quoten in Ost und West⁶⁷, Daten des Versorgungsatlas weisen jedoch darauf hin, dass es insbesondere in wohlhabenden Landkreisen Süddeutschlands Durchimpfungslücken gibt.⁶⁸ So bleiben die Impfquoten in einigen Regionen Bayerns und Baden-Württembergs, die durch vergleichsweise hohes Haushaltseinkommen, geringe Arbeitslosenquote und geringe gesundheitliche Belastung gekennzeichnet sind, deutlich hinter dem Bundesdurchschnitt zurück. Das dürfte vermutlich nicht mit mangelnden Impfangeboten, sondern mit einer stärkeren Verbreitung impfkritischer Einstellungen bei Eltern, eventuell auch beim Personal in Bildungseinrichtungen bzw. Ärztinnen und Ärzten zusammenhängen. Die genauen Gründe für diese regionalen Besonderheiten sind allerdings nicht bekannt.

Die Datenlage zum Impfstatus Erwachsener ist in Deutschland mangels systematischer Erhebungen weniger präzise als

64 Vgl. ebd.

65 Vgl. ebd., 417.

66 Vgl. Robert Koch-Institut 2019, 152.

67 Vgl. Poethko-Müller 2019, 418.

68 Vgl. Goffrier/Schulz/Bätzing-Feigenbaum 2017.

die zum Impfstatus von Kindern, der im Rahmen der Schulinganguntersuchung erfasst wird. Es besteht aber kein Zweifel daran, dass die Durchimpfungsraten bei Erwachsenen viel schlechter sind als bei Kindern und Jugendlichen. So kommt die bereits erwähnte DEGS1-Studie aus dem Jahr 2013 zu dem Ergebnis, dass unter den damals 40- bis 49-Jährigen nur 25,1 Prozent mindestens eine Impfdosis gegen Masern erhalten hatten.⁶⁹ Bei den nach 1970 Geborenen kann zudem nicht mehr davon ausgegangen werden, dass sie als Kinder die Masern mit großer Wahrscheinlichkeit durchgemacht haben und deshalb auch ohne Impfung immun sind. Auch eine Analyse der gemeldeten Masernfälle lässt darauf schließen, dass es bei Erwachsenen erhebliche Impfücken gibt. So verschiebt sich die Altersverteilung der gemeldeten Fälle seit Jahren hin zu höheren Altersgruppen.⁷⁰ Im Jahr 2018 handelte es sich bei ungefähr der Hälfte der in Deutschland an Masern Erkrankten um Erwachsene.⁷¹ In der Konsequenz werden die nach 1970 geborenen Erwachsenen im „Nationalen Aktionsplan 2015-2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland“ als Bevölkerungsgruppe mit besonderem Handlungsbedarf bezeichnet.⁷² Diese Tatsache ist in der Bevölkerung offenbar wenig bekannt. So gab 2016 nur ein Viertel der Befragten aus dieser Altersgruppe an, davon gehört zu haben, dass seit 2010 eine einmalige Masernimpfung für nach 1970 Geborene empfohlen wird.⁷³

Einen besonderen Handlungsbedarf sieht der Nationale Aktionsplan auch bei Personen aus „Bevölkerungsgruppen mit einer potenziellen Unterversorgung bzw. die im Ausland geboren wurden (zum Beispiel Roma, Flüchtlinge, Asylsuchende)“.⁷⁴ Belege für schlechtere Impfquoten gibt es etwa für Kinder und

69 Vgl. Poethko-Müller/Schmitz 2013, 849.

70 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2015, 17.

71 Vgl. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Praevention/elimination_04_01.html [13.05.2019].

72 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2015, 7.

73 Vgl. Horstkötter et al. 2017, 13.

74 Bundesministerium für Gesundheit 2015, 24.

Jugendliche, die nicht in Deutschland geboren wurden, was unter anderem an Defiziten in der Impfversorgung der jeweiligen Herkunftsländer liegen kann.⁷⁵ Bereits die Daten der ersten KiGGS-Studie haben jedoch gezeigt, dass ein Migrationshintergrund als solcher *nicht* darauf schließen lässt, dass Kinder und Jugendliche niedrigere Impfquoten aufweisen.⁷⁶ Beispielsweise wird laut der letzten Erhebung, die von 2014 bis 2017 stattgefunden hat, bei der zweiten Masernschutzimpfung die für den Gemeinschaftsschutz wünschenswerte Impfquote mit 95,9 Prozent nur in der Gruppe derjenigen Kinder und Jugendlichen erreicht, bei denen ein Elternteil einen Migrationshintergrund aufweist. Kinder und Jugendliche, bei denen kein Elternteil einen Migrationshintergrund hat, verfehlen diese Quote hingegen ebenso wie Kinder und Jugendliche, bei denen beide Elternteile einen Migrationshintergrund haben (mit 93,6 bzw. 93,2 Prozent).⁷⁷ Kulturspezifische Vorbehalte der Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund lassen sich allenfalls gegen einzelne Impfungen wie die HPV-Impfung nachweisen.⁷⁸ Eltern mit Migrationshintergrund geben über alle sozialen Schichten hinweg seltener Gründe gegen die Impfung eines Kindes an als die Eltern von Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund.⁷⁹

Was die Einstellungen zu Impfungen in der Gesamtbevölkerung betrifft, können einer 2017 veröffentlichten repräsentativen Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zufolge rund drei Viertel der Bevölkerung (77 Prozent) als generell Impfbefürwortende bezeichnet werden; „18 Prozent haben zumindest teilweise Vorbehalte gegenüber dem Impfen“, 3 Prozent stehen dem Impfen „eher ablehnend“ und 2 Prozent „ablehnend“ gegenüber.⁸⁰ Im Vergleich

75 Vgl. Schenk et al. 2008, 116.

76 Vgl. ebd.

77 Vgl. Poethko-Müller 2019, 416.

78 Vgl. ebd., 419.

79 Vgl. Schenk et al. 2008, 117.

80 Vgl. Horstkötter et al. 2017, 31.

zu Vorgängerstudien aus den Jahren 2012 und 2014 zeigt sich, dass der Anteil der Impfbefürwortenden signifikant gestiegen, der der Impfgegnerinnen und Impfgegner hingegen gesunken ist. Der Anteil derjenigen, die Impfungen ablehnend oder eher ablehnend gegenüberstehen, lag 2012 noch bei 8 Prozent.⁸¹ Zur Masernimpfung gaben in dieser Befragung 57 Prozent der Eltern an, ein Impfschutz für ihr Kind gegen Masern sei ihnen „besonders wichtig“, und 34 Prozent, er sei ihnen „wichtig“. Lediglich 8 Prozent der befragten Eltern (4 Prozent der befragten Frauen im Vergleich zu 15 Prozent der Männer) äußerten, ein Impfschutz gegen diese Krankheit erscheine ihnen für ihr Kind „nicht so wichtig“.⁸²

Will man die Akzeptanz von Impfungen verbessern und so die Impfquoten erhöhen, benötigt man genauere Kenntnis der Faktoren, von denen individuelle Impfscheidungen abhängig sind. In der Psychologie werden diese Faktoren analysiert und in Modellen zusammengefasst, mit deren Hilfe sich Impfvorbehalte und -hindernisse verstehen und gezielt adressieren bzw. beseitigen lassen.⁸³ Im Folgenden wird kurz das sogenannte „5C-Modell“ dargestellt, in das verschiedene ältere Modelle eingegangen sind, weshalb es als besonders umfassend gelten kann.⁸⁴ Die fünf „C“ stehen dabei für fünf englische Begriffe, die die wesentlichen Gründe individueller Impfscheidungen zu benennen beanspruchen: „Confidence (Vertrauen), Complacency (Risikowahrnehmung), Constraints (Barrieren in der Ausführung), Calculation (Ausmaß der Informationssuche) und Collective Responsibility (Verantwortungsgefühl für die Gemeinschaft)“.⁸⁵

Inwiefern sich bei jeder Impfscheidung die grundsätzliche Frage nach dem Vertrauen in den Staat bzw. das

81 Vgl. ebd., 32.

82 Vgl. ebd., 172.

83 Für eine hilfreiche Übersicht über die gängigen psychologischen Modelle für Impfscheidungen siehe Betsch et al. 2018.

84 Vgl. Betsch et al. 2019, 400.

85 Ebd.

Gesundheitssystem stellt, wird im nachfolgenden ethischen Teil noch genauer herausgearbeitet. Im Kontext des 5C-Modells bezieht sich der Faktor „Confidence“ zum einen auf die Wirksamkeit und Sicherheit von Impfungen und zum anderen auf die Vertrauenswürdigkeit öffentlicher Impfeempfehlungen.⁸⁶ Zwei Belege mangelnden Vertrauens aus der BZgA-Infektionsschutz-Umfrage sind in diesem Zusammenhang besonders bedeutsam: So stimmten im Jahr 2016 lediglich 57 Prozent der Befragten der Aussage „voll“ oder „eher“ zu, dass sie darauf vertrauen, „dass staatliche Behörden immer im besten Interesse für die Allgemeinheit entscheiden“, wenn es um das Angebot von Impfungen geht. Nur 56 Prozent stimmten der Aussage voll oder eher zu, dass sie „vollstes Vertrauen in die Sicherheit von Impfungen“ haben.⁸⁷ Betrachtet man nur die Gruppe derjenigen, die eine „(eher) ablehnende“ Einstellung zu Impfungen haben, so bekundeten sogar nur 19 Prozent ihr Vertrauen in staatliche Impfeempfehlungen und lediglich 9 Prozent vertrauen auf die Impfsicherheit.⁸⁸

Es liegt nahe, dem Misstrauen, das sich in diesen Befunden andeutet, mit Aufklärungskampagnen zu begegnen. Evidenzbasierte und für Laien verständliche Informationsangebote zum Thema Impfen gibt es bereits seit Längerem.⁸⁹ Insbesondere im Internet konkurrieren seriöse Informationsseiten jedoch mit Seiten, die Fehlinformationen über Impfungen mit dem Ziel verbreiten, deren Akzeptanz zu verringern. Von wissenschaftlicher Seite wird daher gefordert, die Aufklärung über das Impfen selbst um eine Aufklärung über die rhetorischen Techniken zu ergänzen, mit denen Impfgegner ihre

86 Vgl. ebd., 401.

87 Vgl. Horstkötter et al. 2017, 33.

88 Vgl. ebd., 37.

89 Allen voran das BZgA-Impfportal: <https://www.impfen-info.de> [13.05.2019]. Die Informationsangebote des Robert Koch-Instituts wenden sich hingegen vorrangig an medizinisches Fachpersonal. Hilfreich sind aber beispielsweise die gemeinsam mit dem Paul-Ehrlich-Institut erarbeiteten Antworten zu den 20 häufigsten Einwänden gegen das Impfen: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Bedeutung/Schutzimpfungen_20_Einwaende.html [13.05.2019].

Sicht der Sachlage plausibel erscheinen zu lassen versuchen.⁹⁰ Dass ein besserer Wissensstand allerdings nicht automatisch größeres Vertrauen nach sich zieht, zeigt sich schon an dem Umstand, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen als diejenige Bevölkerungsgruppe, welche die Impfsicherheit und die Angemessenheit öffentlicher Impfempfehlungen am kompetentesten beurteilen können sollte, dem Impfsystem kein größeres Vertrauen entgegenbringt als der Bevölkerungsdurchschnitt. So äußern lediglich 55 respektive 52 Prozent des medizinischen Personals ihre Zustimmung zu den oben genannten Aussagen.⁹¹

Der Faktor „Complacency“ verweist auf mangelndes Risikobewusstsein. Das Bewusstsein für die mit einer bestimmten Infektionskrankheit verbundenen Risiken nimmt mangels persönlicher Erfahrung ab, wenn diese Erkrankung nur noch selten auftritt. So kann eine Impfkampagne zum Opfer ihres eigenen Erfolges werden, weil die Motivation, sich gegen eine bestimmte Erkrankung impfen zu lassen, immer mehr sinkt, je näher der Zielpunkt der Elimination rückt.⁹² Ein solcher Effekt könnte auch bei der Masernimpfung eintreten, denn in der BZgA-Umfrage von 2016 äußerten etwa 12 Prozent der Erwachsenen, sich bisher deshalb nicht gegen Masern impfen lassen zu haben, weil sie die Masern als keine besonders schwere Krankheit einschätzen.⁹³ Immerhin hat sich der Anteil der Erwachsenen, die dieser Ansicht sind, seit dem Jahr 2012 halbiert.⁹⁴ Das Bewusstsein für die Schwere einer Erkrankung und die damit eventuell verbundenen Komplikationen lässt sich grundsätzlich mithilfe entsprechender Informationskampagnen schärfen. Allerdings sind für die Gestaltung solcher Kampagnen psychologische Erkenntnisse über effektive Strategien der Einflussnahme auf die Risikowahrnehmung bedeutsam.

90 Vgl. Betsch et al. 2019, 403 f.

91 Vgl. Horstkötter et al. 2017, 38.

92 Vgl. Betsch et al. 2019, 405.

93 Vgl. Horstkötter et al. 2017, 108.

94 Vgl. ebd., 109.

Beispielsweise gibt es Hinweise darauf, dass „Furchtappelle, also angsterzeugende Bilder von Kindern, die an Masern erkrankt sind, einen Bumerang-Effekt auslösen und zu einer geringeren Impfbereitschaft führen“ können.⁹⁵

Nicht alle Personen, deren Impfschutz hinter den Empfehlungen zurückbleibt, sind als Impfskeptiker zu bezeichnen. Bei manchen von ihnen scheitert die eigentlich vorhandene Absicht, sich selbst oder auch die eigenen Kinder impfen zu lassen, an praktischen Barrieren („Constraints“ – in anderen Modellen wird dieser Faktor als „Convenience“ bezeichnet).⁹⁶ So stimmten in der BZgA-Umfrage 13 Prozent der Befragten der Aussage voll oder eher zu, Alltagsstress halte sie davon ab, sich impfen zu lassen, und 9 Prozent der Aussage, es sei für sie aufwendig, sich impfen zu lassen.⁹⁷ Was die Impfungen von Kindern betrifft, geben 9 Prozent der Eltern an, die Impfung eines Kindes schon einmal versäumt zu haben, weil sie diese im Alltagstrubel vergessen hätten, und 3 Prozent, weil es ihnen aus zeitlichen/organisatorischen Gründen nicht möglich gewesen sei, mit dem Kind zum Arzt bzw. zur Ärztin zu gehen.⁹⁸

Personen, bei denen der Faktor „Calculation“ ausgeprägt ist, suchen aktiv und ausgiebig nach Informationen, um zu einer genauen Einschätzung der mit Impfungen verbundenen Chancen und Risiken zu gelangen. So stimmten in der BZgA-Umfrage 51 Prozent der Befragten der Aussage „Wenn ich darüber nachdenke, mich impfen zu lassen, wäge ich sorgfältig Nutzen und Risiken ab“ voll zu und weitere 17 Prozent stimmen dieser Aussage eher zu.⁹⁹ Personen mit hohem Informationsbedürfnis, aber ohne ideologische Vorbehalte sind grundsätzlich gut mit Aufklärungskampagnen zu erreichen. Allerdings laufen sie auch Gefahr, an unseriöse Informationsquellen zu geraten, sodass sie die Risiken von Impfungen

95 Vgl. Betsch et al. 2019, 405.

96 Vgl. ebd., 401.

97 Vgl. Horstkötter et al. 2017, 33.

98 Vgl. ebd., 150.

99 Vgl. ebd., 33.

tendenziell überschätzen und eine geringere Impfbereitschaft zeigen als der Bevölkerungsdurchschnitt.¹⁰⁰

Schließlich steht der Faktor „Collective Responsibility“ für das Verantwortungsgefühl gegenüber der Gemeinschaft und die Bereitschaft, sich selbst bzw. die eigenen Kinder impfen zu lassen, um so zum Infektionsschutz anderer beizutragen.¹⁰¹ Diese Haltung setzt voraus, dass das Konzept des Gemeinschaftsschutzes überhaupt bekannt ist. Dies trifft der BZgA-Umfrage des Jahres 2016 zufolge auf 71 Prozent der Befragten zu.¹⁰² Zwei weitere Fragen dienten dem Zweck, die Ausprägung des Verantwortungsgefühls für die Gemeinschaft bei den Teilnehmern abzuschätzen. Der Aussage „Wenn alle geimpft sind, brauche ich mich nicht auch noch impfen zu lassen“ stimmten 4 Prozent voll und weitere 2 Prozent eher zu. Demgegenüber gaben 78 Prozent an, der Aussage nicht zuzustimmen.¹⁰³ Die zweite Aussage lautete: „Ich lasse mich impfen, um auch andere zu schützen, die sich nicht impfen lassen können oder wollen.“ Dieser Aussage stimmten 36 Prozent der Befragten voll und weitere 16 Prozent eher zu. 24 Prozent sind bezüglich dieser Aussage geteilter Meinung, 7 Prozent stimmten eher nicht zu und 17 Prozent stimmten nicht zu.¹⁰⁴ Aus der psychologischen Forschung zu diesem Faktor ergibt sich unter anderem, dass die Vermittlung von Wissen zum Gemeinschaftsschutz die Impfbereitschaft erhöht, sofern die Risiken, denen man sich damit aussetzt, als gering eingeschätzt werden. Außerdem scheint eine Rolle zu spielen, ob die anderen, für deren Schutz man sich impfen lässt, selbst nicht geimpft werden *können* (etwa aus gesundheitlichen Gründen) oder ob sie dies nicht *wollen* (weil sie etwa selbst die Risiken einer Impfung scheuen). Wenn im Rahmen von Kampagnen an das kollektive Verantwortungsgefühl appelliert werden soll, ist es

100 Vgl. Betsch 2019, 406.

101 Vgl. ebd., 401.

102 Vgl. Horstkötter et al. 2017, 64.

103 Vgl. ebd., 66.

104 Vgl. ebd., 67.

demnach wichtig zu betonen, dass durch eine hohe Impfquote „unfreiwillig Nichtgeimpfte mitgeschützt werden können“¹⁰⁵.

Abschließend soll noch die Rolle von Ärztinnen und Ärzten angesprochen werden. In den BZgA-Infektionsschutz-Umfragen der Jahre 2012, 2014 und 2016 wurden die nach 1970 geborenen Erwachsenen, die angaben, noch nicht gegen die Masern geimpft worden zu sein, gefragt, warum dies der Fall sei. Die mit Abstand häufigste Antwort war, dass die Betroffenen nicht auf die Notwendigkeit einer Impfung hingewiesen worden seien. Da nicht bekannt ist, ob die Befragten überhaupt eine Ärztin bzw. einen Arzt aufgesucht hatten, lässt sich daraus allerdings nicht auf ärztliche Versäumnisse schließen.

Bei Erwachsenen raten Ärztinnen und Ärzte nur sehr selten von einer Impfung ab. 2016 gab nur 1 Prozent der Befragten an, der behandelnde Arzt bzw. die Ärztin habe ihnen von der Impfung abgeraten, während es 2012 noch 3 Prozent waren.¹⁰⁶ Bei Kindern geschieht dies offenbar häufiger. Eltern, die nach den Gründen befragt wurden, warum eine Impfung bei ihrem Kind nicht vorgenommen worden sei, gaben in 19 Prozent der Fälle an, ihre Ärztin bzw. ihr Arzt habe von der Impfung abgeraten.¹⁰⁷ Der Befragung lässt sich jedoch nicht entnehmen, ob in diesen Fällen jeweils medizinische Kontraindikationen vorlagen.

¹⁰⁵ Betsch et al. 2019, 406.

¹⁰⁶ Vgl. Horstkötter et al. 2017, 108.

¹⁰⁷ Vgl. ebd., 149.

3 NORMATIVE ANALYSE

Die folgenden normativen Überlegungen zu einem angemessenen Umgang mit den bestehenden Defiziten im Bereich der Masernschutzimpfung greifen einerseits die aktuelle (gesundheits-)politische Debatte auf, in deren Zentrum die Frage steht, ob und gegebenenfalls für wen und unter welchen Bedingungen eine Impfpflicht gegen Masern eingeführt und wie diese ausgestaltet werden soll. Andererseits gehen sie über den derzeitigen Diskussionsstand hinaus, indem sie auf der Grundlage einer Klärung des mehrdeutigen Begriffs „Impfpflicht“ die rechtlichen und ethischen Argumente entfalten, die bei einer auf die Erhöhung der Impfquote bei Masern zielenden Regulierung zu berücksichtigen sind.

3.1 Dimensionen des Begriffs Impfpflicht

Der mehrdeutige Begriff der „Impfpflicht“ kann entweder im *moralischen* oder im *rechtlichen* Sinne verstanden werden. Von einer staatlichen Impfpflicht im eigentlichen Sinn kann nur gesprochen werden, wenn zwei Voraussetzungen erfüllt sind: Erstens bedarf es präziser Angaben zum verpflichteten Personenkreis und zweitens müssen die Instrumente bestimmt werden, mit deren Hilfe etwaige Verletzungen von Normen sanktioniert werden.

Hinsichtlich des verpflichteten Personenkreises und damit der *Adressatinnen und Adressaten einer Regulierung* sind wenigstens drei Differenzierungen vorzunehmen: Erstens ist zu klären, ob alle Personen geimpft werden sollen oder nur bestimmte Personengruppen (zum Beispiel Kinder, die eine Schule oder eine Kindertagesstätte besuchen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Kliniken oder Kindertagesstätten etc.). Zweitens ist die altersabhängige Entscheidungskompetenz der Betroffenen zu berücksichtigen, sodass etwa

zwischen einer Impfpflicht für Erwachsene einerseits und für Kinder und Jugendliche andererseits insofern zu unterscheiden ist, als Letztere nicht bzw. nicht allein über die Teilnahme an einer Impfung entscheiden, sondern die Sorgeberechtigten (das heißt in der Regel die Eltern). Drittens ist zu differenzieren zwischen der primären Pflicht von Personen, sich impfen zu lassen, und sekundären Pflichten von Dritten, für einen Impfschutz bestimmter Personen zu sorgen. Im letztgenannten Sinn kann der Träger einer Klinik oder Kindertagesstätte verpflichtet sein, für einen ausreichenden Impfschutz der dort beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Sorge zu tragen.

Da die Verletzung einer Rechtspflicht in der Regel rechtliche Konsequenzen hat, zwingt die Forderung nach einer staatlichen Impfpflicht auch zu einer präzisen Benennung der *Instrumente einer Regulierung*, die sich wie folgt typisieren lassen: Die rechtlichen Konsequenzen einer Nichtbefolgung können etwa in Rechtsnachteilen (zum Beispiel in Gestalt eines Bonus-/Malus-Systems in der Krankenversicherung oder im Ausschluss der Krankheit aus dem Versicherungsschutz, wenn die Versicherungsnehmerin bzw. der Versicherungsnehmer nicht geimpft ist und an dieser Infektion erkrankt), in der Haftung für Schäden Dritter (falls diese von einer nicht geimpften Person angesteckt werden), in Verboten, bestimmte Einrichtungen zu besuchen (wie zum Beispiel Kindertagesstätten oder Schulen für nicht geimpfte Kinder wie für nicht geimpfte Erwachsene), und in Tätigkeitsverboten (etwa für nicht geimpftes Klinik- oder Lehrpersonal) bestehen. Als konkrete Sanktionierungsinstrumente im Falle der Verletzung einer gesetzlichen Impfpflicht kämen entweder Bußgelder (Ordnungswidrigkeit) oder Strafen (Straftat) infrage. Für die Durchsetzung einer Impfverpflichtung kann gegebenenfalls auf die Mittel der Verwaltungsvollstreckung zurückgegriffen werden bis hin zur zwangsweisen Vornahme der Impfung („Zwangsimpfung“). Da die sorgeberechtigten Eltern grundsätzlich über die Impfung ihres Kindes entscheiden können,

ihre Elternautonomie jedoch dort endet, wo eine verfassungskonforme Rechtspflicht zur Impfung besteht, kann bei Gefährdung des Kindeswohls das Familiengericht intervenieren (§ 1666 BGB).

Um einer eindimensionalen, nämlich rein rechtlichen Verwendung des Begriffs der Impfpflicht entgegenzuwirken und das Spektrum der Maßnahmen zur schrittweisen Steigerung der Impfrate offenzuhalten, soll nachfolgend zunächst der rechtliche Ordnungsrahmen skizziert werden, um mögliche Ansatzpunkte für eine konstruktive Rechtsfortbildung zu identifizieren. Im Anschluss daran sind die wichtigsten ethischen Argumente zur Begründung einer moralischen Impfpflicht zu entfalten.

3.2 Der rechtliche Ordnungsrahmen

3.2.1 Das geltende einfache Recht

Eine Impfpflicht im engeren Sinne kennt das geltende Recht nicht, sieht man von der Sonderregelung für Soldatinnen und Soldaten in § 17 Abs. 4 Satz 3 des Soldatengesetzes¹⁰⁸ ab. Auch eine zwangsweise Heilbehandlung ist durch § 28 Abs. 1 Satz 3 des Infektionsschutzgesetzes¹⁰⁹ (IfSG) verboten. Immerhin ermächtigt § 20 Abs. 6 IfSG das Bundesministerium für Gesundheit dazu, „Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe“ durch Rechtsverordnung für „bedrohte Teile der Bevölkerung“ anzuordnen, „wenn eine übertragbare Krankheit mit klinisch schweren Verlaufsformen auftritt und mit ihrer epidemischen Verbreitung zu rechnen

¹⁰⁸ Gesetz über die Rechtsstellung der Soldaten vom 30. Mai 2005 (BGBl. I, 1482), zuletzt geändert durch Art. 10 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I, 2387).

¹⁰⁹ Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen vom 20. Juli 2000 (BGBl. I, 1045), zuletzt geändert durch Art. 14b des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I, 646).

ist“.¹¹⁰ Abgesehen von der Frage, ob die Anordnung eines Impfwangs nicht durch den Gesetzgeber selbst erfolgen muss – und an die Exekutive nicht delegiert werden darf –, dürfte die Verordnungsermächtigung die Etablierung eines allgemeinen Impfwangs wohl nicht tragen. Das Tatbestandsmerkmal „bedrohte Teile der Bevölkerung“ wird man als Verweis auf Personengruppen verstehen müssen, bei denen aufgrund eines konkreten Ausbruchsgeschehens eine Ansteckung wahrscheinlich ist. § 20 IfSG folgt erkennbar einer abgestuften Dramaturgie: Impfungen werden grundsätzlich erläutert (Abs. 1) und empfohlen (Abs. 3) und nur bei einem konkreten Ausbruch besteht als Ultima Ratio die Möglichkeit der Anordnung einer Impfung (Abs. 6). Diese Anordnung ist darauf begrenzt, eine weitere Ausbreitung zu verhindern. Es geht nicht um die Herbeiführung eines Gemeinschaftsschutzes.¹¹¹

Auf Prävention zielende und bei Verstößen sanktionierende Impfpflichtregelungen kennt das geltende Recht nicht. Stattdessen setzt der Staat weitgehend auf informatorische, empfehlende, zum Teil aber auch verpflichtende Beratung. Mit dem sogenannten Präventionsgesetz¹¹² ist im Jahr 2015 insoweit ein etwas intensiver regulierendes Instrument eingeführt worden. Nach § 34 Abs. 10a IfSG ist bei Kindern, die in eine Tagesstätte aufgenommen werden, nunmehr der Nachweis einer vorherigen ärztlichen Beratung hinsichtlich des Impfschutzes vorzulegen. Wird dieser Nachweis nicht erbracht, kann das Gesundheitsamt die sorgeberechtigten Personen zu einer Beratung laden, es muss dies aber nicht tun. Nach § 35 Satz 1 IfSG sind Personen, die in Einrichtungen, in denen überwiegend Säuglinge, Kinder oder Jugendliche

110 Solange das Bundesministerium für Gesundheit von dieser Ermächtigung keinen Gebrauch gemacht hat, enthält § 20 Abs. 7 IfSG eine entsprechende Verordnungsermächtigung der Landesregierung, die ihrerseits die obersten Landesgesundheitsbehörden zur Verordnungsgebung ermächtigen können.

111 Siehe dazu Höfling/Stöckle 2018, 293 f.

112 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention vom 17. Juli 2015 (BGBl. I, 1368).

betreut werden („Gemeinschaftseinrichtungen“)¹¹³, Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstige regelmäßige Tätigkeiten ausüben und Kontakt mit den dort Betreuten haben, vor erstmaliger Aufnahme ihrer Tätigkeit und im Weiteren mindestens im Abstand von zwei Jahren von ihrer Arbeitgeberin bzw. ihrem Arbeitgeber über die gesundheitlichen Anforderungen und Mitwirkungspflichten nach § 34 IfSG zu belehren. § 34 IfSG seinerseits formuliert im Hinblick auf Personen, in deren „Wohngemeinschaften“ nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Märsen (§ 34 Abs. 3 Nr. 7 IfSG) aufgetreten ist, unter anderem Tätigkeitsverbote.

Darüber hinaus zielt das Infektionsschutzgesetz als „Fachgesetz angewandter Epidemiologie“¹¹⁴ auf der Grundlage gestufter Interventionsmöglichkeiten auf die Aufdeckung und Unterbrechung von Infektionsketten und strukturiert unterschiedliche Surveillance-Prozesse etwa mit der Definition meldepflichtiger Sachverhalte und mit Datengewinnungsbefugnissen.¹¹⁵

In diesem informatorischen Handlungssystem ist die Ständige Impfkommission (STIKO) der zentrale Akteur, bei dem externer Sachverstand gebündelt ist (§ 20 Abs. 2 IfSG). Die Empfehlungen der STIKO haben – trotz ihres Empfehlungscharakters¹¹⁶ – zum Teil weitreichende normative Konsequenzen. Sie bilden die Grundlage für die von den obersten Landesgesundheitsbehörden auszusprechenden Empfehlungen unter anderem für Schutzimpfungen (§ 20 Abs. 3 IfSG) – die wiederum Voraussetzungen für Entschädigungsansprüche

113 § 33 IfSG definiert Gemeinschaftsreinrichtungen im Sinne des § 35 IfSG als „Einrichtungen, in denen überwiegend Säuglinge, Kinder oder Jugendliche betreut werden, insbesondere Kinderkrippen, Kindergärten, Kindertagesstätten, Kinderhorte, Schulen oder sonstige Ausbildungseinrichtungen, Heime, Ferienlager und ähnliche Einrichtungen“.

114 Rixen 2011, 70.

115 Im Überblick ebd., 70 ff.; ferner Pflug 2013, 123 ff.

116 Siehe Zuck 2017.

sind (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 IfSG)¹¹⁷ – und zugleich für die Festlegungen, die der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 20d Abs. 1 Satz 3 SGB V¹¹⁸ hinsichtlich der Voraussetzungen, der Art und des Umfangs von Schutzimpfungen als Gegenstand des Pflichtleistungskatalogs vornimmt. Die Impfempfehlungen der STIKO sind zudem in der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes als medizinischer Standard anerkannt.¹¹⁹ Darüber hinaus können die Empfehlungen der STIKO auch im Fall elterlicher Konflikte über die Impfung eines Kindes Bedeutung erlangen. Der Bundesgerichtshof hat im Jahr 2017 bestätigt, dass bei Meinungsverschiedenheiten der Eltern demjenigen Elternteil die Entscheidung übertragen wird, das die STIKO-Empfehlungen befolgen will.¹²⁰

Die Governance-Struktur im deutschen Impfsystem baut auf dem Infektionsschutzrecht auf und verzahnt dieses mit vielfältigen Regelungen etwa in den Gesetzen der Länder zum öffentlichen Gesundheitsdienst. Hinzu treten privatrechtliche Steuerungsinstrumente (insbesondere des Haftungs- und Versicherungsrechts) sowie strafrechtliche Sanktionsnormen, die beispielsweise auf sogenannte „Masernpartys“, bei denen ungeimpfte Kinder vorsätzlich einer Infektion mit Wildviren ausgesetzt werden, anwendbar sein können.¹²¹

117 Das Impfschädigungsrecht ist die spezialgesetzliche Ausprägung des überkommenen sogenannten Aufopferungsanspruchs: Entschädigung für die Verletzung nicht vermögenswerter Rechte bei „Aufopferung für das Gemeinwohl“.

118 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I, 2477), zuletzt geändert durch Art. 1, 2 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I, 646).

119 Siehe den Beschluss des Bundesgerichtshofes vom 3. Mai 2017 (XII ZB 157/16) in NZFam 2017, 561 (Rn. 25) unter Bezugnahme auf das Urteil des Bundesgerichtshofes vom 15. Februar 2000 (VI ZR 48/99) in BGHZ 144, 1; siehe ferner etwa Makoski 2017, 224 f.

120 Siehe den Beschluss des Bundesgerichtshofes vom 3. Mai 2017 (XII ZB 157/16) in NZFam 2017, 561.

121 Vgl. Wedlich 2013.

3.2.2 Zur verfassungsrechtlichen Rechtfertigung weiter reichender Eingriffsbefugnisse des Staates

Mit Blick auf die derzeit auch in Deutschland verstärkt diskutierte Frage nach einer allgemeinen Impfpflicht, wie sie etwa vom Bundesministerium für Gesundheit und der Bundesärztekammer gefordert wird, ist aus verfassungsrechtlicher Perspektive zunächst festzustellen, dass die derzeitige Rechtslage keinen durchgreifenden Bedenken begegnet. Zwar trifft den Gesetzgeber im Hinblick auf die Bevölkerung eine grundrechtlich und sozialstaatlich fundierte Schutzpflicht für deren Gesundheit. Doch hat er hinsichtlich der Ausgestaltung des Schutzprogramms und vor allem der Wahl bestimmter Maßnahmen einen erheblichen Einschätzungs- und Handlungsspielraum. Vor diesem Hintergrund sind die derzeitigen Regelungen jedenfalls im Hinblick auf die Masernbekämpfung nicht zu beanstanden. Die Frage, ob der Gesetzgeber über die Möglichkeiten des geltenden Rechts hinaus auch „harte“ Impfpflichtregeln einführen *dürfte*, ist damit jedoch noch nicht beantwortet.

Soweit (Klein-)Kinder als Impfpflichtige in den Blick genommen werden, sind sowohl das Grundrecht des Kindes auf Gesundheit und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) als auch das Elternrecht des Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG zu berücksichtigen. Dabei liefert das Elternrecht des Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG den zentralen Beurteilungsmaßstab. Als treuhänderisches Grundrecht verpflichtet es die Eltern, ihre Pflege und Erziehung am Wohl des Kindes auszurichten.¹²² Allerdings kommen den Eltern ein Deutungsprimat und eine Primärverantwortung zu. Sie können grundsätzlich „frei von staatlichem Einfluss nach eigenen Vorstellungen darüber entscheiden, wie sie ihrer Elternverantwortung gerecht werden wollen“.¹²³

122 Siehe das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 1. April 2008 (1 BvR 1620/04) in BVerfGE 121, 69 (92).

123 Siehe das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 16. Januar 2003 (2 BvR 716/01) in BVerfGE 107, 104 (117).

Grundsätzlich umfasst das Elternrecht auch die Entscheidung darüber, ob sie ihre Kinder gegen Masern impfen lassen. Das bedeutet zugleich, dass eine Impfpflicht einen Eingriff in das Elternrecht markiert, der nur im Rahmen des staatlichen Wächteramtes (Art. 6 Abs. 2 Satz 2 GG) legitim ist und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit im weiteren Sinne Rechnung tragen muss. Er muss also geeignet, erforderlich und angemessen sein im Hinblick auf die mit der Impfung verbundenen – zweifelsohne legitimen – Ziele des Gesundheitsschutzes der Kinder und der Gesamtbevölkerung bzw. besonders vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Die *Geeignetheit* der Einführung einer Impfpflicht steht zunächst dabei infrage.¹²⁴ Auch wenn mögliche negative Begleitkonsequenzen der Einführung einer Impfpflicht in Rechnung gestellt werden, verbleibt dem Gesetzgeber insoweit ein weiter Beurteilungsspielraum. Dessen Grenzen sind erst dann überschritten, wenn die gesetzgeberischen Erwägungen so fehlsam sind, dass sie vernünftigerweise keine Grundlage für die ergriffenen Maßnahmen abgeben können.¹²⁵ Eine derartige Ungeeignetheit kann nicht behauptet werden.

Bei der Prüfung, ob die Einführung einer staatlich sanktionierten Impfpflicht auch *erforderlich* ist, geht es aus verfassungsrechtlicher Sicht um die Frage, ob eine Regelung denkbar ist, die weniger intensiv als die Einführung eines Impfwangs in grundrechtliche Positionen wie die körperliche Unversehrtheit und das Elternrecht eingreift, dem Schutz der körperlichen Integrität aber in gleicher Weise Wirkung verschafft. Nimmt man etwa Aufklärungskampagnen in den Blick, so kann der auch insoweit über einen Einschätzungs- und Gestaltungsspielraum verfügende Gesetzgeber unter anderem berücksichtigen, dass eine erfolgreiche Impfprävention zum

124 Zum Folgenden vgl. Höfling/Stöckle 2018.

125 In diesem Sinne die Urteile des Bundesverfassungsgerichts vom 16. März 1971 (1 BvR 52/66, 1 BvR 665/66, 1 BvR 667/66, 1 BvR 754/66) in BVerfGE 30, 292 (317) und vom 30. Juli 2008 (1 BvR 3262/07, 1 BvR 402/08, 1 BvR 906/08) in BVerfGE 121, 317 (350).

Opfer des eigenen Erfolges werden kann. Dieses Paradoxon wirksamer Prävention¹²⁶ und das Problem einer verzerrten Risikowahrnehmung – Impfrisiken werden tendenziell im Vergleich zu den Infektionsrisiken als größer wahrgenommen – erlauben keine sichere Aussage darüber, dass impfpolitische Maßnahmen unterhalb der Schwelle einer Einführung einer Impfpflicht die gleiche Präventionswirkung erzielen.

Damit ist die entscheidende Frage nach der *Angemessenheit* der Einführung eines Impfzwangs aufgeworfen. Diese aber lässt sich nicht beantworten ohne Berücksichtigung der normativen Ausgestaltung einer solchen Pflicht vor allem im Hinblick auf das gewählte Instrumentarium ihrer Durchsetzung.

Ein Eingriff in das Elternrecht durch das Familiengericht, das die Entscheidung über die Impfung den Eltern entzieht und auf eine Ergänzungspflegerin bzw. einen Ergänzungspfleger überträgt, sowie eine unter Umständen zwangsweise Durchführung der Impfung gegen das Kind dürfte unter den gegenwärtigen Bedingungen nicht zu rechtfertigen sein, zumal ein solches Vorgehen zu einer Traumatisierung des Kindes führen könnte.¹²⁷ Dementsprechend erscheint auch die Kopplung des Schulbesuchs an eine vorherige Masernimpfung als fragwürdig. Als verfassungsrechtlich möglicherweise zulässige Ausgestaltung eines „harten“ Impfzwangs kommt aber eventuell eine Regelung in Betracht, die den Besuch einer Einrichtung der Kindertagespflege (Kita, Tageseltern) bzw. deren Betriebserlaubnis vom Nachweis einer ausreichenden Masernimpfung abhängig macht.¹²⁸

Bei der Abwägung mit dem Elternrecht ist zu berücksichtigen, dass der Staat sich nicht einfach anmaßt, die elterliche

126 Vgl. Meyer/Reiter 2004, 1186 f.

127 Unterschiedliche verfassungsrechtliche Einschätzungen einer – nicht näher spezifizierten – Impfpflicht: ablehnend dazu Trapp 2015; anders etwa Höfling/Stöckle 2018; eine verfassungsrechtliche Rechtfertigung hält auch für möglich: Deutscher Bundestag 2016a.

128 Um insoweit eine Gleichbehandlung der Kinder zu gewährleisten, müssten alle Kindertagesstätten unabhängig von ihrer (weltanschaulichen) Ausrichtung bußgeldbewehrt zur Kontrolle verpflichtet werden.

Entscheidung über die Sinnhaftigkeit der Schutzimpfung zu übergehen; die Einführung einer Impfpflicht zielt bei der Masernimpfung (anders als etwa bei der Tetanusimpfung) über das konkrete Kind hinaus auf den Gemeinschaftsschutz (Herdenimmunität) als wichtiges Gemeinwohlziel (vgl. Abschnitt 2.2.2).

Neben Kindern kommen auch Erwachsene als Adressatinnen und Adressaten einer Impfpflicht in Betracht. Insoweit könnte erwogen werden, Personen, die in ihrem beruflichen Alltag mit Menschen zu tun haben, die aufgrund einer Maserninfektion einem besonders hohen Risiko einer schweren Erkrankung oder gar des Todes ausgesetzt wären, eine derartige Betätigung ohne Nachweis einer Immunität bzw. Impfung zu untersagen. Eine derartige Impfpflicht erscheint nicht von vornherein als verfassungsrechtlich unzulässig. Die je nach Ausgestaltung unterschiedliche Eingriffsintensität einer derartigen Beschränkung der Berufsfreiheit – die den Zugang zu einem Beruf verwehrt oder nur das konkrete Tätigkeitsfeld der/des Betroffenen eingrenzt – muss in einem angemessenen Verhältnis zum Eingriffszweck stehen. In allen Konstellationen, in denen die Ausgestaltung einer Impfpflicht dem Pflichtigen keine (zumutbare) Ausweichmöglichkeit lässt, sind – über dokumentierten medizinisch begründeten Dispens hinaus – gegebenenfalls eng umgrenzte und individuell begründete Ausnahmeregelungen vorzusehen bei Personen, die ihre Neigung – intersubjektiv nachvollziehbar – auf religiöse oder weltanschauliche Gründe stützen.

3.3 Ethische Beurteilung

Eine ethische Analyse der zuvor beschriebenen Herausforderungen im Bereich der Masernschutzimpfung in Deutschland hat mindestens die folgenden vier Bedingungen zu erfüllen: Sie hat *erstens* im Wissen um die Existenz unterschiedlicher Regulationsinstrumente und das facettenreiche Beziehungsgefüge

von Ethos und Recht den mehrdeutigen Begriff der sogenannten „Impfpflicht“ zu präzisieren und auf seine argumentativen Voraussetzungen zu klären. Sie muss *zweitens* die Besonderheiten derjenigen Personengruppen angemessen berücksichtigen, bei denen gegenwärtig die größten Impflücken bestehen. Sie hat *drittens* im Blick auf die faktische Erreichbarkeit dieser Gruppen die wichtigsten Barrieren zu identifizieren, die einer Erhöhung der Impfquote bislang im Wege stehen. Und sie hat schließlich *viertens* die tatsächliche Eignung der empfohlenen Maßnahmen für das Erreichen des jeweils angestrebten Zieles zu überprüfen.

3.3.1 Ethos und Recht

Mit dem Ausdruck „Impfpflicht“ ist oft die Vorstellung verbunden, dass der Staat diese Pflicht per Gesetz vorschreibt und im Extremfall mit staatlichem Zwang durchsetzt. In den Fällen, in denen die Impfpflicht nicht nur durch das individuelle gesundheitliche Wohl gerechtfertigt wird, sondern im Hinblick auf den erwünschten Gemeinschaftsschutz den Status eines Mittels zur Realisierung eines Gemeinguts hat, wird die Alternative zu einer gesetzlichen Impfverpflichtung oft nur im individuellen Gutdünken gesehen. Menschliches Handeln unterliegt jedoch verschiedenen Regulationsmechanismen, die durch die verbreitete Unterscheidung von gesetzlichen Vorschriften bzw. staatlich verordneten Zwangsmaßnahmen einerseits und individuellem Gutdünken andererseits nicht adäquat beschrieben sind. Von entscheidender Bedeutung für die alltägliche Lebensführung sind zunächst vielmehr diejenigen sozialen Phänomene, die seit Aristoteles mit dem Begriff der „Sitte“ (gr. *ethos*, lat. *moralis* von **mos*) zusammengefasst werden. Unter der Sitte versteht man das „Ensemble der Üblichkeiten“¹²⁹ (in einer Gruppe), die mit

129 Vgl. Marquard 1986, 123.

vielfältigen Handlungsregeln verbunden sind, die die einzelnen Akteurinnen und Akteure nicht nur kennen, sondern deren Befolgung von allen Gruppenmitgliedern auch jeweils wechselseitig erwartet wird. Solche Erwartungen können durch Nichterfüllung zwar enttäuscht, aber nicht „widerlegt“ werden. Das bedeutet, dass Ethos-Regeln auch dann für gültig erachtet werden, wenn bekannt ist, dass gegen sie verstoßen wird; sogar dann, wenn dies erfahrungsgemäß häufig der Fall ist. Regelverletzungen werden üblicherweise durch mehr oder minder starke Formen der sozialen Desintegration vom Tadel über Nichtbeachtung bis zum Einstellen sozialer Kontakte sanktioniert. Gegenüber der Regulation menschlichen Verhaltens durch das *Ethos* stellt das *Recht* als eigenständige Sphäre normativer Ansprüche entwicklungsgeschichtlich ein sekundäres Phänomen dar, das in einem mehrschrittigen Prozess¹³⁰ aus der in sich vielschichtigen Sitte hervorgegangen ist und trotz seiner zunehmend institutionell abgesicherten Autonomie dauerhaft auf bestimmte Ethos-Formen verwiesen bleibt. Hinsichtlich des bisweilen spannungsvollen Verhältnisses von Sitte und Recht wird oft unterstellt, dass sich die soziale Handlungsregulierung durch Sittenregeln einer primitiven Phase der Kulturgeschichte zuordnen lässt, während sie im Prozess der Modernisierung tendenziell vollständig durch Rechtsregeln abgelöst werden. Diese Vorstellung verkennt jedoch, dass die meisten lebensweltlichen Handlungsorientierungen weiterhin dem Bereich der Sitte zuzuordnen sind, während die rechtlichen Handlungsorientierungen vor allem solche dramatischen Randfälle betreffen, die aus verschiedenen Gründen einer besonderen Regulierung bzw. Sanktionierung bedürfen. So unterliegt die lebensweltliche Regel der Wahrhaftigkeit nur in besonderen Kontexten, nicht aber generell der rechtlichen Kontrolle; strafbedroht ist nur die (eidliche wie uneidliche) Falschaussage vor Gericht. Ähnlich

130 Vgl. Gethmann 1982, 130-135.

verhält es sich mit dem lebensweltlichen Versprechen im Vergleich zum expliziten Vertrag.

Diese Arbeitsteilung zwischen dem *Ethos* und dem *Recht* hat Konsequenzen für die schillernde Rede von der „Impfpflicht“, die entweder im Sinne einer dem Bereich des Ethos zugehörigen *Tugendpflicht* oder aber im Sinne einer strengen *Rechtspflicht* verstanden werden kann.¹³¹ Wollte man die Forderung nach einer generellen Impfpflicht im Sinne einer strikten *Rechtspflicht* verstehen, so führte die Anwendung der dafür konstitutiven Attribute der *Unentrinnbarkeit*, Erzwingbarkeit und Eindeutigkeit¹³² rasch zu einer Reihe von höchst problematischen Konsequenzen: Schon der Umstand, dass eine Impfung in bestimmten Fällen medizinisch kontraindiziert sein kann, lässt eine generelle Unentrinnbarkeit als unangemessen erscheinen. Wenn eine Impfverpflichtung im Rahmen von Rechtsregeln festgelegt würde, müssten diese Fälle von vornherein als Ausnahmen vorgesehen werden. Zudem müssten Patientinnen und Patienten im Falle einer gesetzlichen Impfpflicht im Extremfall mit Polizeigewalt dem Gesundheitsamt vorgeführt werden. Eine derartige *Erzwingbarkeit* erscheint mit Blick auf Minderjährige, deren Erziehungsberechtigte der Impfung widersprechen, sowie mit Blick auf Erwachsene, die aus welchen Gründen auch immer Impfverweigerer sind, als unverhältnismäßig und daher unangemessen. Schließlich gründet die Prognose der Ausbreitungspfade und -geschwindigkeiten von Infektionskrankheiten sowie die Festlegung der zur Sicherstellung des Gemeinschaftsschutzes nötigen Durchimpfungsrate jeweils auf der Grundlage des aktuellen Forschungsstandes. Obwohl bezüglich des Masernerregers

131 Immanuel Kant spricht in „Die Metaphysik der Sitten“ die Sittenregeln unter dem Begriff „der unvollkommenen Pflichten“ an (MS, AA VI, 388 ff.). Das Attribut „unvollkommen“ deutet an, dass Kant die sittlichen Verpflichtungen/Berechtigungen als defiziente Modi der Rechtsregeln betrachtet. Demgegenüber wird hier unterstellt, dass die Sitte der *point de départ* und die intuitive Kontrollinstanz für die Beurteilung der Adäquatheit des Rechts ist.

132 Gemäß Kant, a.a.O.

keine revolutionären wissenschaftlichen Erkenntnisse zu erwarten sind, könnte zum Beispiel durch die – derzeit nicht absehbare – Entwicklung neuer antiviraler Therapien durchaus eine veränderte Sachlage entstehen, in deren Licht auch die Rechtfertigung bestimmter Sanktionen neu bewertet werden müsste. Ein Regelungsregime, das gegenüber neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen von vornherein offen ist, steht zur Forderung normativer *Eindeutigkeit* in Widerspruch. Insgesamt ist aus ethischer Sicht somit einer Regelung im Rahmen von sozial verbindlichen Ethos-Regeln der Vorrang zu geben. Diese Einschätzung könnte sich beim Eintreten besonderer Gefahrenlagen ändern. So wäre eine Verschärfung von Tugend- zu Rechtspflichten beispielsweise zu rechtfertigen, wenn eine akute Gefährdung der Gesundheit großer Teile der Bevölkerung rigide Interventionen erforderte.

Ethos und Recht sind auf vielfältige Weise miteinander verschränkt. Wenn etwa im vorliegenden Zusammenhang das Infektionsschutzrecht von Eltern bei der Anmeldung ihrer Kinder in einer Kindertagesstätte den Nachweis einer ärztlichen Impfberatung (§ 34 Abs. 10a IfSG) verlangt, lässt sich dies deuten als rechtstechnische Stärkung einer moralischen Impfpflicht, die abweichendes Verhalten gleichsam mit einer Rechtfertigungslast verknüpft. Außerdem können die Verpflichtungsarten je nach betroffener Personengruppe und gegebenem Handlungskontext auch nebeneinander bestehen. So liegt kein Widerspruch darin, bei Eltern lediglich an das moralische Verantwortungsgefühl zu appellieren, um auf eine Erhöhung der Impfquoten bei Kindern hinzuwirken, bei medizinischem Personal mit Kontakt zu besonders anfälligen Personen hingegen eine sanktionsbewehrte Impfpflicht zu fordern.

Gegen eine moralisch gerechtfertigte Impfverpflichtung werden von Angehörigen einiger Gruppen religiöse bzw. weltanschauliche Gründe vorgebracht. Sie beziehen sich beispielsweise auf die Frage der Schöpfungsgemäßheit bzw. der Natürlichkeit des menschlichen Lebens und seiner Reifungsprozesse.

Grundsätzlich ist es jedem Menschen freizustellen, sein Leben gemäß seinen individuellen religiösen und weltanschaulichen Überzeugungen zu gestalten. Diese Freiheit hat jedoch Grenzen, sofern die Folgen dieser Handlungen die legitimen Interessen anderer Menschen tangieren. Dabei sind nicht nur die Ausführungshandlungen, sondern auch die Unterlassungshandlungen zu berücksichtigen. Wer es unterlässt, sich (oder diejenigen Menschen, für die er oder sie verantwortlich ist) einer Masernimpfung zu unterziehen, fügt mit hoher Wahrscheinlichkeit (gegebenenfalls anonymen) anderen einen Schaden zu. Die Glaubens- und Gewissensfreiheit kann daher nicht zur Rechtfertigung einer vermeidbaren Gefährdung Dritter in Anspruch genommen werden.

Aufgrund der vorstehenden Überlegungen empfiehlt es sich, den Geltungsanspruch von Impfverpflichtungen zunächst einmal im Rahmen von *Sittenregeln* zu verstehen. Seine Kinder impfen zu lassen bzw. sich selbst um seinen Impfschutz zu kümmern sollte ein Element der Üblichkeiten präventiver Gesundheitsvorsorge sein. Wer gegen die Üblichkeiten verstößt, muss damit rechnen, diesbezüglich zur Rede gestellt zu werden. Das Sich-rechtfertigen-Müssen ist die einer sittlichen Verpflichtung entsprechende Sanktion. Unabhängig davon kann es allerdings unter bestimmten Umständen oder für bestimmte Personengruppen gute Gründe geben, auch über eine stärkere *rechtliche Verpflichtung zur Impfung* nachzudenken, die dann allerdings einer eigenen Rechtfertigung bedarf.

3.3.2 Personengruppen-spezifische Überlegungen

Die Personengruppen, die derzeit bei uns die größten Impfücken aufweisen, unterscheiden sich in wichtigen auch ethisch relevanten Merkmalen signifikant. Daher ist nachfolgend – auch mit Blick auf mögliche besondere Vulnerabilitäten – zunächst auf die noch nicht uneingeschränkt selbstbestimmungsfähigen Minderjährigen und im Anschluss daran auf

die in sich heterogene Gruppe Erwachsener mit einem unzureichenden Impfstatus einzugehen.

Dabei ist es wichtig, vorsorglich besondere Formen von Vulnerabilität der betroffenen Personen ins Auge zu fassen. Vulnerable Gruppen sind Gruppen von Personen, die gegenüber Verletzungen ihrer Rechte und Interessen durch andere besonders anfällig sind. Vulnerabilität kann sich in verschiedenen Bedingungsgefügen manifestieren. Sie kann zum einen dadurch entstehen, dass betroffene Personen nicht in der Lage sind, ihre Rechte und Interessen selbst zu wahren. Darunter fallen typischerweise Kinder, die auf Erziehung und Schutz, aber auch die Wahrnehmung ihrer Rechte und Interessen durch Dritte angewiesen sind. Des Weiteren kann Vulnerabilität durch ein über das normale hinausgehendes Maß an Angewiesenheit und Abhängigkeit verursacht werden. Dazu gehören etwa Personen mit geringem Einkommen und schlechtem sozialen Status, die für ihr Überleben mehr als andere auf soziale Unterstützung angewiesen sind. Schließlich entsteht eine besondere Form der Vulnerabilität in gesellschaftlich marginalisierten Gruppen, insbesondere solchen, die in der Gefahr sind, stigmatisiert oder diskriminiert zu werden. Dazu zählen etwa Menschen mit prekärem Aufenthaltsstatus. Die Auswirkungen einer Impfpflicht auf diese Personen und Personengruppen müssen aus ethischer Perspektive besonders berücksichtigt werden.

3.3.2.1 Eingeschränkt selbstbestimmungsfähige Minderjährige

Die ethische Bewertung einer Impfpflicht für Minderjährige muss zunächst klären, ob und wenn ja unter welchen Bedingungen es moralisch zu rechtfertigen ist, in das grundgesetzlich geschützte elterliche Recht auf Wahrnehmung der Interessen und Rechte ihrer noch nicht selbstbestimmungsfähigen Kinder einzugreifen. Dieser Sichtweise zufolge besteht der zentrale Konflikt zwischen dem Staat in seinem Wächteramt über das Kindeswohl bzw. in seiner Rolle als Garant der öffentlichen

Gesundheit und den Eltern, in deren Freiheitsrechte eingegriffen werden soll.¹³³ Aufgrund des besonderen Nutzenprofils von Impfungen ist dabei zwischen individualwohlbezogenen und gemeinwohlbezogenen Argumenten zu unterscheiden.

Individualwohlbezogene Argumente

Von zentraler Bedeutung für die Beantwortung der Frage, ob Eltern moralisch verpflichtet sind, ihre Kinder gegen Masern impfen zu lassen, ist der argumentative Verweis auf das *Kindeswohl*. So ließe sich argumentieren, dass aufgrund des faktischen Beitrages der Masernschutzimpfung zur Wahrung des Kindeswohls nicht nur eine moralische Verpflichtung der Eltern bestehe, ihren Kindern diesen Impfschutz nicht vorzuenthalten, sondern auch der Gesetzgeber grundsätzlich legitimiert sei, diese elterliche Pflicht gesetzlich zu verankern. Die Begründung für ein solches Gesetz würde dann lauten, dass die Kinder vor den Folgen mangelnder elterlicher Pflichterfüllung bewahrt werden müssen. Eine solche Argumentation setzt allerdings neben der Klärung des „Kindeswohl“-Begriffs¹³⁴ selbst und der Identifikation weithin unstrittiger förderlicher Entwicklungs- und Entfaltungsbedingungen für Kinder auch noch eine Reihe weiterer Überlegungen voraus, die diese moralische Verpflichtung der Eltern näher spezifizieren.

Eine erste Voraussetzung für eine Pflicht der Eltern, ihre Kinder impfen zu lassen, besteht darin, dass die Pflichterfüllung *zumutbar* ist. Im Fall einer Masernimpfpflicht betrifft das zum einen den Zugang zur Impfung, der in Deutschland zwar sicher noch weiter erleichtert werden könnte, aber insgesamt

133 Demgegenüber werben in der internationalen ethischen Debatte manche Stimmen dafür, die Kinder selbst in das Zentrum der Betrachtung zu stellen, indem Impfungen wie die gegen Masern als etwas dargestellt werden, was eine gerechte Gesellschaft den in ihr aufwachsenden Kindern unmittelbar schulde (vgl. Bester 2018, 613). Einer ganz ähnlichen Argumentation zufolge müsse man Impfungen elterlichen Entscheidungsbefugnissen entziehen und verpflichtend anbieten, weil man Eltern nicht erlauben dürfe, ihre Kinder den durch diese vermeidbaren Risiken für Leib und Leben von Infektionskrankheiten wie den Masern auszusetzen (vgl. Pierik 2018, 395).

134 Vgl. Bormann 2008.

hinreichend gut geregelt ist. Zum anderen betrifft die Frage der Zumutbarkeit aber auch die *Akzeptabilität* möglicher, mit der Impfung für das Kind verbundener Nebenwirkungen, die allerdings sehr selten auftreten. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass Impfungen Präventionsmaßnahmen sind, deren Risiken nicht mit dem Argument gerechtfertigt werden können, sie diene der Bekämpfung einer akuten Erkrankung. Ein Zögern der Eltern könnte aus der zeitlichen Asymmetrie der jeweiligen Risiken resultieren, die mit der Entscheidung für oder gegen eine Schutzimpfung verbunden sind: Während die Risiken möglicher Impfschäden bei einer Entscheidung für die Schutzimpfung in der Gegenwart liegen, sind die dadurch bewirkten Vorteile für den Gesundheitsschutz erst in der Zukunft angesiedelt. Bei einer elterlichen Entscheidung gegen die Impfung verhält es sich genau umgekehrt: Hier wird die gegenwartsbezogene Vermeidung möglicher Belastungen durch die Impfung mit erhöhten Gefährdungen der Gesundheit in der Zukunft erkaufte. Von der Neigung, die Gegenwart grundlos vor der Zukunft zu privilegieren, abgesehen sollte hierbei insofern aber auch die unterschiedliche Eintrittswahrscheinlichkeit und Schwere der jeweiligen gesundheitlichen Risiken bedacht werden, die sich nicht auf der Basis persönlicher Erfahrungen realistisch beurteilen lassen. Eltern, Ärztinnen und Ärzte und nicht zuletzt der Staat mit seinen Institutionen müssen bei ihrer Entscheidung epidemiologischen Expertinnen und Experten vertrauen, die einzig anhand des Abgleichs der Daten von Millionen Impfungen und Millionen Krankheitsverläufen seriöse Chancen-Risiken-Abwägungen anstellen können. Neben rein probabilistischen Überlegungen ist dabei im Sinne einer *Nutzen-Schaden*-Abwägung auch die *Schwere* der jeweils drohenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu berücksichtigen. Bei einer Impfung besteht der erhoffte Nutzen selbstverständlich im Ausbleiben der Schäden, die beim Durchmachen einer Infektionskrankheit und in deren Folge auftreten können. Aber ist dies auch relevant für die Begründung einer moralischen Pflicht von Eltern, ihre Kinder gegen Masern

impfen zu lassen? Die stärkste Grundlage für eine elterliche Impfpflicht wäre gegeben, wenn man behaupten könnte, dass Eltern mit der Entscheidung gegen die Masernimpfung ihren Kindern unnötigerweise einen vermeidbaren gravierenden gesundheitlichen Schaden zufügen. Der naheliegende Einwand, von einer aktiven Schädigung könne allein schon deswegen nicht die Rede sein, weil es die Eltern doch gerade unterlassen, etwas zu tun, übersieht jedoch (wie das Beispiel der unterlassenen Hilfeleistung zeigt), dass auch Unterlassungen, durch die man es versäumt, Schaden von jemandem abzuwenden, Gegenstand von Verpflichtungen sein können. Entsprechend können Eltern ihren Kindern sehr wohl schaden, wenn sie es unterlassen, sie gegen Masern impfen zu lassen, weil sie es so versäumen, die Kinder vor den Risiken einer zukünftigen Masernerkrankung zu bewahren.

Das eigentliche Problem mit der Bezugnahme auf den Schaden, den Eltern ihren Kindern mit der Entscheidung gegen die Masernimpfung zufügen, liegt jedoch darin, dass das Schadensrisiko umso geringer ist, je höher die Impfbereitschaft aller anderen Individuen ist, die das Kind in der Zukunft anstecken könnten. Leben Eltern mit ihren Kindern in einer Gesellschaft, in der die Masern nahezu eliminiert sind, verringert sich das spätere Ansteckungsrisiko und damit der mögliche Schaden durch die Unterlassung der Impfung ganz erheblich. Obwohl eine elterliche Entscheidung gegen die Impfung ihrer Kinder in einer Gesellschaft, in der sich die übergroße Mehrheit für die Impfung entscheidet, allein vom individuellen Schadensargument her ethisch nicht per se verwerflich erscheint, stößt eine solche Kalkulation an eine doppelte Grenze: Erstens kann es trotz einer hohen Impfquote in der Gesamtbevölkerung regionale Sondersituationen (wie etwa in Teilen Süddeutschlands – vgl. Abschnitt 2.4) geben, die die Wahrscheinlichkeit einer Infektion in bestimmten Regionen deutlich erhöht. Und zweitens setzt sich eine Haltung, die bei grundsätzlicher Anerkennung der Sinnhaftigkeit von Schutzimpfungen zwar die wohltätigen Effekte des Verhaltens

der Mehrheit einer Gesellschaft für die eigenen Kinder nutzen möchte, ohne selbst einen Beitrag zur Aufrechterhaltung dieses Schutzes leisten zu wollen, dem Verdacht der moralischen Trittbrettfahrerei aus. Dieser Verdacht mag allerdings weniger zutreffen auf jene Eltern, die eine Impfung ablehnen, weil sie die Gültigkeit der günstigen Chancen-Risiken-Abwägung für ihr individuelles Kind infrage stellen – sei es, weil sie nicht ausreichend informiert sind oder aus anderen, gegebenenfalls auch weltanschaulichen Gründen. Diese Haltung liegt paradoxerweise umso näher, je mehr Eltern sich für eine Impfung entscheiden und je weniger wahrscheinlich deshalb eine Masernerkrankung des je eigenen Kindes ist. Allerdings ist dies kein starkes Argument gegen eine elterliche Impfpflicht.

Die Beförderung des individuellen Wohls der eigenen Kinder ist zweifellos der zentrale Wert elterlicher Entscheidungsfindung. Zu prüfen wäre aber, ob das Individualwohl der einzige relevante Parameter zur Bestimmung moralischer Verpflichtungen von Eltern ist oder durch gemeinwohlbezogene Argumente ergänzt werden muss.

Gemeinwohlbezogene Argumente

Wie eingangs dargestellt wurde, ist die Impfung gegen eine hochansteckende Infektionskrankheit wie die Masern deshalb keine Privatangelegenheit, weil jedes nicht geimpfte Kind die Populationsimmunität schwächt und damit das Risiko von Masernausbrüchen erhöht sowie besonders schutzbedürftige Personen (die selbst nicht geimpft werden können) gefährdet. Es muss also des Weiteren gefragt werden, ob Eltern neben der Verpflichtung auf das individuelle Kindeswohl auch verpflichtet sind, das Gemeinwohl aller Kinder sowie letztlich aller nicht ausreichend immunisierten Erwachsenen nicht zu gefährden.

In diesem Zusammenhang werden zwei einander ergänzende Argumente relevant, von denen das eine auf allgemeinen Vorstellungen von „Solidarität“ und „intergenerationeller Gerechtigkeit“ beruht, während das andere Argument auf den Status des Infektionsschutzes als „öffentliches Gut“ verweist.

Eine allgemeine elterliche Pflicht, mithilfe der Impfung ihres Kindes zur solidarischen Verbesserung des Gemeinschaftsschutzes beizutragen, könnte aber nicht nur über einen direkten individuellen Nutzen, sondern auch über einen *indirekten* individuellen Nutzen des Kindes begründet werden. Es ist nämlich denkbar, dass das individuelle Kind zu der sehr kleinen Gruppe derjenigen Personen zählen wird, bei denen auch nach Zweifachimpfung kein ausreichender Schutz gegen die Infektion erreichbar ist. In diesem Fall ist das Kind zukünftig auf den Schutz durch die geimpften Personen in seiner Umgebung angewiesen. Aus dem Wissen darum, dass jedes Kind – auch das eigene – mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit nicht direkt, sondern nur indirekt über den Schutz der anderen geschützt werden kann, kann sich eine solidarische Pflicht von Eltern zum Schutz aller Kinder ergeben. Individualwohl und Gemeinschaftswohl überschneiden sich hier. Mit einer gewissen – wenngleich geringen – Wahrscheinlichkeit bringt jede Impfung aus Gründen des Gemeinschaftsschutzes auch einen konkreten Nutzen für die jeweilige individuelle Person. Diese elterliche Pflicht zum Gemeinschaftsschutz kann man besonders einleuchtend mit Blick auf den kleinen Kreis der gegebenenfalls vorhandenen weiteren Kinder der Familie begründen, denen gegenüber die Eltern ebenfalls Fürsorgepflichten haben.

Das Solidaritäts- und Gerechtigkeitsargument¹³⁵ in diesem Kontext beruht nämlich auf der Wahrnehmung, dass es im Bereich der Infektionsgefahr durch gefährliche Krankheitserreger nicht nur eine gemeinsame Gefährdungslage für die meisten Individuen gibt, sondern auch der moralisch relevante Umstand zu berücksichtigen ist, dass die wirksame Abwehr dieser Gefahrenlage die Leistungsfähigkeit Einzelner überfordert. So gesehen haben wir es bei der gesellschaftlichen Impfpraxis geradezu mit einem Musterbeispiel solidarischen Handelns zu tun, bei dem das Individual- und das Gemeinwohl

135 Vgl. dazu die ausführlichen Ausführungen in Deutscher Ethikrat 2017, 219 ff., 226 ff.

eng miteinander verschränkt sind. Allerdings tragen Solidaritätspflichten eine erhöhte Begründungslast. So ist etwa der generelle Vorrang der negativen Unterlassungspflichten vor den positiven Hilfspflichten auch im Bereich gemeinschaftsbezogener Solidaritätsverpflichtungen zu berücksichtigen, um individuelle Überforderungen zu vermeiden. Wenngleich es viele Bereiche (etwa im Steuer- und Abgabenrecht oder in Quarantänebestimmungen) gibt, in denen wir grundsätzlich von relativ weiträumigen Eingriffsrechten des Staates und seiner Organe in die Lebenswelt der einzelnen Bürgerinnen und Bürger ausgehen, handelt es sich bei der Impfung um einen Eingriff in die körperliche Integrität einer Person, der generell einer höheren Begründungslast unterliegt. Der Umstand, dass noch nicht entscheidungsfähige Kinder eine besonders vulnerable Personengruppe sind, muss dabei besonders berücksichtigt werden.¹³⁶ Notwendig wäre in diesem Zusammenhang etwa, die in Betracht gezogenen Maßnahmen einer kritischen Überprüfung mit Blick auf ihre Eingriffstiefe, Dauer und individuelle Belastung zu unterziehen.

Hinzu kommt ein zweiter Aspekt, der die zeitliche Dimension des Kampfes gegen bestimmte Krankheitserreger insbesondere durch zumeist langfristig angelegte Impfprogramme betrifft. Hier geht es meist um generationenübergreifende Handlungszusammenhänge, bei denen auch der Gedanke der intergenerationellen Gerechtigkeit insofern zum Tragen kommt, als die jeweils gegenwärtige Generation von den Anstrengungen ihrer Vorfahren profitiert und daher auch

¹³⁶ Zu berücksichtigen ist hier, dass der Gesetzgeber gemeinwohlbezogene Argumente bei Kindern nur in sehr beschränktem Ausmaß zulässt, etwa im Bereich der Arzneimittelforschung, in dem medizinische Eingriffe zum Nutzen der Allgemeinheit nur zulässig sind, wenn mit der Forschung nicht mehr als minimale Risiken und Belastungen verbunden sind (etwa wenn eine kleine Menge Blut im Rahmen einer ohnehin notwendigen Venenpunktion für die Forschung entnommen wird). In Analogie würde es also *gegen* eine Pflicht zur Maximierung des Gemeinwohls sprechen, dass in Bezug auf die Risiken einer Impfung zwar die Eintrittswahrscheinlichkeit äußerst gering ist, der Schaden im Eintrittsfall jedoch nicht, was einer Einstufung des Risikos als minimal entgegensteht.

gegenüber der nachfolgenden Generation verpflichtet ist. Die ethische Bedeutung jeder elterlichen Impfentscheidung weist daher immer weit über die jeweils unmittelbar betroffenen Kinder hinaus. Sie ist stets auch Ausdruck einer nationalen, globalen und sogar einer intergenerationellen Dimension der Verantwortung. Für das Bestehen einer solchen Solidaritäts- und Gerechtigkeitspflicht spricht, dass mit jeder Impfung ein kleiner Beitrag dazu geleistet wird, die Gefahr eines Ausbruchs von Masernepidemien immer weiter einzudämmen und Masern als Infektionskrankheit langfristig ebenso wie zuvor schon die Pocken weltweit endgültig zu eradizieren. Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn Ausnahmen von der Regel der Masernimpfung auf wenige wohlbegründete Fälle beschränkt bleiben.

Eng mit dem Solidaritäts- und Gerechtigkeitsgedanken verbunden ist ein zweites Argument, das auf den Status der Populationsprävention bzw. Herdenimmunität als *öffentliches Gut* abhebt.¹³⁷ Öffentliche Güter zeichnen sich vor allem durch ihre Unteilbarkeit aus. Sie betreffen alle Mitglieder einer Population und lassen sich daher anders als private Güter nicht einzelnen Mitgliedern exklusiv zuordnen. Allerdings sind Impfmaßnahmen mit Blick auf ihre jeweilige Wirkungsweise diesbezüglich je nach Art und Verbreitungswegen der Erreger differenziert zu betrachten. Während Schutzimpfungen bei einigen Krankheiten (wie zum Beispiel Tetanus) ausschließlich dem individuellen Gesundheitsschutz der geimpften Personen dienen, zielen Impfmaßnahmen bei anderen Krankheiten (wie zum Beispiel Poliomyelitis, Diphtherie und Masern) über die individuelle Prävention hinaus auch auf die Etablierung eines Gemeinschaftsschutzes, der auch jene Personen umfasst, die aus medizinischen Gründen selbst nicht geimpft werden können. Gerade mit Blick auf die hochansteckenden Masernerreger stellt die Verbesserung der Populationsprävention daher

137 Vgl. Marckmann 2008, 176 und passim.

in jedem Fall ein sinnvolles und notwendiges Ziel von Public-Health-Maßnahmen dar.

Die hier angestellten Überlegungen zeigen also, dass es starke Argumente für das Bestehen einer moralischen Verpflichtung seitens der Eltern gibt, ihre minderjährigen Kinder gegen Masern impfen zu lassen.

3.3.2.2 Unbeschränkt selbstbestimmungsfähige Personen

Etwa die Hälfte aller an Masern erkrankten Personen in Deutschland sind Erwachsene, die selbst wiederum andere Erwachsene oder Kinder infizieren können.¹³⁸ Deshalb müssen auch ihre moralischen Pflichten im Rahmen einer ethischen Diskussion der Impfpflicht angesprochen werden. Jedenfalls wäre es angesichts dieser Datenlage nicht fair, die Last für die Verbesserung des Gemeinschaftsschutzes ausschließlich Kindern aufzubürden. Da die Gruppe der nicht ausreichend geimpften Erwachsenen jedoch sowohl mit Blick auf die jeweiligen Gründe für den nicht oder nicht ausreichenden Impfschutz als auch bezüglich der daraus resultierenden Folgen für Dritte in sich keineswegs homogen ist, sind hier je nach Motivlage, Mobilität und Funktion der betroffenen Personen verschiedene Untergruppen voneinander zu unterscheiden. Das Thema der Impfpflicht muss insbesondere für jene Personen ohne ausreichenden Impfschutz diskutiert werden, die aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit mit relevant erhöhter Wahrscheinlichkeit Infektionen an Dritte weitergeben und damit zur lokalen oder regionalen Ausbreitung der Erkrankung in besonderem Maße beitragen könnten.

Individualwohlbezogene Argumente

Um die Frage zu beantworten, ob sich für in medizinischer Hinsicht impfbare Erwachsene ohne ausreichenden Impfschutz eine moralische oder sogar rechtliche Verpflichtung

¹³⁸ Vgl. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Praevention/elimination_04_01.html [13.05.2019].

zur Impfung begründen lässt, könnte man zunächst im Sinne eines Schadensargumentes auf die drohenden eigenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen verweisen, die im Falle einer Infektion zu erwarten sind. Der bewusste Verzicht auf die eigene Impfung gleicht somit einer unnötigen Gefährdung des eigenen Wohles, für die sich keine plausiblen Gründe anführen lassen. Da die Masernerkrankung bei Erwachsenen zudem mitunter besonders heftig verläuft, gewinnt das Schadensargument bei dieser Personengruppe jedenfalls prima facie sogar eine besondere Plausibilität.

Gleichwohl ist zu berücksichtigen, dass ein liberaler Rechtsstaat eine einsichts- und urteilsfähige Person nicht allein zu ihrem individuellen Nutzen zu einer Behandlungs- oder Präventionsmaßnahme zwingen darf. Schließlich schreibt der Staat auch keine angemessene Ernährung oder ausreichende Bewegung vor, obwohl dies bekanntlich die Präventionsmaßnahmen mit dem günstigsten Chancen-Risiken-Verhältnis sind, deren Nichtbeachtung zudem regelmäßig große Kosten für die Versicherungsgemeinschaft verursacht. Da unsere Rechtsordnung um der Freiheit willen auch ein unvernünftiges Verhalten der Bürger in vielen Bereichen toleriert, dürfte der argumentative Verweis auf eine drohende Selbstschädigung allein jedenfalls nicht dazu ausreichen, rechtliche Sanktionen gegen Personen zu legitimieren, die sich trotz bestehender Zugänglichkeit von Impfangeboten und ausreichender Sachinformation nicht zur eigenen Impfung entscheiden.

Gemeinwohlbezogene Argumente

Während die freie und bewusste Entscheidung einer urteilsfähigen Person für eine unnötige Erhöhung eines eigenen Krankheitsrisikos trotz ihres moralisch fragwürdigen Charakters in der Regel nicht rechtlich untersagt wird, kann der Anspruch Dritter auf Schutz vor Fremdschädigung durchaus zu einem Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht berechtigen, gegebenenfalls auch mit der Konsequenz eines Eingriffs in die körperliche Unversehrtheit, sofern die Gefahr groß und

unmittelbar drohend ist und sich nicht auf andere, weniger eingreifende Weise (etwa durch Isolierung oder Aufenthaltsverbote) abwenden lässt. Begründen kann man dies mit dem Schutzanspruch Dritter, insofern mit einer Impfung eine weitere Ansteckung und damit Ausbreitung der jeweiligen Erkrankung verhindert werden soll. Bisher sieht der deutsche Gesetzgeber zwar nur in Ausnahmefällen vor, Personen, die über ausreichende Entscheidungs- und Urteilskompetenz verfügen, im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes zu Präventions- oder Diagnosemaßnahmen zu nötigen oder ihnen Quarantänemaßnahmen aufzuerlegen, wenn sie eine besonders große Gefahr für die Bevölkerung darstellen.

Bei Infektionskrankheiten wie den Masern, die von Mensch zu Mensch übertragen werden, fällt insbesondere ins Gewicht, dass sich manche Menschen nicht ausreichend gegen diese Infektion schützen können, selbst wenn sie das wollten. Dazu zählen etwa kranke Menschen mit eingeschränkter Immunabwehr, Kinder und Erwachsene ohne ausreichenden Schutz trotz Zweifachimpfung sowie Säuglinge ohne ausreichenden Nestschutz. Sie können vor Erkrankung und möglichem Tod nur mithilfe von impfwilligen Dritten geschützt werden. Ungeimpfte können auch im Rahmen von Auslandsreisen Kinder und Erwachsene in anderen Regionen der Welt gefährden, die keinen ausreichenden Zugang zu Impfvorsorge haben. Dies bedarf einer gesonderten ethischen Berücksichtigung, weil in manchen Ländern die Masern deutlich komplikationsreicher verlaufen und wesentlich häufiger mit chronischer Krankheit oder dem Tod enden als in Deutschland.¹³⁹ Der Schutz solcher vulnerablen Bevölkerungsgruppen kann es aus ethischer Perspektive rechtfertigen, Reisenden aus wohlhabenden Ländern mit Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung besondere Pflichten aufzuerlegen.

139 Man vergleiche etwa die vielen Todesfälle bei der Masernepidemie 2019 in Madagaskar (vgl. <https://www.who.int/csr/don/17-january-2019-measles-madagascar/en> [04.06.2019]).

Die Frage nach einer moralischen Pflicht zur Impfung stellt sich auch, weil Impfentscheidungen über die rein gesundheitlichen Risiken für Dritte hinaus noch weitere gemeinwohlrelevante Folgen nach sich ziehen, die zum Beispiel den Grundwert der Solidarität betreffen. Entscheidet sich jemand gegen eine wirksame und risikoarme Impfung, so kann dies der Solidargemeinschaft im Erkrankungsfall allein durch Behandlungskosten, Arbeitsausfall oder das Versterben eines Beitragszahlers zusätzliche Kosten aufbürden. Der Verweis auf die mittelbaren langfristigen Kosten für die Allgemeinheit, die Entscheidungen gegen die Masernimpfung von Kindern nach sich ziehen können, ist eindeutig von Belang für die Frage der Legitimation staatlicher Einflussnahme auf individuelle Impfentscheidungen.

Tatsächlich wächst seit einiger Zeit das Risiko, dass in der erwachsenen Bevölkerung die Masern an Dritte weitergegeben werden, weil ein zunehmender Anteil keine ausreichende Immunität aufweist. Allerdings ist das Risiko bezogen auf die Allgemeinbevölkerung verhältnismäßig gering, setzt man die Zahl der jährlichen Erkrankungen (im dreistelligen Bereich) ins Verhältnis zu den etwa 70 Millionen über 18-Jährigen. Aus diesem vergleichsweise niedrigen Risiko einer Gefährdung Dritter lässt sich daher allenfalls eine relativ schwache moralische Pflicht zur Impfung ableiten, die gegebenenfalls stärker ins Gewicht fällt, wenn nicht ausreichend Geimpfte häufiger Reisen in Gebiete unternehmen, in denen das Risiko für eine Erkrankung Dritter deutlich höher ist. Moralisch geboten scheint es allerdings in jedem Fall, sich über den eigenen Impfschutz Klarheit zu verschaffen, um sich nicht fälschlicherweise in Sicherheit zu wiegen. Es ist überdies anzunehmen, dass viele jüngere Erwachsene über die Problematik ihres unzureichenden Impfschutzes nicht ausreichend informiert sind und dass sie, wenn sie angemessen aufgeklärt wären und leichten Zugang zu Impfungen erhalten würden, schon zu ihrem eigenen Schutz bereit wären, sich einer Impfung zu unterziehen.

Personen mit spezifisch erhöhtem Risiko, sich zu infizieren und eine Infektion weiterzugeben

Ein ungenügender Impfschutz liegt vor allem bei 20- bis 50-jährigen Erwachsenen vor (ca. 50 Prozent der Erkrankten), die über die Empfehlungen für Schulen und Kindergärten nicht erreicht werden. Ein Teil der erwachsenen Personen ohne ausreichenden Impfschutz ist aufgrund der Berufstätigkeit besonderen Infektionsrisiken ausgesetzt und läuft dann stets auch Gefahr, die Infektion an andere Menschen weiterzugeben. Dazu gehören etwa Lehrpersonen, die sich bei nicht geimpften Schülerinnen und Schülern oder Studierenden anstecken können und damit selbst wiederum zur Verbreitung der Infektion beitragen. Gravierender noch stellt sich das Problem für Personal aus Medizin, Pflege oder Hebammenwesen ohne ausreichenden Impfschutz dar. Sie haben es nicht selten mit Erkrankten oder hilfsbedürftigen Personen zu tun, deren Immunabwehr reduziert ist, die deshalb besonders anfällig für Infektionen sind und deren Infektionen oft besonders heftig verlaufen. Dieses Problem wird in naher Zukunft drängender werden, wenn mehr und mehr ungeimpfte oder nicht ausreichend geimpfte Menschen aus der Zeit der Einfachimpfung in Alterskohorten aufrücken, in denen ein Krankenhausaufenthalt wahrscheinlicher wird.

Unter den im Gesundheitswesen Tätigen ist in diesem Zusammenhang auch die kleine Gruppe derjenigen Ärztinnen und Ärzte eigens zu erwähnen, die sich selbst wider besseres Wissen keinen ausreichenden Impfschutz verschaffen und die damit ihrer besonderen Verantwortung als beruflich exponierte Gruppe gegenüber ihren Patientinnen und Patienten und auch ihrer Vorbildfunktion nicht gerecht werden. Ein Teil von ihnen rät sogar Eltern entgegen der überwältigenden wissenschaftlichen Evidenz von der Impfung ihrer Kinder ab und stiftet damit aktiv Schaden. Obwohl es sich bei ihnen um recht seltene Ausnahmen innerhalb der Ärzteschaft handelt, können solche ärztlichen Impfgegner insbesondere über die sozialen Medien eine weite Verbreitung für ihre schädlichen

Äußerungen erreichen. Ein derartiges, gesicherte medizinisch-wissenschaftliche Standards vorsätzlich vernachlässigendes oder sogar negierendes Verhalten muss als schwerwiegender Verstoß gegen die Verpflichtung aller Ärztinnen und Ärzte zur gewissenhaften Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 11 Abs. 1 MBO-Ä) bewertet werden. Hier liegt es in der Verantwortung der Landesärztekammern und anderer berufsständischer Organisationen, ihre vorhandenen Aufsichts- und Sanktionsbefugnisse konsequent einzusetzen bzw., falls diese nicht ausreichen, weiterzuentwickeln.

Gerade mit Blick auf die Angehörigen bestimmter Gesundheitsberufe (wie zum Beispiel klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte) wäre zu prüfen, ob es nicht hinreichende Gründe für die Einführung einer – in Deutschland bisher noch nicht bestehenden – *berufsbezogenen Impfpflicht* gibt. Bisher ist selbst bei häufig auftretenden und durchaus gefährlich verlaufenden Erkrankungen wie der Influenza keine Impfpflicht für Menschen mit besonderem Risiko, Krankheiten zu übertragen, wie etwa medizinischem Personal in Krankenhäusern oder Heimen verhängt worden; doch kann durchaus die grundrechtlich garantierte Berufsfreiheit zum Schutz wichtiger Gemeinschaftsgüter eingeschränkt werden. In ethischer Hinsicht ist es jedenfalls nur schwer zu rechtfertigen, dass eine Ärztin oder ein Arzt sich trotz besseren Wissens um die Bedeutung von Schutzimpfungen nicht impfen lässt und damit wesentlich Patientinnen und Patienten gefährdet, vor allen Dingen dann, wenn es sich um besonders anfällige Kranke handelt. Ähnliches gilt insgesamt für Personal in Kindertagesstätten sowie Personal in Einrichtungen des Gesundheitswesens, in denen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit besteht, auf Menschen mit geschwächtem Immunsystem zu treffen – etwa onkologische, nephrologische oder infektiologische Stationen, bestimmte Einrichtungen der Langzeitpflege etc. Zwar lassen sich manche Infektionskrankheiten – insbesondere solche, die nicht über Tröpfcheninfektion verbreitet werden – durch

ausreichende Hygiene verhindern, doch gilt dies gerade nicht für die Masern, die sogar über mehrere Meter Entfernung übertragen werden können. Aus Gründen des Gemeinschaftschutzes kann deshalb zumindest ein starkes moralisches Gebot zur Impfung für solche Personen konstatiert werden, die beruflich ein erhöhtes Risiko tragen, sich zu infizieren und die Infektion an Dritte, insbesondere anfällige und besonders vulnerable Dritte weiterzugeben. Dies gilt umso mehr, als sie mit ihrer Berufswahl freiwillig eine erhöhte Verantwortung übernommen haben. Zu bedenken ist weiterhin, dass Personen, die im Gesundheitswesen arbeiten, mit Blick auf Impfungen eine Vorbildfunktion einnehmen sollten. Eine allgemeine Impfpflicht könnte jedenfalls dann kaum plausibel verteidigt werden, wenn schon innerhalb des medizinischen Personals keine systematische Vorsorge dafür getroffen würde, dass alle mit Erkrankten in Kontakt kommenden Personen geimpft sind.

3.3.3 Durchsetzung einer Impfpflicht: Erreichbarkeit einschlägiger Personengruppen und Überwindung relevanter Barrieren

Die bisherigen Überlegungen zielten darauf ab, die landläufige Debatte um eine Impfpflicht in zweifacher Hinsicht zu verbreitern und zu differenzieren. Zum einen wurde mit Blick auf die vielfältigen Möglichkeiten der Handlungssteuerung durch ethosbezogene und rechtliche Regeln gezeigt, dass es auch unterhalb der Schwelle gesetzlicher Zwangsmaßnahmen verschiedene Möglichkeiten gibt, moralisch wohlbegründete Erwartungen sowie die Missbilligung im Falle ihrer Enttäuschung zum Ausdruck zu bringen. Zum anderen konnte gezeigt werden, dass sich das Ziel einer schrittweisen Erhöhung der Impfquote nur erreichen lässt, wenn unterschiedliche Personengruppen in den Blick genommen werden. Bereits bei den Kindern stellt sich die Situation insofern recht komplex dar,

als die Erstimpfungsquote gegen Masern zwar im bundesrepublikanischen Durchschnitt durchaus zufriedenstellend ausfällt, aber in einzelnen Regionen (zum Beispiel Bayerns und Baden-Württembergs) besorgniserregend niedrige Werte erreicht werden und zudem eine generell nicht ausreichende Quote bei der Zweitimpfung zu verzeichnen ist. Ein wesentlich schlechteres Bild zeigt sich allerdings bei den nicht ausreichend geimpften Erwachsenen ab. In Deutschland waren nach eine Studie aus dem Jahr 2013 nur 79,8 Prozent der 18- bis 29-Jährigen und 46,7 Prozent der 30- bis 39-Jährigen gegen Masern geimpft.¹⁴⁰ Entsprechend sind mittlerweile etwa die Hälfte aller Masernerkrankten junge und mittelalte Erwachsene. Aus ethischer Perspektive besonders relevant ist, dass auch Angehörige der Erziehungs- und Gesundheitsberufe, bei denen funktionsbedingt ein erhöhtes Ansteckungsrisiko für sie selbst und besonders vulnerable Dritte besteht, einen tendenziell schlechten Impfstatus aufweisen können.

Auch wenn gezeigt werden konnte, dass es insgesamt hinreichend starke Argumente für das Bestehen einer moralischen Verpflichtung gibt, sich selbst bzw. die eigenen Kinder gegen die Masern impfen zu lassen, stellt sich die Frage, wie diese Verpflichtung in der Praxis konkret umgesetzt werden sollte, um den spezifischen Herausforderungen der regionalen Uneinheitlichkeit des derzeitigen Status quo, der unterschiedlichen Gefahrenlage bei relevanten Berufsgruppen, der unterschiedlichen Erreichbarkeit der einschlägigen Zielgruppen durch rationale Argumente und normale medizinische Angebote sowie der wachsenden (nationalen und internationalen) Mobilität angemessen begegnen zu können. Die jeweiligen Lösungsansätze sollten mit Blick auf die enge Verschränkung von Individual- und Gemeinwohl nicht nur den hier in Anschlag gebrachten moralischen Gesichtspunkten der fairen Lastenverteilung, der Solidarität und der intergenerationellen Gerechtigkeit entsprechen, sondern auch dem Grundgedanken

¹⁴⁰ Vgl. Poethko-Müller/Schmitz 2013, 849.

der Liberalität und der Verhältnismäßigkeit verpflichtet sein. Zwangsmaßnahmen sollten grundsätzlich nur als Ultima Ratio zum Einsatz kommen, nämlich dort, wo alle anderen niedrigschwelligeren Maßnahmen an ihre Grenzen gestoßen sind. Konstruktive Schritte zur Verbesserung der Impfquoten sollten daher zunächst einmal an diejenigen alltagspraktischen Barrieren ansetzen, die nachweislich wesentlich dazu beitragen, dass die gesundheitspolitischen Impfziele in Deutschland noch immer verfehlt werden. Ein möglichst minimaler Eingriff in das Elternrecht und das individuelle Selbstbestimmungsrecht bislang nicht (ausreichend) geimpfter Erwachsener dürfte auch insofern naheliegen, als Zwangsandrohungen wahrscheinlich auch unmittelbar kontraproduktive Effekte mit sich bringen, wie ein verhaltenspsychologisches Experiment zeigte.¹⁴¹ Es ergab, dass bereits die Androhung von Zwang das Vertrauen in Impfungen und die Bereitschaft zur freiwilligen Impfung senkte. In diesem Zusammenhang ist auch bedeutsam, dass seit 2017 in Deutschland kein Masern-Einzelimpfstoff mehr verfügbar ist. Dementsprechend wäre eine gesetzliche Masernimpfpflicht derzeit rein praktisch nicht präzise umsetzbar, da mit den allein verfügbaren Mehrfachimpfstoffen (MMR, MMRV) eine unfreiwillige „Mitimpfung“ gegen Krankheiten erfolgen müsste, gegen die keine Impfpflicht bestünde. So medizinisch sinnvoll Mehrfachimpfungen auch sind, wäre eine solche Ausweitung einer Impfpflicht zweifellos rechtlich angreifbar, sodass Masern-Einzelimpfstoffe wieder auf den Markt gebracht werden müssten. Letztlich wäre zu befürchten, dass als Kollateralschaden einer robust durchgesetzten Masernimpfpflicht die gesellschaftliche Akzeptanz empfehlenswerter, aber nicht verpflichtender Impfungen gegen andere Infektionskrankheiten und damit die Impfraten zum Beispiel gegen Röteln abnähmen.

Mit Blick auf das weitere Vorgehen sollte daher eine gestufte Strategie verfolgt werden, die das Erreichen klar definierter

¹⁴¹ Vgl. Betsch/Böhm 2016.

Zielwerte bei relevanten Personengruppen in bestimmten Zeiträumen mit schonenden Instrumenten zu erreichen sucht und erst im Falle des absehbaren Scheiterns dieser Bemühungen auch auf adressatenbezogene gesetzliche Zwangselemente zurückgreift.

So gibt es Indizien dafür, dass die von der WHO vorgegebene Durchimpfungsquote von 95 Prozent bei der zweiten Impfung bei Kindern grundsätzlich auch ohne Zwang erreichbar ist, denn schon jetzt erhalten 97 Prozent der Kleinkinder in Deutschland eine Erstimpfung.¹⁴² Die Erstimpfungsquote steigt zudem seit einigen Jahren, vermutlich aufgrund der bisher schon getroffenen, vorwiegend auf eine bessere Information der Bevölkerung zielenden Maßnahmen. Dies ist ein Beleg dafür, dass die Akzeptanz der Masernimpfung in der jetzigen Situation sehr groß ist. Die Zahl derjenigen, die Impfungen fundamental ablehnen und oft als die eigentliche Ursache des Problems angesehen werden (und deren Kinder allenfalls über einen Impfwang erreichbar wären), ist dagegen äußerst klein und noch dazu seit einigen Jahren rückläufig. Wahrscheinlich ist, dass die in der Tat noch zu niedrige Quote an Zweitimpfungen und die insgesamt oft zu spät im Kleinkindalter erfolgenden Erst- und Zweitimpfungen nicht durch fundamentalen Widerstand, sondern vorrangig durch allgemeine lebenspraktische Hindernisse und immer noch nicht ausreichende Aufklärung bedingt sind. So nutzen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte offenbar bisher in Praxisabrechnungsprogrammen derzeit schon vorhandene Dokumentations- und Erinnerungsmodule für Impfungen nicht systematisch und versäumen so oft eine gezielte Ansprache der Betroffenen. Mithilfe von regelmäßigen patientenbezogenen Abfragen, Einladungen zu notwendigen Impfterminen, Impftagen in Praxen oder im öffentlichen Raum etc. könnte aber die Schwelle zur Nutzung von Impfangeboten gesenkt werden. Ihr Kind impfen zu lassen, ist immer noch mit einem vergleichsweise hohen

142 Vgl. Robert Koch-Institut 2019, 150.

Zeitaufwand für Eltern verbunden, insbesondere auf dem Land, wo die Kinderarztdichte gering ist und wo im Übrigen schon einzelne impfskeptische Ärztinnen oder Ärzte für regional dramatisch sinkende Impfquoten sorgen können. *Niedrigschwellige wohnortnahe Aufklärungs- und Impfangebote* etwa in Kindertagesstätten, Schulen oder Apotheken könnten hier grundsätzlich Erleichterung schaffen, erfordern aber geeignete (berufs-)rechtliche Grundlagen. Dies gilt insbesondere, aber nicht nur für aus Ländern mit schlechter Gesundheitsversorgung neu ins Land gekommene Geflüchtete sowie Migrantinnen und Migranten, die ganz überwiegend impfwilling sind, aber oft einen schlechten Zugang zum deutschen Gesundheitswesen haben.

Eine besonders vulnerable Gruppe sind die vermutlich mehreren hunderttausend – genaue Zahlen gibt es naturgemäß nicht – Menschen, die sich ohne gesicherten Aufenthaltsstatus in Deutschland aufhalten. Viele von ihnen befürchten, bei Kontakt mit dem regulären Gesundheitssystem identifiziert und ausgewiesen zu werden, weshalb sie besonders schwer für medizinische Angebote zu erreichen sind.¹⁴³ Um ihre Versorgung bemühen sich ehrenamtlich tätige, durch Spenden finanzierte Ärztevereinigungen wie zum Beispiel „Praxis ohne Grenzen“. Mit ihrer Hilfe könnten sich die Impfraten von Menschen mit ungesichertem Aufenthaltsstatus verbessern lassen. Voraussetzungen dafür sind aber Rechtssicherheit für ihre Aktivitäten sowie eine angemessene materielle Ausstattung insbesondere mit Impfstoffen. Auch wenn sie in einem ausländerrechtlich problematischen Umfeld tätig sind, erscheint eine Unterstützung der genannten Ärztevereinigungen für Impfprogramme aus Mitteln der allgemeinen Gesundheitsversorgung schon deshalb sinnvoll, weil verbesserte Impfraten bei dieser besonderen Gruppe im Interesse der Allgemeinbevölkerung liegen.

Insgesamt kann die *Information der Zielgruppe der Eltern bzw. potenziellen Eltern* (das heißt Jugendliche und junge

¹⁴³ Vgl. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2013.

Erwachsene) noch verbessert werden, und zwar insbesondere mit Blick auf die bisher häufig unterschätzte Bedeutung der Zweitimpfung sowie jene Gefahr, die nicht ausreichend Geimpfte für besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen (Neugeborene, Kinder und Erwachsene mit Immunschwäche, Einreisende aus anderen Ländern, besonders anfällige Menschen in anderen Regionen dieser Welt) darstellen. Hier könnte noch stärker an das in der deutschen Gesellschaft durchaus vorhandene große Potenzial an Solidarität mit schutzbedürftigen Mitmenschen appelliert werden.

Ganz allgemein kann der *Informationsstand der Bevölkerung* und der Zugang zu Impfangeboten noch weiter verbessert werden. Dazu gehören zunächst einmal niedrigschwellige Angebote, sich über den eigenen Impfstatus Kenntnis zu verschaffen. Jugendliche, die aufgrund elterlicher Bedenken nicht geimpft wurden, aber in Gesundheitsfragen uneingeschränkte Selbstbestimmungsfähigkeit erlangt haben, sollten die Chance erhalten, über die Bedeutung von Impfungen aufgeklärt zu werden und selbst über die Maßnahme zu entscheiden (etwa durch Impfangebote an Schulen oder weiterbildenden Einrichtungen). Es sollte insgesamt der Öffentlichkeit mehr als bisher verdeutlicht werden, dass Masern mittlerweile auch eine Erkrankung von Erwachsenen jeder Altersstufe sind und dass sie im Erwachsenenalter mitunter besonders schwer verlaufen. Informations- und Aufklärungskampagnen können auch besonderes Gewicht darauf legen, den nur durch gemeinschaftliche Anstrengungen möglichen Schutz von Personen mit Immunschwäche oder Impfversagen zu betonen, um den unmittelbaren Nutzen des individuellen Beitrags zum Gemeinschaftsschutz für besonders vulnerable Personen zu verdeutlichen und somit an die mitmenschliche Solidarität zu appellieren.

Gesamtgesellschaftlich gesehen könnte zudem die Einrichtung eines strukturierten nationalen *Impfregisters* hilfreich sein, um zukünftige Entscheidungen auf eine optimale Datenbasis zu stellen. Nationale Impfregister bestehen bereits

in der Mehrzahl der EU-Staaten, teils auf eigener gesetzlicher Grundlage.¹⁴⁴ Zwar werden in Deutschland seit 2011 Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen zu Impfungen analysiert (KV-Impfsurveillance). Dabei werden jedoch nur Informationen zu gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten erfasst, die wegen der anonymisierten Datenerhebung zudem nicht für Erinnerungen an anstehende Impfungen genutzt werden können. Mit den in manchen anderen Ländern genutzten Impfinformationssystemen lassen sich demgegenüber sogar die Gründe für nicht durchgeführte Impfungen erheben, was gezieltere Maßnahmen zur Bekämpfung von Impfmüdigkeit und Impfskepsis ermöglicht.¹⁴⁵

Eine besondere ethische Verantwortung tragen Personen, *die Infektionen aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit mit erhöhter Wahrscheinlichkeit weitergeben* (wie Lehrpersonal an Schulen), und insbesondere solche, die Infektionen an Kranke weitergeben können (wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Krankenhäusern). Diese Personen und die Institutionen, in denen sie beschäftigt sind, können nicht nur mit geeigneten Maßnahmen eine Verbreitung von Infektionen wesentlich effektiver als die Durchschnittsbevölkerung verhindern, sie haben auch eine aus ihrer Stellung erwachsende Verantwortung, durch ihr eigenes Verhalten die Wichtigkeit von Impfungen zu unterstreichen.

Insbesondere die *Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen* sollten deshalb bei Impfungen mit positivem Beispiel vorangehen und hierfür wegen ihrer berufsbedingten besonderen Verantwortung in die Pflicht genommen werden. Letztlich stellt sich mit jeder Impfscheidung nichts weniger als die Frage des Vertrauens in die wissenschaftliche Medizin.¹⁴⁶ Wenn sich Laien nicht einfach auf ihr Bauchgefühl verlassen wollen, müssen sie dem Versprechen der evidenzbasierten

144 Vgl. European Centre for Disease Prevention and Control 2017, 13.

145 Vgl. ebd., 27 f.

146 Vgl. Verweij/Dawson 2004, 3125.

Medizin Glauben schenken, dass eine rationale Abwägung des potenziellen Nutzens einer Impfung gegenüber potenziellen Schäden zwar sehr aufwendig, aber durchaus in prinzipiell für alle nachvollziehbarer Weise möglich ist. Diesen Nutzen empirisch abzuschätzen, ist für Laien allein eine ebenso unlösbare Aufgabe, wie die Beantwortung der normativen Frage, welches Verhältnis von Chancen zu Risiken als „angemessen“ gelten kann. Selbst wer dazu in der Lage ist, epidemiologische Studien zu lesen und zu verstehen, müsste an der schieren Fleißaufgabe scheitern, die Vielzahl der weltweit erscheinenden Studien auszuwerten. Das für die Öffentlichkeit so wichtige Vertrauen in Impfungen müsste aber gerade dadurch weiter gestärkt werden, dass jene Personen, die ein tieferes Verständnis der wissenschaftlichen Rechtfertigung von Impfprogrammen haben, die Angemessenheit dieses Vorsorgesystems durch ihr eigenes Verhalten für alle erkennbar bekräftigen.

Ein solches Verhalten sollte durch verschiedene Maßnahmen gefördert werden. Zum einen kann die besondere Rolle von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitswesens oder von Gemeinschaftseinrichtungen (nach § 33 IfSG) bzw. von Personen in pädagogischen Kontexten bei der Verbesserung der Durchimpfungsrate noch stärker als bisher herausgestellt werden. So sollte etwa der Stellenwert von Impfungen und insbesondere die Bedeutung des eigenen Geimpftseins ausreichend in der *Aus-, Weiter- und Fortbildung* von medizinischem und pädagogischem Personal thematisiert werden. Träger von Gemeinschaftseinrichtungen und Einrichtungen des Gesundheitswesens sollten verpflichtet sein, sich über den Status relevanter Impfungen ihrer Beschäftigten Kenntnis zu verschaffen und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die Vorbeugung durch individuelle Impfmaßnahmen zu informieren. Hiervon ausgehend sollten sie auch befugt sein, Versäumnisse von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu ahnden, insbesondere durch Tätigkeitsverbote in gefährdeten Bereichen. Es sollten regelmäßige, niedrigschwellige Impfangebote (etwa durch den betriebsmedizinischen Dienst) unterbreitet

und ihr Erfolg systematisch überwacht werden. Nicht zuletzt sollten die Nutzerinnen und Nutzer von Gemeinschaftseinrichtungen oder Einrichtungen des Gesundheitswesens zu ihrer eigenen Sicherheit Informationen darüber erhalten, ob deren Träger solche Programme etabliert haben.

Erst wenn alle diese Verbesserungen der Aufklärung und der niedrigschwelligen Erreichbarkeit von Impfangeboten nicht in einem überschaubaren, vorab definierten zeitlichen Rahmen zu der erforderlichen Steigerung der Impfquote führen sollten oder die Impfquote aus anderen Gründen sogar regional weiter absinken sollte, scheint es aus ethischer Perspektive geboten, auch konkrete gesetzliche Zwangsmaßnahmen wie Kita-Verbote für ungeimpfte Kinder, Geldbußen für die Eltern schulpflichtiger Kinder ohne ausreichenden Impfschutz oder gezielte Tätigkeitsverbote für ungeimpfte Erwachsene in Lehr- und Gesundheitsberufen zu erlassen. Dabei muss jedoch die Verhältnismäßigkeit von Zweck und Mittel bedacht werden. In Deutschland erkrankten 2017 insgesamt 929 Personen an Masern, davon etwa ein Drittel Kinder unter neun Jahren.¹⁴⁷ Im gleichen Jahr wurden aber bundesweit 763.000 Kinder unter drei Jahren in 55.266 Kindertageseinrichtungen sowie von 43.951 Tagespflegemüttern und -vätern betreut.¹⁴⁸ Die Kontrolle einer sanktionsbewehrten allgemeinen Impfpflicht für Kinder in Betreuungseinrichtungen würde voraussichtlich einen großen bürokratischen Aufwand verursachen. Hinzu kommt, dass unter den Folgen eines Kita-Ausschlusses oder von Geldbußen Kinder sozial oder finanziell schlechter gestellter Eltern wesentlich stärker zu leiden hätten als Kinder wohlhabenderer Eltern. Wenn man zugleich bedenkt, dass sich nach einer Untersuchung des Sabin Vaccine Institute europäische Länder mit und ohne Impfpflicht für Kinder nicht signifikant in den erreichten Impfquoten unterscheiden¹⁴⁹, dürfte es in diesem

147 Vgl. Matysiak-Klose/Santibanez 2018, 326.

148 Vgl. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2017/07/PD17_255_225.html [04.06.2019].

149 Vgl. Sabin Vaccine Institute 2018, 24.

Bereich gerechtfertigt sein, zuvor alle vorhandenen mildereren Mittel zur Erhöhung der Impfquote, insbesondere mittels gezielter Ansprache säumiger Eltern durch Kinderärztinnen und -ärzte oder Jugend- bzw. Gesundheitsämter, auszuschöpfen.

4 ZUSAMMENFASSUNG

Einleitung

- 1) Gegen viele von Viren verursachte, bis heute nur symptomatisch therapierbare Infektionskrankheiten sind Impfungen die wichtigste Maßnahme, um schwerwiegenden gesundheitlichen Gefahren vorzubeugen und Krankheiten auszurotten. Die Masern sind eine objektiv – wenn auch oft unterschätzt – gefährliche Infektionskrankheit, die sich mit einem allgemein zugänglichen und gut verträglichen Impfstoff vermeiden lässt. Obwohl sie daher geradezu ein Musterbeispiel einer Infektionskrankheit darstellen, deren Eradikation im globalen Maßstab möglich wäre, gelingt schon ihre Elimination in verschiedenen Weltregionen trotz zeitweiliger Erfolge bislang nicht dauerhaft. Auch in Deutschland ist das Ziel, die Masern zu eliminieren, bisher verfehlt worden.
- 2) Ursachen dafür, dass die Elimination der Masern bisher in Deutschland nicht gelungen ist, sind zum einen die nicht ausreichende Quote bei den Zweitimpfungen sowie die insgesamt zu spät erfolgenden Erst- und Zweitimpfungen im Kindesalter. Zum anderen bestehen in ihrem Ausmaß weitaus gravierendere Impflücken in der erwachsenen Bevölkerung.
- 3) Aus dem begrenzten Erfolg der bisherigen Strategien ergeben sich wichtige ethische und rechtliche Fragen für die weitere Vorgehensweise, insbesondere, ob und inwieweit direktive Maßnahmen wie die Einführung einer Impfpflicht gerechtfertigt sein könnten. Diese Fragen sind Gegenstand der vom Deutschen Ethikrat vorgelegten Stellungnahme, die sich auf die Masern fokussiert, dabei aber ethische Maßstäbe entwickelt, die auch auf andere impfpräventable Infektionskrankheiten anwendbar sind.

Sachstand

- 4) Die Masern gehören zu den ansteckendsten Krankheiten überhaupt. Auch wenn die überwiegende Mehrzahl der in Deutschland betroffenen Kranken binnen wenigen Wochen die Masern ohne merkliche Folgeerscheinungen überwindet, können schon im „normalen“ Krankheitsverlauf bei Betroffenen ohne gesundheitliche Vorschädigung und in einem Umfeld mit guter Gesundheitsversorgung eine Reihe von Komplikationen auftreten. Dazu zählen Mittelohrentzündung, Durchfall, Lungenentzündung, postinfektiöse Enzephalitis und als Spätkomplikation nach mehreren Jahren die subakute sklerosierende Panenzephalitis (SSPE), die nahezu immer zum Tod führt.
- 5) Die Masernimpfung erfolgt in aller Regel im Rahmen einer Mehrfachimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln (heutzutage häufig zusätzlich kombiniert mit einem Impfstoff gegen Windpocken bzw. Gürtelrose). Die Impfung gilt als äußerst nebenwirkungsarm.
- 6) Das Ziel von Impfungen ist eine Absenkung der Erkrankungshäufigkeit bzw. der Häufigkeit ihrer Komplikationen und davon abhängig die Vermeidung von Todesfällen infolge der Erkrankung. Die von Masern verursachten Erkrankungen, Komplikationen und Todesfälle lassen sich durch die in Deutschland empfohlene zweimalige MMR-Impfung mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit vermeiden.
- 7) Gemeinschaftsschutz – das heißt ein Zustand, in dem auch nichtimmune Personen in einer Bevölkerung geschützt sind, weil hinreichend viele andere Personen immun sind und daher den Erreger nicht länger an ungeschützte Personen weitergeben – kann nur bei Krankheiten erreicht werden, die wie die Masern ausschließlich von Mensch zu Mensch übertragen werden können. Er dient vor allem vulnerablen Personen, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können oder bei denen die Impfung keine Immunität bewirkt, nützt aber ebenso Personen, die ohne medizinischen Grund nicht geimpft sind und damit

ohne eigenes Zutun von der Impfbereitschaft anderer profitieren. Um einen Gemeinschaftsschutz zu erreichen, müssen bei Masern aufgrund ihrer hohen Infektiosität etwa 95 Prozent der Bevölkerung immun sein.

- 8) Die Gründe, derentwegen Menschen in Deutschland nicht gegen die Masern geimpft sind, sind vielfältig. Eine wichtige Rolle spielen mangelndes Wissen über die Bedeutung der Impfung auch im Erwachsenenalter, mangelndes Vertrauen in die Wirksamkeit und Sicherheit von Impfungen sowie in öffentliche Impfempfehlungen, mangelndes Bewusstsein für die Schwere der Masernerkrankung, praktische Barrieren wie Alltagsstress, Fehleinschätzungen zum Beispiel der Impfrisiken wegen unseriöser Informationsquellen sowie mangelndes Verantwortungsgefühl gegenüber der Gemeinschaft bzw. fehlende Bereitschaft, mit der eigenen Impfung zum Infektionsschutz anderer beizutragen.

Normative Analyse

- 9) Der Begriff der „Impfpflicht“ kann entweder im *moralischen* oder im *rechtlichen* Sinne verstanden werden. Von einer staatlichen Impfpflicht im eigentlichen Sinn kann nur gesprochen werden, wenn erstens der verpflichtete Personenkreis und zweitens die Rechtsfolgen von Pflichtverletzungen präzise bestimmt sind.
- 10) Das geltende Recht kennt keine Impfpflicht im engeren Sinne, sieht man von bestimmten Sonderregelungen für Soldatinnen und Soldaten ab. Insbesondere enthält es keine auf Prävention zielenden und bei Verstößen sanktionierenden Impfpflichtregelungen. Stattdessen setzt der Staat weitgehend auf informatorische, empfehlende, zum Teil aber auch verpflichtende Beratung.
- 11) Mit Blick auf die derzeit auch in Deutschland verstärkt diskutierte Frage nach einer allgemeinen Impfpflicht, wie sie etwa vom Bundesministerium für Gesundheit und der Bundesärztekammer gefordert wird, ist aus

verfassungsrechtlicher Perspektive zunächst festzustellen, dass die derzeitige Rechtslage keinen durchgreifenden Bedenken begegnet. Die Frage, ob der Gesetzgeber über die Möglichkeiten des geltenden Rechts hinaus auch „harte“ Impfpflichtregeln einführen *dürfte*, ist damit jedoch noch nicht beantwortet.

- 12) Soweit (Klein-)Kinder als Impfpflichtige in den Blick genommen werden, sind sowohl das Grundrecht des Kindes auf Gesundheit und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) als auch das Elternrecht des Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG zu berücksichtigen. Das Bundesverfassungsgericht fasst das Elternrecht als treuhänderisches Grundrecht der Eltern auf, ihre Pflege und Erziehung am Wohl des Kindes auszurichten. Allerdings dürften Eltern grundsätzlich „frei von staatlichem Einfluss nach eigenen Vorstellungen darüber entscheiden, wie sie ihrer Elternverantwortung gerecht werden wollen“. Das bedeutet, dass eine Impfpflicht einen Eingriff in das Elternrecht markiert, der nur im Rahmen des staatlichen Wächteramtes (Art. 6 Abs. 2 Satz 2 GG) legitim ist und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit im weiteren Sinne Rechnung tragen muss. Der Eingriff muss also geeignet, erforderlich und angemessen sein im Hinblick auf die mit der Impfung verbundenen – zweifelsohne legitimen – Ziele des Gesundheitsschutzes der Kinder und der Gesamtbevölkerung bzw. besonders vulnerabler Bevölkerungsgruppen.
- 13) Ein Eingriff in das Elternrecht durch das Familiengericht, das die Entscheidung über die Impfung den Eltern entzieht und auf eine Ergänzungspflegerin bzw. einen Ergänzungspfleger überträgt, sowie eine unter Umständen zwangsweise Durchführung der Impfung gegen das Kind dürfte unter den gegenwärtigen Bedingungen nicht zu rechtfertigen sein, zumal ein solches Vorgehen zu einer Traumatisierung des Kindes führen könnte. Dementsprechend erscheint auch die Koppelung des Schulbesuchs an eine vorherige Masernimpfung als fragwürdig. Als

verfassungsrechtlich möglicherweise zulässige Ausgestaltung eines „harten“ Impfzwangs kommt aber eventuell eine Regelung in Betracht, die den Besuch einer Einrichtung der Kindertagespflege (Kita, Tageseltern) bzw. deren Betriebserlaubnis vom Nachweis einer ausreichenden Masernimpfung abhängig macht.

- 14) Neben Kindern kommen auch Erwachsene als Adressatinnen und Adressaten einer Impfpflicht in Betracht. Insoweit könnte erwogen werden, Personen, die in ihrem beruflichen Alltag mit Menschen zu tun haben, die aufgrund einer Maserninfektion einem besonders hohen Risiko einer schweren Erkrankung oder gar des Todes ausgesetzt wären, eine derartige Betätigung ohne Nachweis einer Immunität bzw. Impfung zu untersagen. Eine derartige Impfpflicht erscheint nicht von vornherein verfassungsrechtlich unzulässig. Die je nach Ausgestaltung unterschiedliche Eingriffsintensität einer derartigen Beschränkung der Berufsfreiheit muss in einem angemessenen Verhältnis zum Eingriffszweck stehen.
- 15) Mit dem Ausdruck „Impfpflicht“ ist oft die Vorstellung verbunden, dass der Staat diese Pflicht per Gesetz vorschreibt und im Extremfall mit staatlichem Zwang durchsetzt. Der Begriff kann allerdings sowohl im Sinne einer strengen Rechtspflicht als auch im Sinne einer dem Ethos zugehörigen „Tugendpflicht“, also einer reinen Moralpflicht verstanden werden. Wollte man die Forderung nach einer generellen Impfpflicht im Sinne einer strikten Rechtspflicht verstehen, so führte die Anwendung der dafür konstitutiven Attribute der Unentrinnbarkeit, Erzwingbarkeit und Eindeutigkeit zu einer Reihe von höchst problematischen Konsequenzen.
- 16) Insgesamt ist aus ethischer Sicht einer Regelung im Rahmen von sozial verbindlichen Ethos-Regeln der Vorrang zu geben. Diese Einschätzung könnte sich beim Eintreten besonderer Gefahrenlagen ändern. So wäre eine Verschärfung von Tugend- zu Rechtspflichten beispielsweise

zu rechtfertigen, wenn eine akute Gefährdung der Gesundheit großer Teile der Bevölkerung rigide Interventionen erforderte. Außerdem können die Verpflichtungsarten je nach betroffener Personengruppe und gegebenem Handlungskontext auch nebeneinander bestehen. So liegt kein Widerspruch darin, bei Eltern lediglich an das moralische Verantwortungsgefühl zu appellieren, um auf eine Erhöhung der Impfquoten bei Kindern hinzuwirken, bei medizinischem Personal mit Kontakt zu besonders anfälligen Personen hingegen eine sanktionsbewehrte Impfpflicht zu fordern.

- 17) Gegen eine moralisch gerechtfertigte Impfverpflichtung werden von Angehörigen einiger Gruppen religiöse bzw. weltanschauliche Gründe vorgebracht. Grundsätzlich ist es jedem Menschen freizustellen, sein Leben gemäß seinen individuellen religiösen und weltanschaulichen Überzeugungen zu gestalten. Diese Freiheit hat jedoch Grenzen, sofern die Folgen dieser Handlungen die legitimen Interessen anderer Menschen tangieren. Dabei sind nicht nur die Ausführungshandlungen, sondern auch die Unterlassungshandlungen zu berücksichtigen. Wer es unterlässt, sich (oder diejenigen Menschen, für die er oder sie verantwortlich ist) einer Masernimpfung zu unterziehen, fügt mit hoher Wahrscheinlichkeit (gegebenenfalls anonymen) anderen einen Schaden zu. Die Glaubens- und Gewissensfreiheit kann daher nicht zur Rechtfertigung einer vermeidbaren Gefährdung Dritter in Anspruch genommen werden.
- 18) Von zentraler Bedeutung für die Beantwortung der Frage, ob Eltern moralisch verpflichtet sind, ihre Kinder gegen Masern impfen zu lassen, ist der argumentative Verweis auf das Kindeswohl. So ließe sich argumentieren, dass aufgrund des faktischen Beitrages der Masernschutzimpfung zur Wahrung des Kindeswohls nicht nur eine moralische Verpflichtung der Eltern bestehe, ihren Kindern diesen Impfschutz nicht vorzuenthalten, sondern auch

der Gesetzgeber grundsätzlich legitimiert sei, diese elterliche Pflicht gesetzlich zu verankern.

- 19) Eine erste Voraussetzung für eine Pflicht der Eltern, ihre Kinder impfen zu lassen, besteht darin, dass die Pflichterfüllung zumutbar ist. Im Fall einer Masernimpfpflicht betrifft das zum einen den Zugang zur Impfung; zum anderen muss es aber auch zumutbar sein, die mit der Impfung verbundenen (sehr selten auftretenden) Nebenwirkungen für das Kind zu akzeptieren. Beim Abwägen des erhofften Nutzens gegen den möglichen Schaden einer Impfung müssen Eltern epidemiologischen Expertinnen und Experten vertrauen, die einzig anhand des Abgleichs der Daten von Millionen Impfungen und Millionen Krankheitsverläufen seriöse Chancen-Risiken-Abwägungen anstellen können.
- 20) Die stärkste Grundlage für eine elterliche Impfpflicht wäre gegeben, wenn man behaupten könnte, dass Eltern mit der Entscheidung gegen die Masernimpfung ihren Kindern unnötigerweise einen vermeidbaren gravierenden gesundheitlichen Schaden zufügen. Eltern können ihren Kindern schaden, wenn sie es unterlassen, sie gegen Masern impfen zu lassen, weil sie es so versäumen, die Kinder vor den Risiken einer zukünftigen Masernerkrankung zu bewahren. Das eigentliche Problem mit der Bezugnahme auf den Schaden, den Eltern ihren Kindern mit der Entscheidung gegen die Masernimpfung zufügen, liegt jedoch darin, dass das Schadensrisiko umso geringer ist, je höher die Impfbereitschaft aller anderen Individuen ist, die das Kind in der Zukunft anstecken könnten.
- 21) Die Impfung gegen eine hochansteckende Infektionskrankheit wie die Masern ist deshalb keine reine Privatangelegenheit, weil jedes nicht geimpfte Kind die Populationsimmunität schwächt und damit das Risiko von Masernausbrüchen erhöht sowie besonders schutzbedürftige Personen (die selbst nicht geimpft werden können) gefährdet.

- 22) Ein Solidaritäts- und Gerechtigkeitsargument beruht in diesem Kontext auf der Wahrnehmung, dass es im Bereich der Infektionsgefahr durch gefährliche Krankheitserreger nicht nur eine gemeinsame Gefährdungslage für die meisten Individuen gibt, sondern auch der moralisch relevante Umstand zu berücksichtigen ist, dass die wirksame Abwehr dieser Gefahrenlage die Leistungsfähigkeit Einzelner überfordert. Bei jedem Kind besteht eine gewisse Wahrscheinlichkeit, dass es nicht direkt, sondern nur indirekt über den Schutz der anderen geschützt werden kann, etwa wenn es trotz einer Zweifachimpfung keine Antikörper entwickelt. So gesehen haben wir es bei der gesellschaftlichen Impfpraxis geradezu mit einem Musterbeispiel solidarischen Handelns zu tun, bei dem das Individual- und das Gemeinwohl eng miteinander verschränkt sind. Es muss dabei allerdings berücksichtigt werden, dass es sich bei der Impfung um einen Eingriff in die körperliche Integrität einer Person handelt, der generell einer höheren Begründungslast unterliegt.
- 23) Eng mit dem Solidaritäts- und Gerechtigkeitsgedanken verbunden ist ein zweites Argument, das auf den Status der Populationsprävention bzw. des Gemeinschaftsschutzes als *öffentliches Gut* abhebt. Öffentliche Güter betreffen alle Mitglieder einer Population und lassen sich daher anders als private Güter nicht einzelnen Mitgliedern exklusiv zuordnen. Gerade mit Blick auf die hochansteckenden Masernerreger stellt die Verbesserung der Populationsprävention in jedem Fall ein sinnvolles und notwendiges Ziel von Public-Health-Maßnahmen dar. Die hier angestellten Überlegungen zeigen also, dass es starke Argumente für das Bestehen einer moralischen Verpflichtung seitens der Eltern gibt, ihre minderjährigen Kinder gegen Masern impfen zu lassen.
- 24) Um eine moralische oder sogar rechtliche Verpflichtung zur Impfung Erwachsener zu begründen, könnte man zunächst im Sinne eines Schadensargumentes auf die

drohenden eigenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen verweisen, die im Falle einer Infektion zu erwarten wären und die das eigene Wohl unnötig gefährden würden. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass ein liberaler Rechtsstaat eine einsichts- und urteilsfähige Person nicht allein zu ihrem individuellen Nutzen zu einer Behandlungs- oder Präventionsmaßnahme zwingen darf.

- 25) Der Anspruch Dritter auf Schutz vor Fremdschädigung kann zu einem Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht berechtigen, gegebenenfalls auch mit der Konsequenz eines Eingriffs in die körperliche Unversehrtheit, sofern die Gefahr groß und unmittelbar drohend ist und sich nicht auf andere, weniger eingreifende Weise abwenden lässt.
- 26) Bei Infektionskrankheiten wie den Masern, die von Mensch zu Mensch übertragen werden, fällt insbesondere ins Gewicht, dass sich manche Menschen nicht ausreichend gegen diese Infektion schützen können, selbst wenn sie das wollten. Sie können vor Erkrankung und möglichem Tod nur mithilfe von impfwilligen Dritten geschützt werden. Dazu zählen etwa kranke Menschen mit eingeschränkter Immunabwehr, Kinder und Erwachsene ohne ausreichenden Schutz trotz Zweifachimpfung sowie Säuglinge ohne ausreichenden Nestschutz. Ungeimpfte können auch im Rahmen von Auslandsreisen Kinder und Erwachsene in anderen Regionen der Welt gefährden, die keinen ausreichenden Zugang zu Impfvorsorge haben.
- 27) Ein Teil der erwachsenen Personen ohne ausreichenden Impfschutz ist aufgrund der Berufstätigkeit besonderen Infektionsrisiken ausgesetzt und riskiert dann stets auch, die Infektion an andere Menschen weiterzugeben. Dazu gehören etwa Lehrpersonen und besonders das Personal aus Medizin, Pflege oder Hebammenwesen.
- 28) Gerade mit Blick auf die Angehörigen bestimmter Gesundheitsberufe wäre zu prüfen, ob es nicht hinreichende Gründe für die Einführung einer – in Deutschland bisher noch nicht bestehenden – *berufsbezogenen Impfpflicht*

gibt. Aus Gründen des Gemeinschaftsschutzes kann zumindest ein starkes moralisches Gebot zur Impfung für solche Personen konstatiert werden, die beruflich ein erhöhtes Risiko tragen, sich zu infizieren und die Infektion an Dritte, insbesondere anfällige und damit besonders vulnerable Personen weiterzugeben. Dies gilt umso mehr, als sie mit ihrer Berufswahl freiwillig eine erhöhte Verantwortung übernommen haben.

- 29) Auch wenn gezeigt werden konnte, dass es insgesamt hinreichend starke Argumente für das Bestehen einer moralischen Verpflichtung gibt, sich selbst bzw. die eigenen Kinder gegen die Masern impfen zu lassen, stellt sich die Frage, wie diese Verpflichtung in der Praxis konkret umgesetzt werden sollte. Die jeweiligen Lösungsansätze sollten mit Blick auf die enge Verschränkung von Individual- und Gemeinwohl nicht nur den hier in Anschlag gebrachten moralischen Gesichtspunkten der fairen Lastenverteilung, der Solidarität und der intergenerationellen Gerechtigkeit entsprechen, sondern auch dem Grundgedanken der Liberalität und der Verhältnismäßigkeit verpflichtet sein. Gesetzliche Zwänge sollten grundsätzlich nur als Ultima Ratio zum Einsatz kommen, nämlich dort, wo alle anderen niedrigschwelligeren Maßnahmen an ihre Grenzen gestoßen sind. Konstruktive Schritte zur Verbesserung der Impfquoten sollten daher zunächst einmal an denjenigen alltagspraktischen Barrieren ansetzen, die nachweislich wesentlich dazu beitragen, dass die gesundheitspolitischen Impfziele in Deutschland noch immer verfehlt werden.
- 30) Es gibt Indizien dafür, dass die von der Weltgesundheitsorganisation vorgegebene Durchimpfungsquote von 95 Prozent bei der zweiten Impfung bei Kindern grundsätzlich auch ohne Zwang erreichbar ist, denn schon jetzt erhalten 97 Prozent der Kleinkinder in Deutschland eine Erstimpfung. Die Impfquoten im Kindesalter steigen zudem seit einigen Jahren aufgrund der bisher schon

getroffenen, vorwiegend auf eine bessere Information der Bevölkerung zielenden Maßnahmen. Dies ist ein Beleg dafür, dass die Akzeptanz der Masernimpfung in der jetzigen Situation sehr groß und die Zahl derjenigen, die Impfungen fundamental ablehnen und oft als die eigentliche Ursache des Problems angesehen werden (und deren Kinder allenfalls über einen Impfbzwang erreichbar wären), äußerst klein und noch dazu seit einigen Jahren rückläufig, wenngleich regional inhomogen ist.

- 31) Zudem muss die Verhältnismäßigkeit von Zweck und Mittel bedacht werden. So würde etwa die Kontrolle einer sanktionsbewehrten allgemeinen Impfpflicht für Kinder in Betreuungseinrichtungen voraussichtlich einen großen bürokratischen Aufwand verursachen. Hinzu kommt, dass unter den Folgen eines Kita-Ausschlusses oder von Geldbußen Kinder sozial oder finanziell schlechter gestellter Eltern wesentlich stärker zu leiden hätten als Kinder wohlhabenderer Eltern. Wenn man zugleich bedenkt, dass sich nach einer Untersuchung des Sabin Vaccine Institute europäische Länder mit und ohne Impfpflicht für Kinder nicht signifikant in den erreichten Impfquoten unterscheiden, dürfte es in diesem Bereich gerechtfertigt sein, zuvor alle vorhandenen milderen Mittel zur Erhöhung der Impfquote, insbesondere mittels gezielter Ansprache säumiger Eltern durch Kinderärztinnen und -ärzte oder Jugend- bzw. Gesundheitsämter, auszuschöpfen.

5 EMPFEHLUNGEN

Die Elimination der Masern ist ein individuell und gesellschaftlich bedeutsames moralisches Ziel. Die folgenden Empfehlungen dienen dazu, die Impfquoten aller Alters- und Bevölkerungsgruppen so weit zu erhöhen, dass das für die Elimination der Masern erforderliche Maß erreicht wird. Abgesehen von Berufsgruppen in besonderer Verantwortung ist hierfür primär auf Zugangserleichterung, Aufklärung und Beratung zu setzen. Sollten diese Mittel nicht greifen, sind stärker direktive Maßnahmen und solche mit höherer Eingriffstiefe geboten. Die Empfehlungen in der hier vorgelegten Form fokussieren die Masern, können gegebenenfalls aber auch für andere Impfungen weiterentwickelt werden.

Der Deutsche Ethikrat empfiehlt mit Blick auf die Masernimpfung:

1. Eine weitere Erhöhung der Masernimpfquoten ist anzustreben. Adressatinnen und Adressaten von Maßnahmen zum Erreichen dieses Zieles müssen sowohl Kinder als auch Jugendliche und Erwachsene sein. Es sollten gezielte Informationskampagnen durchgeführt werden, um insbesondere bei Erwachsenen ein Bewusstsein für die Bedeutung eines Impfschutzes gegen Krankheiten zu schaffen, die viele fälschlich für Kinderkrankheiten halten.
2. Niedrigschwellige Aufklärungs- und Impfangebote (zum Beispiel offene Impfsprechstunden für Berufstätige, regelmäßige Impftage an Kindertagesstätten, Schulen und Hochschulen oder durch den betriebsmedizinischen Dienst) sollten etabliert werden. Dem möglicherweise entgegenstehende administrative, insbesondere berufsrechtliche Hemmnisse sollten abgebaut werden. Sprachlichen und kulturellen Barrieren ist besonders Rechnung zu tragen.

3. Haus- und Kinderarztpraxen sollten verpflichtet werden, Impf-Erinnerungssysteme einzusetzen. Der Aufwand hierfür sollte angemessen erstattet werden.
4. Träger von Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG) und Einrichtungen des Gesundheitswesens sollten berechtigt und verpflichtet sein, sich Kenntnis über den Status relevanter Impfungen ihrer Beschäftigten zu verschaffen und diese auf eine ausreichende Vorbeugung durch individuelle Impfmaßnahmen hinzuweisen.
5. Alle Ärztinnen und Ärzte sollten fachgebietsübergreifend zur Durchführung von Impfungen qualifiziert und befugt werden; qualifizierende Impfkurse sollten zum verpflichtenden Inhalt des Medizinstudiums gehören. Der Stellenwert von Impfungen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von medizinischem und pädagogischem Personal (einschließlich der Bedeutung des eigenen Geimpftseins) sollte erhöht werden.
6. Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus sollten Zugang zu geschützten Impfmöglichkeiten erhalten; ärztlichen Hilfsorganisationen, die diese Option anbieten, sollte Rechtssicherheit garantiert und Unterstützung gewährt werden.
7. Die Einrichtung eines strukturierten nationalen Impfreisters ist zu empfehlen, um zukünftige Maßnahmen auf eine bessere Datenbasis zu stellen. Bei der Erhebung und Auswertung der Daten sollte auf regionale und soziale Besonderheiten geachtet werden, um Interventionen möglichst zielgenau gestalten zu können.
8. Nicht zu rechtfertigen ist die Durchsetzung einer Impfpflicht mittels körperlichen Zwangs („Zwangsimpfung“).

9. Der Deutsche Ethikrat hält es aus Gerechtigkeits- und Effektivitätserwägungen nicht für angeraten, Bußgelder oder sonstige finanzielle Sanktionen zur Erhöhung von Impfquoten zu verhängen.
10. Angesichts der gesetzlichen Schulpflicht ist eine über anlassbezogene zeitweilige Schulausschlüsse zur Gefahrenabwehr hinausgehende generelle Verknüpfung von Schulbesuch und Impfstatus abzulehnen.
11. Auch der generelle Ausschluss nicht geimpfter Kinder von vorschulischen Bildungs- und Erziehungseinrichtungen (Kitas, Horte, Tageseltern etc.) wird vom Deutschen Ethikrat abgelehnt. In besonderen Einzelfällen sollte der Ausschluss eines ungeimpften Kindes zur Risikovorsorge möglich sein.
12. Das bereits eingeführte Kontroll- und Beratungsregime des § 34 Abs. 10a IfSG sollte verschärft werden (Dokumentation des Impfstatus bei Aufnahme; jährliche Kontrolle des Impfstatus durch die Einrichtungen; regelmäßige aufsuchende Beratung mit Impfangebot vor Ort durch Gesundheitsämter bzw. von diesen beauftragte Ärztinnen und Ärzte).
13. Mit Ausnahme eines Mitglieds befürwortet der Deutsche Ethikrat eine mit Tätigkeitsverboten sanktionierbare Impfpflicht für Berufsgruppen in besonderer Verantwortung. Dies betrifft in erster Linie Personal im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen.
14. Würde eine staatliche Impfpflicht eingeführt, müsste die praktische Möglichkeit geschaffen werden, nur gegen diejenige Krankheit zu impfen, auf die sich die Pflicht bezieht. Dementsprechend wäre sicherzustellen, dass die entsprechenden Monopräparate verfügbar sind.

15. Gegenüber Ärztinnen und Ärzten, die öffentlich (insbesondere in sozialen Medien) Fehlinformationen über die Masernimpfung verbreiten, sind berufsrechtliche Sanktionen vorzusehen.

SONDERVOTUM

Ziel

Das unstrittige Ziel im Ethikrat ist eine vor Masern geschützte Bevölkerung. Dazu müssen 95 Prozent der Bevölkerung gegen Masern immun sein. Dies ist durch Impfung und durch eine durchgemachte Infektion zu erreichen.

Masern sind eine hochansteckende Krankheit, die leicht durch eine Impfung verhindert werden kann. Wie Kapitel 2 ausführt, stehen seit 1963 Impfstoffe zur Verfügung. Bevor die Masernimpfung üblich war, hatten fast alle Masern, d.h. fast alle vor 1970 Geborenen. Die Erkrankung weist je nach Datenquelle eine Sterblichkeit von 0,01 bis 0,1 Prozent aus.¹⁵⁰ Dies ist im Vergleich zu anderen Infektionskrankheiten wie den Pocken mit einer Sterblichkeit von 30 Prozent eine relativ geringe Sterblichkeit. Diese relativ geringe Sterblichkeit rechtfertigt keine Impfpflicht zur Durchsetzung des Zieles, dazu zählt auch eine De-facto-Impfpflicht bestimmter Berufsgruppen oder der Ausschluss einzelner Kinder aus einer Kindertagesstätte. Anders als in Kapitel 4 empfohlen, sind daher niemals für Erwachsene und Kinder direktivere und eingriffstiefere Maßnahmen geboten, sondern es ist nur auf Zugangserleichterung, Aufklärung und Beratung zu setzen, da die individuelle Freiheit, das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit und das elterliche Erziehungsprimat ein höherwertiges Ziel als die Masernelimination ist, auch wenn diese ein individuell und gesellschaftlich bedeutsames moralisches Ziel ist.

Anders als im Einleitungskapitel sind Nicht-Geimpfte daher auch nicht als Ultima Ratio von bestimmten Aufenthaltsorten oder beruflichen Tätigkeiten auszuschließen.

Wie Leitlinienwatch, das Transparenzportal für medizinische Behandlungsleitlinien, bestätigte, werden, anders als in Kapitel 3 dargestellt, durchaus auch Institutionen wie die STIKO

150 Vgl. World Health Organization 2017, 209.

von Impfstoffherstellern durch Interessenkonflikte beeinflusst: „Leider werden bei den Vortragshonoraren die Firmen nicht genannt. Damit ist die eigentlich vorgesehene Enthaltungsregelung bei Abstimmungen nicht ausreichend nachvollziehbar.“¹⁵¹

Warum eine Impfpflicht dazu ungeeignet ist, eine vor Masern geschützte Bevölkerung zu erreichen:

Die Forderung nach einer Impfpflicht ist die oft reflexhafte Antwort auf jeden nicht nur in Deutschland stattfindenden Masernausbruch.¹⁵²

Eine De-facto-Impfpflicht führt dazu, dass sich bestimmte Berufsgruppen oder fast alle impfen lassen müssen. Auch eine De-facto-Impfpflicht, wie in Empfehlung 13 für sogenannte Risikogruppen im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen oder wie in Empfehlung 11 gefordert, durch einen möglichen Ausschluss einzelner nicht geimpfter Kinder aus einer Kita auch im Rahmen der Risikovorsorge, ist abzulehnen. Dies drückt auch die Empfehlung 12 mit einer Forderung nach einer Verschärfung des Infektionsschutzgesetzes IfSG aus.

Eine (de facto) Masernimpfpflicht sollte unter vier Aspekten analysiert werden, um zu sehen, warum sie ungeeignet ist, das Ziel einer vor Masern geschützten Bevölkerung zu erreichen:

1. Wirksamkeit

Führt eine Impfpflicht zu einer höheren Durchimpfungsrate?

Vergleicht man die Durchimpfungsraten der ersten und zweiten Masernimpfung in Deutschland mit dem Mittelwert

151 <https://www.leitlinienwatch.de/empfehlungen-der-staendigen-impfkommision> [04.06.2019]; siehe darüber hinaus https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Mitgliedschaft/Interessenskonflikte/interessenskonflikte_node.html [04.06.2019].

152 Vgl. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/100521/Lauterbach-will-Impfpflicht-fuer-Masern-neu-debattieren> [04.06.2019]; Heiningner/Iseke 2019; <https://www.bvjk.de/presse/pressemitteilungen/ansicht/article/kinder-und-jugendaerzte-fordern-impfpflicht> [04.06.2019] sowie die Beschlüsse der CDU (<https://www.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/sonstige-beschluesse.pdf?file=1> [04.06.2019]) und der FDP (<https://www.fdp.de/sites/default/files/uploads/2017/05/08/2017-04-29-bpt-kindeswohl-schuetzen-recht-auf-impfung-fuer-alle-kinder.pdf> [04.06.2019]).

derjenigen acht EU-Staaten, in denen für beide Impfungen schon länger eine Impfpflicht gilt (Bulgarien, Kroatien, Lettland, Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechien und Ungarn)¹⁵³, muss eine positive Auswirkung auf eine höhere Durchimpfungsrate angezweifelt werden. Es ergibt sich Folgendes:

Bei der ersten Masernimpfung (MCV1) liegt die Durchimpfungsrate in Deutschland seit 2010 teilweise über dem Mittel der Länder, in denen eine Masernimpfpflicht gilt; 2017 lag sie in Deutschland zwei Prozent höher.¹⁵⁴

Dieser Umstand spricht gegen die Befürchtung, dass eine mangelnde Impfpflicht zu niedrigen Impfquoten führen würde, die dann in der Folge eine Ausrottung der Masern verhindern würde: 97 Prozent der Eltern in Deutschland entscheiden sich seit Jahren freiwillig für die erste Masernimpfung.¹⁵⁵

Die zweite Masernimpfung (MCV2) dient nicht, wie das Einleitungskapitel suggeriert, der Verbesserung des durch die erste Impfung bereits entstandenen Schutzes, sondern ist eine Auffangimpfung für die primären Impfversager*innen. Sie bewirkt also nur für diejenigen, bei denen die erste Masernimpfung nicht gewirkt hat, einen Schutzeffekt.

Der Vergleich ist komplizierter und komplexer als bei der ersten Masernimpfung: 95 Prozent der Kinder, die nur die erste Masernimpfung erhalten haben, sind schon sicher vor Masern geschützt.¹⁵⁶ Fast alle europäischen Nachbarländer, sowohl diejenigen, die auf Empfehlungsbasis arbeiten, wie auch diejenigen, die eine Masernimpfpflicht haben, und auch das Bundesland Sachsen empfehlen daher die zweite Masernimpfung später als die deutsche Ständige Impfkommission.¹⁵⁷

153 In Frankreich und Italien ist die umfassende Impfpflicht noch zu neu, um epidemiologische Effekte zu erwarten.

154 Vgl. http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveredtp3.html [04.06.2019] sowie <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu> [04.06.2019].

155 Vgl. <https://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/infektionskrankheiten/masern/article/943821/eher-kontraproduktiv-impfpflicht-wuerde-masernproblem-nicht-loesen.html> [04.06.2019].

156 Vgl. Strebel et al. 2018.

157 Vgl. <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu> [04.06.2019].

Trotz dieser Besonderheiten betrug auch bei der zweiten Masernimpfung der Unterschied zwischen den Ländern mit Masernimpfpflicht und Deutschland 2017 weniger als ein Prozent.

Ein Zusammenhang zwischen Impfpflicht und Durchimpfungsrate entbehrt daher jeder wissenschaftlichen Evidenz – das formulieren so auch aktuelle internationale Untersuchungen von ASSET und dem Sabin Vaccine Institute.¹⁵⁸

Führt eine Impfpflicht zu einer niedrigeren Masernhäufigkeit?

Ein Zurückgehen der Masernhäufigkeit durch eine Impfpflicht wird immer wieder behauptet. Doch auch wenn ein guter Individualschutz besteht und bei der nur von Mensch zu Mensch übertragbaren Infektionskrankheit eine Herdenimmunität nachgewiesen werden kann, lassen sich die Ergebnisse dennoch nicht auf die Gesamtbevölkerung übertragen. Dies zeigt der Vergleich der Masernerkrankungen (Inzidenz) der letzten zehn Jahre. In der EU gab es beachtenswerte Masernausbrüche auch in Ländern mit einer Impfpflicht.¹⁵⁹ Gleichzeitig lag im Beobachtungszeitraum die Maserninzidenz in Deutschland unter dem Mittel der Länder, in denen eine Masernimpfpflicht besteht.

Ein Zusammenhang bei der zweiten Masernimpfung bezogen auf die Maserninzidenz ist, wenn überhaupt, nur marginal.

Ein Zusammenhang zwischen Impfpflicht und Masernhäufigkeit muss angezweifelt werden. Die Masernimpfung, die auf individualmedizinischer Ebene hochwirksam ist und eine Herdenimmunität bewirkt, führt nicht zwangsläufig zu den erhofften Effekten im Bevölkerungsmaßstab.

2. Rechtliches

Hätte eine Impfpflicht verfassungsrechtlichen Bestand?

Jede Impfung greift in ein zentrales Grundrecht ein: *Das Recht auf körperliche Unversehrtheit*, jede Impfung an Kindern

158 Vgl. ASSET 2016 sowie <https://www.sabin.org/updates/blog/legislative-approaches-immunization-across-european-region> [04.06.2019].

159 Vgl. <https://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx?Instance=GeneralAtlas> [04.06.2019].

zusätzlich in das *Pflege- und Erziehungsrecht der Eltern für ihre Kinder*.

Daher sind dem Staat enge Grenzen gesetzt, gegen den Willen der Einzelnen oder der Eltern Impfungen verpflichtend vorzuschreiben. Ergänzend zu Kap 3.2.2 ist es zumindest unsicher, ob eine Impfpflicht verfassungsrechtlichen Bestand hätte. Zu diesem Urteil kommt auch der Wissenschaftlichen Dienst (WD) des Bundestages.¹⁶⁰

Für eine impfpräventable Erkrankung kommt auch laut WD nur dann eine Impfpflicht infrage, wenn drei Bedingungen erfüllt sind:

- Ein relevantes Ansteckungsrisiko muss vorliegen.
- Ein nicht geringes Risiko fataler Verläufe muss bestehen.
- Die Gefahr einer epidemischen Ausbreitung muss gegeben sein.

Impfpflicht im Seuchenfall: Das IfSG enthält laut WD keine Ermächtigung für eine generelle Impfpflicht – lediglich die begrenzte Möglichkeit einer Verpflichtung, für „bedrohte Teile der Bevölkerung an Schutzimpfungen [...] teilzunehmen [...], wenn eine übertragbare Krankheit mit klinisch schweren Verlaufsformen auftritt und mit ihrer epidemischen Verbreitung zu rechnen ist“ (§ 20 Abs. 6 IfSG). Der Gesetzgeber fordert also, dass mit einer epidemischen Verbreitung „zu rechnen“ sein müsse.

Generelle Impfpflicht: Die Frage nach der Verfassungsmäßigkeit einer generellen Impfpflicht lasse sich laut Wissenschaftlichem Dienst nicht pauschal beantworten. „Die Abwägung müsste stets unter Berücksichtigung der verschiedenen Erkrankungsarten erfolgen. Ergibt die Abwägung im Ergebnis nur ein geringes Risiko, dürfte eine generelle Impfpflicht einen Eingriff in das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit aus Art 2 Abs. 2 GG darstellen, der verfassungsrechtlich nicht zu rechtfertigen wäre.“¹⁶¹

¹⁶⁰ Vgl. Deutscher Bundestag 2016b.

¹⁶¹ Deutscher Bundestag 2016b, 5 f.

Für Masern sieht der WD dieses „geringe Risiko“: „Angesichts einer Sterblichkeitsrate von 30 Prozent im Falle einer Pockeninfektion wurde beispielsweise die Impfpflicht gegen Pocken vom BVerwG im Jahr 1959 als verfassungsgemäß eingestuft. [...] Im Falle einer Maserninfektion beträgt die Sterblichkeit in Deutschland laut RKI dagegen nur 0,1 Prozent.“¹⁶²

Impfpflicht bei Kindern: Grundsätzlich unterfielen Schutzimpfungen bei Kindern „dem Schutzbereich des elterlichen Erziehungsrechts“. Daher müsse sich der Staat auf ein „Interventionsminimum“ beschränken – „[Der Staat] kann gerade nicht von sich aus die optimalste Gesundheitsversorgung für die Kinder verpflichtend anordnen, da den Eltern insoweit ein vorrangiges Entscheidungsrecht zukommt. [...] Es soll der Elternverantwortung zugewiesen sein, zu bestimmen, welches Maß an Belastung und risikobehaftetem Eingriff sie ihrem Kind unter Abwägung seiner Lebenschancen noch zumuten wollen. In Bezug auf Impfungen wird der Staat daher im Grundsatz auch das Recht der Eltern zu berücksichtigen haben, die Vorteile der Impfung mit ihren möglichen Nachteilen (Nebenwirkungen, „Impfschäden“) für ihre Kinder abzuwägen.“¹⁶³

Der WD fasst zusammen: „Im Ergebnis der Abwägung dieser verschiedenen Interessen dürfte eine gesetzliche Impfpflicht für Kinder wohl nur in Bezug auf solche Krankheiten verfassungsrechtlich zulässig sein, die für das Leben oder die Gesundheit des Kindes fatale Folgen haben können, und die – bei fehlender individueller und flächendeckender Impfung – eine nicht untergeordnete Ansteckungswahrscheinlichkeit aufweisen [...]. Bei sonstigen Schutzimpfungen wird sich voraussichtlich gerade das Elternrecht gegenüber dem staatlichen Wächteramt durchsetzen.“¹⁶⁴

Die Verfassungsmäßigkeit einer potenziellen auch De-facto-Masernimpfpflicht ist daher zumindest zweifelhaft. Diese

¹⁶² https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Masern.html [04.06.2019].

¹⁶³ Deutscher Bundestag 2016b, 5 f.

¹⁶⁴ Ebd., 7.

wird früher oder später vom Bundesverfassungs- und/oder Bundesverwaltungsgericht überprüft werden. Dann kämen auch Bedenken von Verfassungsrechtler*innen zur Sprache, die dem Staat das Recht absprechen könnten, eine *Impfpflicht* zu verhängen, da sie diese als verfassungsrechtlich unhaltbar herleiten¹⁶⁵, wie die Empfehlungen 11, 12 und 13 dies vorschlagen.

3. Mögliche kontraproduktive Effekte einer Impfpflicht Welche Risiken beinhaltet eine Impfpflicht?

Zwangmaßnahmen sind in Deutschland aus gutem und historischem Grund selten. Denn Pflichten, zu denen auch eine De-facto-Impfpflicht zählen würde, und Sanktionen laufen immer Gefahr, Widerstand zu provozieren, der nicht unbedingt in der Sache begründet ist, sondern um des Widerstandes selbst willen entsteht. Geht man im Falle einer Impfpflicht davon aus, dass die juristischen Sanktionsinstrumente wie Bußgelder doch gerichtlich Bestand haben, dass somit der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit juristisch gewahrt wäre, gerade dann müsste mit Eltern gerechnet werden, die diese Sanktionen bewusst in Kauf nähmen und sich mit dem Ausschluss sogar brüsten würden oder andere empfohlene und bisher von ihnen veranlasste Impfungen nicht mehr durchführen lassen würden. Damit kämen zu den Kindern, die bislang aus anderen Gründen nicht oder nicht vollständig geimpft werden, noch diese hinzu. Eine auch De-facto-Masernimpfpflicht könnte daher die negative Konsequenz haben, dass die Durchimpfungsrate insgesamt sogar sinkt. Eine freiwillige Impfung läuft dagegen diese Gefahr nicht.¹⁶⁶

Die zu befürchtende Verschlechterung der Akzeptanz von Schutzimpfungen insgesamt in der Bevölkerung im Falle einer Masernimpfpflicht hat, in Verbindung mit den in Deutschland bislang auch ohne Strafmaßnahmen erreichten guten

165 Vgl. Zuck 2017.

166 Vgl. Betsch/Böhm 2016.

Durchimpfungsraten, seit Jahren auch andere Fachleute zu Position gegen eine Impfpflicht veranlasst.¹⁶⁷

Ärztliche Aspekte

Die in Empfehlung 13 angedrohten berufsrechtlichen Sanktionen könnten dazu führen, dass sich Ärzt*innen nur noch als Privatärzt*innen niederlassen und in der Konsequenz ihre Kassenzulassung zurückgäben. Auch daher scheint es kontraproduktiv, Ärzt*innen mit berufsrechtlichen Sanktionen zu drohen. Diese Empfehlung hätte zusätzlich massive sozialpolitische Aspekte, es würde vor allem die Armen treffen. Hausärzt*innen befürworten eine Impfpflicht mehrheitlich nicht, denn sie sind auf eine unbelastete vertrauensvolle Beziehung angewiesen, um evidenzbasiert beraten zu können.¹⁶⁸

4. Sozial- und genderpolitische Aspekte

Auch eine sich auf sogenannte Risikogruppen (Gesundheits-, Bildungs-, Sozialbereich) erstreckende und/oder eine De-facto-Impfpflicht wäre für nicht geimpfte Erwachsene und Kinder kontraproduktiv. Es würden in der Konsequenz Kinder vom Besuch der Kita abgehalten oder sie würden andere Bildungsangebote nicht annehmen können.

Gerade Mädchen, deren Elternaus religiösen Gründen Mechanismen suchen, ihre Töchter nicht zu freiwilligen Schulveranstaltungen zu schicken, würden unter Umständen davon abgehalten. Nicht-Impfen könnte sogar als Ausrede dienen, um gezielt Mädchen zum Beispiel nicht mit ins Landschulheim schicken zu müssen.

¹⁶⁷ Vgl. <https://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/infektionskrankheiten/masern/article/943821/eher-kontraproduktiv-impfpflicht-wuerde-masernproblem-nicht-loesen.html> [04.06.2019] sowie <https://www.apotheken-umschau.de/Infektion/Braucht-Deutschland-eine-Impfpflicht-548597.html> [04.06.2019].

¹⁶⁸ Vgl. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/102283/Allgemeinmediziner-befuerworten-Impfpflicht-fuer-Masern-nicht> [04.06.2019] sowie Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2019.

Wohlhabende Kinder und deren Eltern können gegebenenfalls auf Privatschulen, Privatkindergärten und Privatärzt*innen ausweichen.

Sozial- und genderpolitische Erwägungen sollten daher Priorität vor einer De-facto-Impfpflicht haben.

Zusammenfassend ist festzustellen: Die Einführung einer De-facto-Impfpflicht wäre in Deutschland medizinisch ineffektiv, juristisch problematisch und soziologisch wahrscheinlich kontraproduktiv, was einen so tiefen Eingriff in fundamentale Grundrechte nicht legitimierbar macht.

Christiane Fischer

LITERATURVERZEICHNIS

- Abad, C. L.; Safdar, N. (2015): The reemergence of measles. In: *Current Infectious Disease Reports*, 17 (12), 51.
- ASSET (2016): Compulsory Vaccination and Rates of Coverage Immunisation in Europe. http://www.asset-scienceinsociety.eu/reports/pdf/asset_dataviz_l.pdf [04.06.2019].
- Bestler, J. C. (2018): Not a matter of parental choice but of social justice obligation: children are owed measles vaccination. In: *Bioethics*, 32 (9), 611-619.
- Betsch, C.; Böhm, R. (2016): Detrimental effects of introducing partial compulsory vaccination: experimental evidence. In: *European Journal of Public Health*, 26 (3), 378-381.
- Betsch, C. et al. (2019): Impfverhalten psychologisch erklären, messen und verändern. In: *Bundesgesundheitsblatt*, 62 (4), 400-409.
- Betsch, C. et al. (2018): Beyond confidence: development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. In: *PLoS ONE*, 13 (12), e0208601.
- Bormann, F.-J. (2008): Was brauchen Kinder? Ethische Überlegungen zur vernachlässigten Kategorie des ‚Kindswohls‘. In: Gabriel, K. (Hg.): *Kindheit und Jugend in alternder Gesellschaft*. Münster, 297-330.
- Bundesministerium für Gesundheit (2015): Nationaler Aktionsplan 2015-2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland. Hintergründe, Ziele und Strategien. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Aktionsplan_Masern_Roeteln.pdf [13.05.2019].
- Buttenheim, A. M.; Cherg, S. T.; Asch, D. A. (2013): Provider dismissal policies and clustering of vaccine-hesitant families. An agent-based modeling approach. In: *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 9 (8), 1819-1824.
- Demicheli, V. et al. (2012): Vaccines for measles, mumps and rubella in children. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD004407.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2019): DEGAM-Positionspapier zur Impfpflicht. https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapier/DEGAM_Positionspapier_Impfpflicht_final.pdf [04.06.2019].
- Deutscher Bundestag (2016a): Verfassungsmäßigkeit einer gesetzlichen Impfpflicht für Kinder (WD 3 - 056/16). <https://www.bundestag.de/resource/blob/424536/d5ca52c1db5c8e0a837031b5e0f105ef/wd-3-056-16-pdf-data.pdf> [13.05.2019].
- Deutscher Bundestag (2016b): Verfassungsrechtliche Zulässigkeit einer Impfpflicht (WD 3 - 019/16). <https://www.bundestag.de/resource/blob/413560/40484c918e669002c4bb60410a317057/wd-3-019-16-pdf-data.pdf> [04.06.2019].
- Deutscher Ethikrat (2017): *Big Data und Gesundheit – Datensouveränität als informationelle Freiheitsgestaltung*. Berlin.
- The Editors of The Lancet (2010): Retraction—lIeal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. In: *The Lancet*, 375 (9713), 445.

European Centre for Disease Prevention and Control (2017): Immunisation Information Systems in the EU and EEA. Results of a Survey on Implementation and System Characteristics. Stockholm.

France, E. K. et al. (2008): Risk of immune thrombocytopenic purpura after measles-mumps-rubella immunization in children. In: *Pediatrics*, 121 (3), e687-e692.

Gesundheitsministerkonferenz (2012): Nationaler Impfplan. Impfwesen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Handlungsbedarf. https://www.gmkonline.de/_beschluesse/85-GMK_NationalerImpfplan_Maiz2012.pdf [04.06.2019].

Gethmann, C. F. (1982): Proto-Ethik. Zur formalen Pragmatik von Rechtfertigungsdiskursen. In: Stachowiak, H. et al. (Hg.): *Bedürfnisse, Werte und Normen im Wandel*. Band 1: *Grundlagen Modelle Prospektiven*. München, 113-143.

Goffrier, B.; Schulz, M.; Bätzing-Feigenbaum, J. (2017): Analyse des räumlichen Zusammenhangs zwischen den Impfquoten der Masern- und Meningokokken-C-Impfungen. http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/84/VA-84-KorrelationMasernMenC-Bericht-V1_2.pdf [13.05.2019].

Graham, M. et al. (2019): Measles and the canonical path to elimination. In: *Science*, 364 (6440), 584-587.

Greenwood, K. P. et al. (2016): A systematic review of human-to-human transmission of measles vaccine virus. In: *Vaccine*, 34 (23), 2531-2536.

Heininger, U.; Iseke, A. (2019): Sollte eine gesetzliche Impfpflicht eingeführt werden? In: *Pädiatrie*, 31 (1), 40-41.

Höfling, W.; Stöckle, P. (2018): Elternrecht, Kindeswohl und staatliche Impfverantwortung – eine Problemskizze. In: *Recht der Jugend und des Bildungswesens*, 66 (3), 284-299.

Holzmann, H. et al. (2016): Eradication of measles: remaining challenges. In: *Medical Microbiology and Immunology*, 205 (3), 201-208.

Horstkötter, N. et al. (2017): Infektionsschutz. Einstellungen, Wissen und Verhalten von Erwachsenen und Eltern gegenüber Impfungen – Ergebnisse der Repräsentativbefragung 2016 zum Infektionsschutz. Köln.

Hviid, A. et al. (2019): Measles, mumps, rubella vaccination and autism. A nationwide cohort study. In: *Annals of Internal Medicine*, 170 (8), 513-520.

Kannan, L. et al. (2013): Treatments for subacute sclerosing panencephalitis. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD010867.

Kant, I. (1969): *Gesammelte Schriften*. Band 6 (I/6): *Die Religion innerhalb der Grenzen der blossen Vernunft. Die Metaphysik der Sitten*. Berlin.

Kyu, H. H. et al. (2016): Global and national burden of diseases and injuries among children and adolescents between 1990 and 2013. Findings from the Global Burden of Disease 2013 study. In: *JAMA Pediatrics*, 170 (3), 267-287.

Laksono, B. M. et al. (2018): Studies into the mechanism of measles-associated immune suppression during a measles outbreak in the Netherlands. In: *Nature Communications*, 9, 4944.

Makoski, K. (2017): Rechtsfragen zum Impfen. In: *Gesundheit und Pflege*, 7 (6), 220-225.

Mankertz, A. et al. (2011): Spread of measles virus D4-Hamburg, Europe, 2008-2011. In: *Emerging Infectious Diseases*, 17 (8), 1396-1401.

- Marckmann, G. (2008): Impfprogramme im Spannungsfeld zwischen individueller Autonomie und allgemeinem Wohl. In: Bundesgesundheitsblatt, 51 (2), 175-183.
- Marquard, O. (1986): Apologie des Zufälligen. Philosophische Überlegungen zum Menschen. In: ders.: Apologie des Zufälligen. Philosophische Studien. Stuttgart, 117-139.
- Matysiak-Klose, D.; Santibanez, S. (2018): Aktuelle Epidemiologie der Masern in Deutschland. In: Epidemiologisches Bulletin, (33), 325-330.
- Meyer, C.; Reiter, S. (2004): Impfgegner und Impfskeptiker. Geschichte, Hintergründe, Thesen, Umgang. In: Bundesgesundheitsblatt, 47 (12), 1182-1188.
- Mina, M. J. et al. (2015): Long-term measles-induced immunomodulation increases overall childhood infectious disease mortality. In: Science, 348 (6235), 694-699.
- Murch, S. H. et al. (2004): Retraction of an interpretation. In: The Lancet, 363 (9411), 750.
- Muscat, M. et al. (2016): The measles outbreak in Bulgaria, 2009-2011: an epidemiological assessment and lessons learnt. In: Eurosurveillance, 21 (9), 30152.
- Nationale Verifizierungskommission Masern/Röteln (2018): Zusammenfassender Bericht der Nationalen Verifizierungskommission Masern/Röteln (NAVKO) zum Sachstand der Elimination in Deutschland 2017 (Stand: 14.09.2018). https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/NAVKO/Berichte/Bericht_2017_de.pdf?__blob=publicationFile [04.06.2019].
- Pan American Health Organization (2016): Plan of action for maintaining measles, rubella, and congenital rubella syndrome elimination in the region of the Americas: Final report. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-INF-10-e.pdf> [04.06.2019].
- Pan American Health Organization; World Health Organization (2018): Epidemiological Update: Measles. 6 February 2018. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=43506&lang=en [13.05.2019].
- Patja, A. et al. (2001): Allergic reactions to measles-mumps-rubella vaccination. In: Pediatrics, 107 (2), e27.
- Perry, R. T.; Halsey, N. A. (2004): The clinical significance of measles: a review. In: The Journal of Infectious Diseases, 189 (Suppl. 1), S4-S16.
- Pfleiderer, M.; Wichmann, O. (2015): Von der Zulassung von Impfstoffen zur Empfehlung durch die Ständige Impfkommission in Deutschland. Kriterien zur objektiven Bewertung von Nutzen und Risiken. In: Bundesgesundheitsblatt, 58 (3), 263-273.
- Pflug, M. (2013): Pandemievorsorge – informationelle und kognitive Regelungsstrukturen. Berlin.
- Pierik, R. (2018): Mandatory vaccination: an unqualified defence. In: Journal of Applied Philosophy, 35 (2), 381-398.
- Plans-Rubió, P. (2012): Evaluation of the establishment of herd immunity in the population by means of serological surveys and vaccination coverage. In: Human Vaccines & Immunotherapeutics, 8 (2), 184-188.
- Poethko-Müller, C.; Schmitz, R. (2013): Impfstatus von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt, 56 (5-6), 845-857.

- Poethko-Müller, C. et al. (2019): Durchimpfung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Aktuelle Daten aus KiGGS Welle 2 und Trends aus der KiGGS-Studie. In: Bundesgesundheitsblatt, 62 (4), 410-421.
- Rieck, T. et al. (2019): Umsetzung der Masern- und Pertussisimpfempfehlungen für Erwachsene. Analyse von Daten des bundesweiten Monitorings der KV-Impfsurveillance. In: Bundesgesundheitsblatt, 62 (4), 422-432.
- Rixen, S. (2011): Befugnisse und Grenzen des staatlichen Infektionsschutzrechts. In: Kloepfer, M. (Hg.): Pandemien als Herausforderung für die Rechtsordnung. Baden-Baden, 67-84.
- Robert Koch-Institut (2019): Impfquoten bei der Schuleingangsuntersuchung in Deutschland 2017. In: Epidemiologisches Bulletin, (18), 147-153.
- Sabin Vaccine Institute (2018): Legislative Approaches to Immunization Across the European Region. http://www.sabin.org/sites/sabin.org/files/legislative_approaches_to_immunization_europe_sabin_o.pdf [04.06.2019].
- Schenk, L. et al. (2008): Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Berlin.
- Schönberger, K. et al. (2013): Epidemiology of subacute sclerosing panencephalitis (SSPE) in Germany from 2003 to 2009: a risk estimation. In: PLoS One, 8 (7), e68909.
- Shanks, G. D. et al. (2011): Extreme mortality after first introduction of measles virus to the polynesian island of Rotuma, 1911. In: American Journal of Epidemiology, 173 (10), 1211-1222.
- Ständige Impfkommission (2018): Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut – 2018/2019. In: Epidemiologisches Bulletin, (34), 335-382.
- Ständige Impfkommission (2010): Änderung der Empfehlung zur Impfung gegen Masern. In: Epidemiologisches Bulletin, (32), 315-322.
- Strebel, P. M. et al. (2018): Measles vaccines. In: Plotkin, S. A. et al. (Hg.): Plotkin's Vaccines. Philadelphia, 579-618.
- Thießen, M. (2013): Vorsorge als Ordnung des Sozialen: Impfen in der Bundesrepublik und der DDR. In: Zeithistorische Forschungen, 10 (3), 409-432.
- Tosun, S.; Olut, A. I.; Tansug, N. (2017): Adverse effects of single-component measles vaccine in school children. In: Vaccine, 35 (52), 7309-7311.
- Trapp, D. B. (2015): Impfwang – verfassungsrechtliche Grenzen staatlicher Gesundheitsvorsorgemaßnahmen. In: Deutsches Verwaltungsblatt, 130 (1), 11-19.
- Uzicanin, A.; Zimmerman, L. (2011): Field effectiveness of live attenuated measles-containing vaccines: a review of published literature. In: The Journal of Infectious Diseases, 204 (1, Suppl.), S133-S148.
- Verweij, M.; Dawson, A. (2004): Ethical principles for collective immunisation programmes. In: Vaccine, 22 (23-24), 3122-3126.
- Wedlich, S. (2013): Masernparty – Eine strafrechtliche Betrachtung. In: Zeitschrift für das Juristische Studium, 6 (6), 559-566.
- Wichmann, O.; Ultsch, B. (2013): Effektivität, Populationseffekte und Gesundheitsökonomie der Impfungen gegen Masern und Röteln. In: Bundesgesundheitsblatt, 56 (9), 1260-1269.

World Health Organization (2019): Polio. Eradication. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_9-en.pdf [20.05.2019].

World Health Organization (2018): Seventh Meeting of the European Regional Verification Commission for Measles and Rubella Elimination (RVC). http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/378926/7th-RVC-Meeting-Report-FINAL.pdf [29.05.2019].

World Health Organization (2017): Measles vaccines: WHO position paper – April 2017. In: Weekly Epidemiological Record, 92 (17), 205-228.

World Health Organization (1980): The Global Eradication of Smallpox. Genf.

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2013): Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund. In: Deutsches Ärzteblatt, 110 (18), A899-A903.

Zuck, R. (2017): Öffentliche Empfehlungen zur Masernimpfung. In: Medizinrecht, 35 (2), 85-91.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AA	Akademieausgabe
a.a.O.	am angegebenen Ort
Abs.	Absatz
Art.	Artikel
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BGHZ	Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Zivilsachen
BVerfGE	Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
ebd.	ebenda
engl.	englisch
et al.	und andere
etc.	und so weiter
EU	Europäische Union
f.	folgende [Seite]
ff.	folgende [Seiten]
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
GG	Grundgesetz
gr.	griechisch
Hg.	Herausgeber
HPV	humane Papillomviren
IfSG	Infektionsschutzgesetz
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KV	Kassenärztliche Vereinigungen
lat.	lateinisch
MBO-Ä	(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte
MMR	Masern/Mumps/Röteln
MMRV	Masern/Mumps/Röteln/Varizellen
m.w.N.	mit weiteren Nachweisen

NNH	number needed to harm
NNT	number needed to treat
Nr.	Nummer
NZFam	Neue Zeitschrift für Familienrecht
RKI	Robert Koch-Institut
Rn.	Randnummer
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
SSPE	subakute sklerosierende Panenzephalitis
STIKO	Ständige Impfkommission
Suppl.	Supplement
Tab.	Tabelle
UAW	unerwünschte Arzneimittelwirkung
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
VE	vaccine efficacy/effectiveness
vgl.	vergleiche
WD	Wissenschaftliche Dienste
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Mitglieder des Deutschen Ethikrates

Prof. Dr. theol. Peter Dabrock (Vorsitzender)
Prof. Dr. med. Katrin Amunts (Stv. Vorsitzende)
Prof. Dr. iur. Dr. h. c. Volker Lipp (Stv. Vorsitzender)
Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann (Stv. Vorsitzende)

Constanze Angerer
Prof. Dr. iur. Steffen Augsberg
Prof. Dr. theol. Franz-Josef Bormann
Prof. Dr. med. Alena M. Buyx
Prof. em. Dr. iur. Dr. h. c. Dagmar Coester-Waltjen
Dr. med. Christiane Fischer
Prof. em. Dr. phil. habil. Dr. phil. h. c. lic. phil. Carl Friedrich Gethmann
Prof. Dr. theol. Elisabeth Gräß-Schmidt
Prof. Dr. rer. nat. Dr. phil. Sigrid Graumann
Prof. Dr. med. Wolfram Henn
Prof. Dr. iur. Wolfram Höfling
Prof. Dr. (TR) Dr. phil. et med. habil. İlhan İlkilic
Prof. Dr. rer. nat. Ursula Klingmüller
Stephan Kruijff
Prof. Dr. phil. Dr. h. c. Dipl.-Psych. Andreas Kruse
Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmeier
Prof. Dr. med. Leo Latasch
Prof. Dr. theol. Andreas Lob-Hüdepohl
Prof. em. Dr. iur. Reinhard Merkel
Prof. Dr. phil. Judith Simon
Prof. Dr. med. Elisabeth Steinhagen-Thiessen
Dr. phil. Petra Thorn

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle

Dr. rer. nat. Joachim Vetter (Leiter)
Carola Böhm
Ulrike Florian
Dr. phil. Thorsten Galert
Steffen Hering
Christian Hinke
Petra Hohmann
Torsten Kulick
Dr. Nora Schultz
Dr. phil. Stephanie Siewert