



## **Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales**

### **111. Sitzung (öffentlich)**

7. September 2016

Düsseldorf – Haus des Landtags

10:00 Uhr bis 12:00 Uhr

Vorsitz: Norbert Post (CDU) (Amt. Vorsitzender)

Protokoll: Dagmar Glück

### **Verhandlungspunkt:**

#### **Impfen schützt – Strategien zur Verbesserung des Impfschutzes in NRW 3**

Antrag  
der Fraktion der FDP  
Drucksache 16/12111

Öffentliche Anhörung von Sachverständigen  
(Teilnehmende Sachverständige und Stellungnahmen siehe  
Anlage.)

\* \* \*



**Impfen schützt – Strategien zur Verbesserung des Impfschutzes in NRW**

Antrag  
der Fraktion der FDP  
Drucksache 16/12111

Öffentliche Anhörung von Sachverständigen

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Meine Damen und Herren, ich möchte Sie herzlich zu unserer heutigen 111. Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales begrüßen.

Heute ist der einzige Tagesordnungspunkt eine öffentliche Anhörung.

Vor Eintritt in die Tagesordnung heiße ich Sie, die Mitglieder des Ausschusses, die Vertreter der Landesregierung und ganz besonders die Sachverständigen, die uns heute mit Rat und Tat zur Verfügung stehen, herzlich willkommen. Ich begrüße die Zuhörerinnen und Zuhörer, die Vertreter der Medien und die weiteren Gäste.

Die Einladung zu dieser Sitzung ist Ihnen mit der Einladungsnummer 16/1881 zugegangen. Die Tagesordnung liegt Ihnen vor. Ich hatte gesagt, dass es nur einen Tagesordnungspunkt gibt, nämlich die Anhörung zum Thema „Impfen schützt – Strategien zur Verbesserung des Impfschutzes in NRW“.

Die Drucksache 16/12111 wurde in der 116. Plenarsitzung am 10. Juni 2016 an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales überwiesen. Die abschließende Abstimmung soll im federführenden Ausschuss in öffentlicher Sitzung erfolgen. Der Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat in der Sitzung am 29. Juni 2016 eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen beschlossen.

Vor diesem Hintergrund noch einmal eine herzliche Begrüßung heute Morgen! Ich danke den Sachverständigen für die vorab übersandten Stellungnahmen. Diese Stellungnahmen liegen dort drüben auf den Tischen und können mitgenommen werden. Bei Bedarf sind die Stellungnahmen auch im Online-Angebot des Landtages verfügbar. Das Tableau mit den Namen und Organisationen der Sachverständigen liegt auf Ihren Tischen und ist Anlage.

Im Hinblick auf die Begrenzung des Zeitrahmens bis 13 Uhr darf ich darum bitten, dass keine Eingangsstatements abgegeben werden, sondern wir direkt Fragen an die Wissenschaftler und Sachverständigen stellen, denn das entspricht eher einer Anhörung. Alle Unterlagen waren so zeitig da, dass sie von jedem gelesen und zur Kenntnis genommen werden konnten.

Eine Bitte an die Kolleginnen und Kollegen Abgeordneten: Stellen Sie Ihre Fragen bitte, wenn es geht, konkret an die einzelnen Sachverständigen, nicht immer an die ganze Gruppe, denn dann ist eine Zuordnung der Frage zum Antwortenden etwas einfacher. Wir haben das in verschiedenen Anhörungen geübt, die der Kollege Vorsitzende Garbrecht sonst durchführt.

Sie sehen mich hier als derzeit anwesenden Ältesten, der die Sitzung leitet, das kann man schon am Gesicht erkennen.

(Heiterkeit)

– Ja, es ist wichtig, dass wir hier auch einmal lachen dürfen. Ich will nur erläutern, warum Sie mich hier vorfinden und nicht Herrn Garbrecht. Er kann heute nicht da sein, und der Stellvertreter, Oskar Burkert, ist leider erkrankt.

(Torsten Sommer [PIRATEN]: Gute Besserung!)

– Das werde ich gern ausrichten.

Auf geht's mit den ersten Wortmeldungen und Nachfragen durch die Kolleginnen und Kollegen an die Sachverständigen. Die erste Nachfrage kommt von Frau Lück. Ich sammle die Wortmeldungen: Frau Schneider, Herr Preuß und Herr Ünal. Wir fangen mit der Antragstellerin an. – Entschuldigung, Herr Sommer! – Er hat sich so zaghaft gemeldet, das kenne ich gar nicht von ihm.

Frau Schneider, Sie als Antragstellerin haben das Vorrecht. Bitte beginnen Sie.

**Susanne Schneider (FDP):** Herr Vorsitzender, herzlichen Dank. Guten Morgen, sehr geehrte Damen und Herren. Werte Herren Sachverständige, auch im Namen der FDP-Landtagsfraktion herzlichen Dank für Ihre schönen Stellungnahmen und für Ihr Erscheinen heute Morgen. Ich bin schuld daran, dass Sie hier sind und dass Sie zu diesem Thema arbeiten müssen oder mussten.

Ich fange mit wenigen Fragen an. Ich gehe davon aus, wir haben mindestens zwei Runden. Zuerst frage ich Herrn Prof. Dr. Dötsch.

Herr Prof. Dr. Dötsch, wir diskutieren bei den verschiedenen Impfungen bei kleinen Kindern, vor allem bei Masern immer wieder diesen Nestschutz: Kleine Babys könnten sich noch nicht infizieren. Welche Erfahrungswerte haben Sie da?

Gibt es aus Ihrer tagtäglichen Erfahrung Menschen, die besonders gefährdet sind, sich mit impfpräventablen Infektionserkrankungen anzustecken, und die dann auch besonders darunter leiden?

Eine weitere Frage richtet sich an Prof. Dr. Dötsch und an Dr. Windhorst: Sie haben in Ihren Stellungnahmen die Effektivität der verschiedenen Erinnerungssysteme beschrieben. Nehmen wir einmal, ob die Kinderarztpraxis anruft, das gelbe Heft, was auch immer es da gibt. Welche weitere Ausgestaltung oder welche Verbesserungen, zum Beispiel über Krankenkassen, den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Hausärzte, könnten Sie sich vorstellen und fänden Sie sinnvoll? – Danke schön.

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Frau Lück, bitte.

**Angela Lück (SPD):** Auch im Namen der SPD-Fraktion bedanke ich mich für Ihre Stellungnahmen und dafür, dass Sie heute so fröhlich zu uns gekommen sind.

Ich schließe mit meiner ersten Frage an die letzte Frage von Frau Schneider an. Wenn es um das Erinnerungssystem geht: Wie, meinen Sie, könnte man ein Erinnerungssystem etablieren, mit dem man auch die Menschen erreicht, die nicht regelmäßig zum Arzt gehen, die also nicht in einem Hausarztsystem sind und auch nicht ständig bei Hausärzten vorstellig werden?

Ich habe noch eine Frage an die Ärztekammern und an Prof. Dr. Dötsch. Infektionskrankheiten halten sich nicht an Grenzen, auch nicht an die der Bundesländer. Wäre es aus Ihrer Sicht erfolgversprechender, wenn nicht jedes Bundesland eigene Maßnahmen etabliert, sondern der Nationale Aktionsplan oder dazu auch die Nationale Lenkungsgruppe Impfen, die es erst seit Mai dieses Jahres gibt, für eine bundesweit gute Impfbereitschaft sorgen würden – dass wir das also auf nationaler Ebene etablieren?

Dann habe ich noch eine Frage an Dr. Rieke, an Prof. Dr. Dötsch und auch an die Ärztekammern: Was wäre aus Ihrer Sicht eine effektive aufsuchende Impfkation? Wie bewerten Sie die Maßnahmen, die dazu bereits in Nordrhein-Westfalen umgesetzt sind wie zum Beispiel die Förderung der Aufmerksamkeit für das Impfen unter den Ärztinnen und Ärzten, die Einbindung von Impftemen in den Schulunterricht und Verschiedenes mehr, das wir in Nordrhein-Westfalen schon haben? – Das wäre es für die erste Runde. Danke schön.

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Schönen Dank. – Wir können dann mit Herrn Preuß weitermachen.

**Peter Preuß (CDU):** Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Zunächst einmal auch vonseiten der CDU-Fraktion herzlichen Dank für die umfassenden Stellungnahmen, die zum Teil auch selbsterklärend sind.

Ich möchte aber noch einen Punkt ansprechen und Herrn Dr. Rieke, Herrn Dr. Janssen und Herrn Dr. Leidel fragen. Es gibt das Bild vom Regenschirm: Einer trägt den Regenschirm, und mehrere stehen darunter, die keinen Regenschirm tragen, aber trotzdem von diesem geschützt werden. Nun ist eine Impfscheidung eine individuelle, freiwillige Entscheidung. Mich interessiert, wie Sie es bewerten, dass diese individuelle Entscheidung Auswirkungen auf die Allgemeinheit hat. Ist das irgendwie fassbar oder messbar? Könnten Sie dazu noch nähere Ausführungen machen?

An Herrn Dr. Windhorst habe ich die Frage, was man konkret unter einem „niederschwelligen Impfangebot“ zu verstehen hat. – Danke.

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Schönen Dank. – Als nächster Fragender Herr Ünal, bitte.

**Arif Ünal (GRÜNE):** Herr Vorsitzender, liebe Kolleginnen und Kollegen! – Ich möchte mich auch im Namen der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen sehr herzlich für Ihre Stellungnahmen bedanken.

Meine erste Frage geht an Dr. Leidel, damit man für die Diskussion mindestens die gleiche Basis hat: Wie ist bundesweit in den unterschiedlichen Bundesländern insgesamt der Impfstatus? Wie steht NRW in diesem Ranking?

Zweite Frage, wieder an Dr. Leidel: Sie sind als Leiter des Gesundheitsamts in Köln damals ziemlich aktiv gewesen, was den Impfschutz in Köln angeht. Da hatten wir die Feststellung gemacht, dass die Durchimpfungsraten in bestimmten Stadtteilen niedriger sind. Im Antrag wird erwähnt, dass durch Empfehlungen und so weiter die Durchimpfungsrate zu erhöhen ist. Woran scheitert das eigentlich in bestimmten Stadtteilen und bestimmten Bevölkerungsgruppen? Dass man dort einen niedrigeren Impfschutz hat, muss man auch klären, weil es unterschiedliche Vorstellungen darüber gibt.

Meine dritte Frage geht an die beiden Ärztekammern, denn im Antrag steht: „Aufklärung über Impfungen“ und so weiter. In Ihren Stellungnahmen haben Sie erwähnt, dass die niedergelassenen Ärzte diese Aufklärungsaufgaben eigentlich übernehmen, dass das in Fortbildungen weitergegeben wird und so weiter. Ist es tatsächlich notwendig, auf der Landesebene noch einmal einen Antrag zu formulieren, damit sie ihre Aufgaben machen müssen?

Meine vierte Frage geht an Dr. Rieke. Sie haben in Ihrer Stellungnahme in bestimmten Punkten erwähnt, dass das kritisch zu sehen ist. Wie sehen Sie diese Impfproblematik insgesamt in NRW? Was für eine Maßnahme könnten Sie uns als Land empfehlen? Was könnte man am besten machen, um die Durchimpfungsrate zu erhöhen? – Vielen Dank.

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Schönen Dank. – Herr Sommer, bitte.

**Torsten Sommer (PIRATEN):** Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Sachverständige, selbstverständlich vielen Dank auch von der Piratenfraktion für die eingereichten Stellungnahmen und auch dafür, dass sie so früh da waren. Das passiert nicht bei jeder Anhörung.

Diverse Dinge sind schon abgeräumt. Als letzter Fragesteller in der Runde möchte ich aber noch ein paar Dinge konkretisiert nachfragen. Von Herrn Dr. Leidel, Herrn Dr. Rieke und Prof. Dr. Dötsch möchte ich gern wissen: Wir haben schon vor zwei Jahren eine Anhörung zum Impfverhalten durchgeführt. Hat sich die Durchimpfungsrate in diesen zwei Jahren tatsächlich zum Positiven verändert, zum Negativen, oder hat sich nichts verändert? Wenn sich nichts verändert haben sollte, wüsste ich gern von Ihnen: Ist es Ihre Einschätzung, dass das an den nicht vorhandenen oder nicht durchsetzungsstarken Maßnahmen lag, oder sind die Menschen einfach schlecht erreichbar?

Ich habe noch eine konkrete Frage an Herrn Dr. Leidel, Herrn Dr. Rieke und Prof. Dr. Dötsch. Es ist jetzt oft nach Maßnahmen gefragt worden, ich möchte gern ein paar konkrete Maßnahmen abfragen. Würde es helfen, wenn man beispielsweise in Kitas den Impfstatus erfassen würde und den Kitabesuch nur bei vollständiger Impfung oder ärztlichem Ausnahmeattest zulassen würde? Wäre das Ihrer Meinung nach durchsetzbar? – Zum Zweiten, um einmal einen positiven Anreiz zu bringen: Es gab vor etlichen Jahren eine Anti-Aids-Kampagne, die sehr gut verfangen hat. Wenn man jetzt eine

ähnliche Kampagne starten würde und tatsächlich einmal aus diesem, ich sage einmal, normalen Umfeld herausgehen würde und beispielsweise vor Fußballspielen, vor Rockkonzerten solche Dinge bringen würde, würde das die Durchimpfraten Ihrer Meinung nach verbessern?

An Herrn Dr. Janssen und Herrn Dr. Windhorst auch noch eine ganz konkrete Frage: Würde es Ihrer Meinung nach Sinn machen, die Impfraten pro Arztpraxis zu erheben und eventuell auch zu veröffentlichen? – Das wäre es erst einmal für die erste Runde. Danke schön.

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Schönen Dank. – Ich schlage vor, dass wir zunächst die angesammelten Fragen beantworten. Da sie sich unterschiedlich an die Sachverständigen richten, gehe ich einfach der Reihe nach vor. Ich fange mit den Kammern an. – Herr Dr. Janssen, bitte.

**Dr. Alfred Janssen (Ärztchammer Nordrhein):** Ich darf gleich auf Ihre zuletzt gestellte Frage antworten: Impfraten erfassen pro Arztpraxis. Das halte ich für einen schwierigen Vorschlag, der nur mit einigem Aufwand zu stemmen wäre und möglicherweise nicht die Ergebnisse erzielen würde, die man sich davon verspricht. Aus unserer Sicht ist es sinnvoller, weiter an die Ärzte zu appellieren, ihren Impfpflichten nachzukommen. Das tun sie ja bereits in großem Umfang, vor allem die Allgemeinmediziner und die Kinderärzte in der Niederlassung, aber natürlich auch die Krankenhausärzte bei entsprechenden Gelegenheiten im Krankenhaus. Dass man das erfassen soll auf der Seite derjenigen, die das tun, halte ich nicht für eine sinnvolle Idee, sondern man sollte die Impfraten durch Untersuchungen erfassen, durch die man feststellen kann, wie weit die Bevölkerung durchimpft ist. Dass man das auf Einzelne zurückführen soll, halte ich nicht für sinnvoll.

Sonst weiß ich im Moment nicht genau, welche Frage noch konkret an mich gerichtet war.

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Herr Dr. Windhorst, bitte.

**Dr. Theodor Windhorst (Ärztchammer Westfalen-Lippe):** Ich kann auch gleich mit der letzten Frage anfangen. Es ist klar, der Trick dabei ist, dass man ein bisschen die Spreu vom Weizen trennt. Wir wissen in den Ärztekammern und in der Selbstverwaltung auch, dass es einige Ärztinnen und Ärzte gibt, die sich schon mit der Impflöge und der Notwendigkeit einer präventiven Medizin über Impfen beschäftigt, sie aber nicht richtig verinnerlicht haben. Daran arbeiten wir, auch mit Fortbildungsinitiativen, und das muss so sein.

Solche Statistiken sind immer manipulativ und bringen meiner Meinung nach nichts. Es gibt Praxen, in denen sehr viele Kinder sind, da weiß man nicht, wie hoch der prozentuale Anteil ist. Die Strichliste durch den Arzt führen zu lassen, ist auch schwierig, und die Helferin ist nicht immer dabei. Ich glaube, das bringt uns nicht weiter.

Bei den Fragen, die an uns gerichtet sind, finde ich es sehr wichtig, dass wir diese Recall-Systeme, Erinnerungssysteme, noch weiter durchdeklinieren müssen. Es gibt gerade in der englischen Literatur – nachlesbar in der Cochrane-Datenbasis – Erinnerungssysteme, die von allen Beteiligten ausgehen. Wir haben Bevölkerungsschichten, die nicht so direkt Arztkontakt haben, die Kinderarztuntersuchungen, U-Untersuchungen, schleifen lassen und nicht kontinuierlich wahrnehmen. Das muss eine ganze Kette von Doppelführungen und Listen sein, über die man dann in die Recall-Systeme hineingeht. Manches wird über ein Recall-System auch nicht machbar sein, weil diejenigen, die keinen Kontakt zum Arzt haben, auch über ein Recall-Erinnerungssystem nicht kommen werden, wenn damit nicht vielleicht ein Bonusverfahren initiiert wird. Ein Recall-System nur des Recallens wegen – dass man schreibt: „Liebe Mutter, du musst dein Kind jetzt zur zweiten Masernimpfung schicken!“ – wird nichts nutzen, wenn damit nicht irgendetwas verbunden ist. Das heißt jetzt nicht ein Benzingutschein oder etwas Ähnliches, sondern ich meine ein Bonussystem, das vielleicht in der Gesundheitsvorsorge liegt oder in einer frühen Abfertigung: dass die Mutter mit ihrem Kind nicht 15 Stunden warten muss, um beim Hausarzt oder beim Kinderarzt an die Reihe zu kommen; und dass man da einen Weg über die Sprache ebnet.

Für mich spielt die Schule hier wie auch in der gesamten Gesundheitsvorsorge eine große Rolle – ob das nun die Diskussion über Organspende ist oder das Reanimationsverfahren. Wir müssen die Kinder in der Leichtigkeit des Seins besser in die Gesamtverantwortung einbinden, sodass sie zu Hause fragen: Warum bin ich eigentlich nicht geimpft? Was treibt euch dazu, mich davon abzuhalten? – Löhrmann sei Dank haben wir eine ganz schwierige Situation. Wir kommen auch mit den Organspenden nicht weiter, weil die Schulen uns Ärzte in unserer Systematik nicht richtig ernst nehmen, weil wir keine Pädagogen sind. Sind wir auch nicht, das ist klar! Ein pädagogisches Konzept müsste aber von beiden Seiten erarbeitet werden, und ich glaube, dann haben wir eine Basis, auf der alle angesprochen werden können, auch diejenigen, die schwierig in die Gesundheitssysteme zu integrieren sind. Das wäre für mich eine ganz wichtige Sache.

Das Nächste ist, dass wir das Feld der Arbeitsmediziner nicht verpassen dürfen. Über die arbeitsmedizinische Untersuchung, die regulär in der Betriebsmedizin ablaufen muss, muss eine klare Darstellung der Notwendigkeit von Impfungen und der Verantwortung des Einzelnen erfolgen – wenn es die Eltern sind, zur Vorenthaltung der Impfung. Es gibt immer noch die schaurige Meinung, dass der Austausch von Viren, wenn man Kinder zusammentut, durch eine stille Weihung einer aggressiven Hemmung von Erkrankungen auf der viralen Ebene wie Masern und Ähnlichem nutzt. Das ist nicht der Fall. Auch diese Eltern müssen aber einbezogen werden, genauso wie ÖGDs. Jetzt sind wir fast alle Arztgruppen durch, aber für mich sind Öffentlicher Gesundheitsdienst und die Schulgesundheitsfürsorge und -vorsorge mit in die Kontrollen einzubeziehen und viel stärker zu implementieren, auch über Anreizsysteme, damit sie es schaffen. Im Moment sind sie ja mit Flüchtlingen überladen und schaffen das auch nicht. Sie müssen aber bei der Schulgesundheitsuntersuchung und auch bei den Kitadiskussionen, wer hineinkommt, gefragt werden.

Wir haben jetzt auf der Bundesebene die Aufgabe, stärker in die Beratung hineinzugehen und einen Beratungsnachweis zu bringen. Okay, es ist schön, dass etwas gemacht wird. Ich hoffe, dass es auch etwas nutzt. Jetzt schlagen wir aber einmal den Bogen! Sie hatten gefragt, ob die Landesinitiative nicht etwas zu kurz gesprungen ist. Ich sage Ihnen: Fangen wir beim Land an oder bei der Region, dann kommen wir schon weiter. Wir dürfen die Bundesebene natürlich nicht vergessen – die Bundesebene deswegen nicht, weil ich glaube – es geht letzten Endes auch um finanzielle Sachen –, manche Türen öffnen sich besser, wenn man ein gemeinsames Konzept hat und wenn man weiß, in allen Ländern wird das gleich gemacht. – Ich bin gleich fertig, ich will das nicht zu sehr in die Länge ziehen. – Auf der Bundesebene gibt es schon die Möglichkeit, über die Nationale Lenkungsgruppe Impfen Strategien aufzubauen, und es wäre schön, jetzt wo es sie gibt, wenn vielleicht aus der Gesundheitsministerkonferenz eine Gruppe entsteht und keine Doppelstrategie: dass man auf den Landesebenen vor sich hinarbeitet und die Nationale Lenkungsgruppe Impfen sich ein eigenes System strickt. Wir müssen stärker das Ziel vor Augen haben. Das Ziel ist es, die Kinder, die sich nicht selbst entscheiden können, zur Impfung zu bekommen, einer der wichtigsten präventiven Maßnahmen und Geldsparmaßnahmen für spätere Erkrankungen und auch ein Persönliches-Leid-Verhinderungs-Instrument. Deswegen müssen wir gemeinsame Arbeit auf Landes- und Bundesebene leisten.

Ein sehr wichtiger Punkt – und ich möchte jetzt keine Berufsgruppe stigmatisieren – sind die Hebammen. Das Robert Koch-Institut hat Erhebungen darüber gemacht, wie Hebammen mit der Diskussion um Impfen oder Nichtimpfen umgehen. Wenn impfskeptische Mütter mit ihren frisch Geborenen mit einer Gruppe von Hebammen zusammenkommen, die auch nichts vom Impfen hält und meint, dass Impfen Gift und Chemie ist, die nach der Unterwassergeburt Körper verunreinigt, und man die Kinder mit Mekonium einreiben soll und sie dann für das ganze Leben gefeit sind: Das geht natürlich nicht! Wir müssen darauf drängen, dass die Hebammen entweder gar nichts sagen, weil sie die Volksgesundheit wirklich stören, oder dass eine klare und sachkundige Antwort gegeben wird, damit wir uns nicht hinterher auf der ärztlichen Ebene abstrampeln. Der erste Stempel ist der wichtigste. Lesen Sie einmal, was im Robert Koch-Institut darüber gedacht wird, die Studie, die dazu gemacht worden ist!

Man könnte noch vieles machen. Zielgruppe Sprachen – jetzt nicht in der Asylantendiskussion, aber wir haben mittlerweile doch mehrere Millionen Menschen, die vielleicht von der Mutter her die deutsche Sprache noch nicht so gut können wie der Vater, der aus dem Berufsleben kommt. Da braucht man leider auch eine Sprachinitiative, damit die Kinder nicht unter einer Verzögerung in der Aufnahme von Sprache und Kommunikation leiden.

Ich könnte mir schon vorstellen, dass wir da einiges machen können, ohne die Bundesebene zu vernachlässigen. – Habe ich die Fragen einigermaßen beantwortet?

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Schönen Dank. – Ich bitte Herrn Dr. Leidel um seine Antworten auf die an ihn beziehungsweise zum Teil doch an die Gesamtheit gestellten Fragen.

**Dr. Jan Leidel (Köln):** Ich will das gern versuchen. Ich beginne mit der Frage nach dem Regenschirm, unter dem auch diejenigen, die nicht geimpft sind, in Sicherheit leben können. Tatsächlich spielt die Herdenimmunität, wie wir das ja auch mit diesem etwas unschönen Wort nennen, eine große Rolle bei der Bedeutung der meisten Schutzimpfungen – nicht aller. Bei der Impfung gegen Wundstarrkrampf gibt es so etwas nicht, das ist ein rein individueller Schutz. Ich habe aber in meiner Stellungnahme versucht, auszuführen, dass das öffentliche, das politische Interesse an den Schutzimpfungen gerade damit zusammenhängt, dass Impfungen eben nicht nur auf individueller Ebene, sondern auf der Ebene der Bevölkerung eine Schutzwirkung ausüben. Dies ist der Grund, warum – anders als bei therapeutischen Maßnahmen oder operativen Eingriffen – der Staat eine Entschädigungsleistung zusagt, wenn es durch eine öffentlich von der Landesregierung empfohlene Schutzimpfung zu einem Impfschaden kommen sollte.

Die Bedeutung der Schutzimpfungen für diesen Regenschirm steht völlig außer Zweifel. Unser Volk ist im Großen und Ganzen darüber informiert, und es gibt viele Eltern, die den Impfungen durchaus skeptisch gegenüberstehen, ihr Kind aber aus sozialer Verantwortung dann doch wenigstens einmal gegen Masern impfen lassen. Das ist schon verbreitet, aber diese Solidarität stößt auch an enge Grenzen. Das ist aber sicher ein ganz wichtiger Grund, warum das Impfen auch politisch noch sehr viel stärker gefördert werden sollte.

Herr Ünal hatte mich nach einem Vergleich der Bundesländer gefragt. Dies ist nur bedingt möglich. In meiner Stellungnahme habe ich auch versucht, auszuführen, dass unsere Informationen und unsere Kenntnis über die tatsächliche Beteiligung der Bevölkerung an Schutzimpfungen lückenhaft sind. Am besten funktioniert es noch bei der Erhebung des Impfstatus im Rahmen der Einschulungsuntersuchung. Das sind die wohl zuverlässigsten Daten, die wir haben, die leider ein bisschen überschätzt werden in ihrer Aussage. Natürlich beziehen sich die Daten von der Schuleingangsuntersuchung nur auf die Kinder, die einen Impfausweis vorlegen konnten. Ich denke, die Vermutung ist gerechtfertigt, dass diejenigen, die nicht einmal einen Impfausweis vorlegen können, schlechter geimpft sind als die anderen. Bundesweit können im Durchschnitt etwa 9 Prozent der Kinder bei der Schuleingangsuntersuchung keinen Impfausweis vorlegen. Da liegt Nordrhein-Westfalen ganz gut im Schnitt. Bei vielen Impfungen zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung ist Nordrhein-Westfalen gar nicht schlecht, im guten Mittelfeld der Bundesländer. Die sogenannten neuen Bundesländer sind besser, einfach auch durch die Impftradition. Im süddeutschen Raum zum Beispiel gibt es aber Länder, die deutlich schlechter liegen.

Abgesehen von diesen Daten aus der Schuleingangsuntersuchung ist es aber eine ziemliche Blackbox. Deswegen begrüße ich es sehr, dass die Gesundheitsministerkonferenz beschlossen hat, die Bundesregierung zu bitten, das Robert Koch-Institut zu beauftragen, das Für und Wider eines nationalen Impfregisters darzulegen. Ich verspreche mir von einem solchen nationalen Impfregister, das in vielen Ländern existiert, durchaus eine Verbesserung der Situation.

In Köln – auch danach hatten Sie gefragt, Herr Ünal – haben wir die Impfbeteiligung auf der Stadtteilebene erhoben. Das machen viele Gesundheitsämter. Wir haben in

der Tat große Unterschiede gesehen, wobei es nicht so ist, wie man im ersten Moment denken könnte, dass, sagen wir einmal, Stadtteile, die sozial benachteiligter sind, mit vielen bildungsfernen Einwohnerinnen und Einwohnern besonders schlecht sind. Nein! Gerade diese Stadtteile sind eigentlich ganz gut geimpft – dort, wo man denkt: Mein Kinderarzt muss es eigentlich wissen, deswegen gehe ich zu ihm, und wenn er sagt, ich soll mein Kind impfen lassen, mache ich das. – Es sind eher Milieus, die durchaus ganz gut gebildet sind, die sozioökonomisch ganz gut dastehen, die aber aus den unterschiedlichsten Gründen eine Skepsis gegenüber der wissenschaftlichen Medizin haben. In diesen Stadtteilen lassen sich natürlich bevorzugt impfskeptische Ärzte nieder. Dann trifft eine impfskeptische Klientel auf einen impfskeptischen Arzt, und dann haben wir nicht wie in Chorweiler – dieser Stadtteil Kölns ist Ihnen allen ein Begriff – eine Maserndurchimpfung bei der Schuleingangsuntersuchung von fast hundert Prozent für die beiden Impfungen. Dann kommen wir in Stadtteile, in denen die Impfbeteiligung bei 70 Prozent liegt. Das schlägt sich natürlich im Gesamtergebnis nieder.

Es wurde gefragt, ob sich seit der Anhörung vor zwei Jahren Änderungen abzeichnen. Das kann ich mit einem eindeutigen „Jein“ beantworten. Es ist viel geschehen, als Beispiel möchte ich die Entwicklung hin zum nationalen Impfplan nennen. Das hat alles lange gedauert und geht eigentlich jetzt erst wirklich an den Start, aber ich verspreche mir davon tatsächlich eine Verbesserung der Situation und auch eine bessere Koordination dieses Geleitzuges Länder, der mit sehr unterschiedlicher Geschwindigkeit unterwegs ist. Da muss man sicher noch einiges tun. Auch das Präventionsgesetz hat sich meiner Meinung nach durchaus positiv ausgewirkt. Das zeigt aber auch wieder, dass ein Gesetz nicht automatisch die Dinge ändern kann. Dabei müssen Zuständigkeiten berücksichtigt werden. Jetzt können Krankenkassen nach dem Präventionsgesetz auch Verträge mit Arbeitsmedizinern darüber abschließen, dass diese sich an der Durchimpfung der Bevölkerung beteiligen. Sie müssen es aber nicht. Bisher nehme ich kaum wahr, dass diese zusätzliche Möglichkeit tatsächlich genutzt wird.

Oder auch die Präzisierung im Präventionsgesetz zu § 20i, dritter Absatz, des Sozialgesetzgebungsbuchs V, der ja eine wunderbare Möglichkeit darstellt, dass sich gesetzliche Krankenversicherungen und Öffentlicher Gesundheitsdienst zusammentun und Impfkationen der Versicherten unterstützen, wobei die Krankenkassen die Sachkosten tragen und der Öffentliche Gesundheitsdienst, soweit er dazu noch in der Lage ist, die Personalkapazitäten stellen könnte! Tatsächlich sind die Krankenkassen seit 2007 gehalten, zu diesem Zweck, der im Übrigen einheitlich und kassenübergreifend durchgeführt werden soll, Rahmenvereinbarungen mit den in den Bundesländern zuständigen Behörden abzuschließen. Das ist in der Hälfte der Bundesländer geschehen. In den Bundesländern, in denen es diese Rahmenverträge gibt, sind sie so bürokratisch überfrachtet, dass sie kaum umsetzbar sind. Herr Minister Gröhe musste tatsächlich in sein Präventionsgesetz hineinschreiben, dass diese Rahmenvereinbarungen so abgefasst werden sollen, dass sie auch lebbar sind. Das ist eigentlich auch schon merkwürdig.

Auch die Nachweispflicht einer Beratung beim Eintritt in einen Kindergarten ist sicher ein Schritt in die richtige Richtung – nur kann ich mir sehr gut vorstellen, was der impfkritische Arzt mit der impfkritischen Mutter in diesem Beratungsgespräch bespricht.

(Dr. Theodor Windhorst [Ärztekammer Westfalen-Lippe]: Weiter so!)

Weiter so! Ja, klar. – Das ist jetzt ein Stichwort für mich, dem ich nicht entgehen kann: Tatsächlich denke ich, dass wir zu großzügig mit Ärzten umgehen, die sich dem Impfen verweigern. Man könnte sich die Frage stellen, ob es letztlich zur grundgesetzlich geschützten Freiheit der Berufsausübung gehört, dass ein Arzt sagt: Nein, ich halte das Impfen für Teufelswerk und mache das nicht. – Es gibt aber ein sehr überzeugendes Rechtsgutachten des Medizinrechtlers Prof. Deutsch, der sagt, dass ein Arzt seinen Patienten zumindest die öffentlich von den Ländern empfohlenen Impfungen nahelegen muss. Wenn er das nicht tut, verstößt er gravierend gegen seine ärztlichen Pflichten. Ich denke also, hier könnte man auch noch einiges tun.

Ich will damit erst einmal Schluss machen für die erste Runde. – Es gibt aber zahlreiche Impfhindernisse, die nur zum Teil von der Politik unmittelbar beeinflussbar sind. Es sind so viele unterschiedliche Akteure in diesem Bereich tätig mit zum Teil sehr unterschiedlichen, zum Teil sogar gegensätzlichen Zielsetzungen, sodass wir sicher insgesamt mehr zusehen müssen, dass diese verschiedenen Akteure vernünftig koordiniert werden. Da setze ich große Hoffnungen in die Nationale Lenkungsgruppe Impfen, zumal dort nicht nur die Länder und der Bund vertreten sind, sondern auch die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, also die wesentlichen Player auf diesem Gebiet. Man wird abwarten müssen, was am Ende dabei herauskommt, aber eine Möglichkeit bietet sich dadurch.

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Schönen Dank, Herr Dr. Leidel. – Ich bitte nun Herrn Dr. Rieke um seine Antworten.

**Dr. Burkhard Rieke (Tropen- und Reisemediziner):** Herzlichen Dank für die Einladung. Ich glaube, ich muss manche Sachen nicht noch einmal neu unterstreichen. Vieles ist schon deutlich gesagt worden – nur noch einmal aus der Perspektive der niedergelassenen Ärzte und hinsichtlich dieser praktischen Dinge: Ich würde mir eigentlich als wesentliche Maßnahme zwei Sachen wünschen.

Das eine wäre die Funktion der Gesundheitskarte als Impfausweis, was auch die Möglichkeit zu einer halbautomatisierten Auswertung bietet. Ich persönlich glaube, dass in vielen Praxen deswegen nicht ausgewertet wird, weil es so eine Fingerei ist: Sie bekommen also drei halbzerfledderte, einmal durch die Vollwäsche geschleuste Impfausweise hingelegt, und da gehen Sie durch und wollen schauen, wann die letzte Impfung war, und die ist nicht leserlich, dann halten Sie es noch einmal gegen das Licht. Das ist kolossal schwierig. Sie wissen, dass diese Leistung inzwischen – das ist schon fast ein Erfolg – kassenrechtlich vergütet wird, aber nur dann, wenn keine andere Leistung im Quartal anfällt. Wenn der Patient also übermorgen noch einen Husten hat, fällt diese Leistungsziffer wieder weg, die Überprüfung eines Impfausweises. Sie fällt auch weg, wenn Sie anschließend eine Leistung bringen: Sie machen eine Nachimpfung, dann haben Sie die Fingerei als solches gehabt und dafür im engeren Sinne keine Vergütung bekommen.

Das sind Ungerechtigkeiten, die viele Ärzte davon abhalten, einmal abgesehen davon, dass wir aufseiten der Patienten, aber durchaus auch noch aufseiten der Ärzte weiterhin eine Grundauffassung vom Mediziner als Reparaturbetrieb haben. Das heißt, der Patient kommt, er hustet, er hinkt, was auch immer, und jetzt therapieren wir. Dass wir diesen Kontakt jetzt in einen Präventionskontakt ummünzen, ist manchen Leuten und vielleicht auch manchen Kollegen unter Umständen gar nicht so recht. Die Patienten werden unter einen Entscheidungsdruck gestellt – das hatten sie gar nicht gedacht: Sie haben doch Bauchschmerzen oder Durchfall, jetzt fängt der Arzt plötzlich mit der Impfung an, das ist doch völlig sachfremd.

Das spricht auch ein kleines bisschen gegen solche Situationen, in denen die Impfscheidung nicht frei ist – was gerade angeklungen ist –, bei Rockkonzerten oder Fußballspielen. Es käme auf das Experiment an, aber ich sage Ihnen, die Leute laufen daran vorbei. Sie könnten auch einen Stand in einer Bahnhofshalle aufbauen, aber da stehen Sie hinterher wie die Leute mit dem „Wachturm“. Ich persönlich glaube nicht, dass die Leute dann zu einer solchen Entscheidung bereit sind.

Arbeitsmedizinische präventive Kontakte sind da deutlich erfolversprechender, weil man gerade um der Präventionsmedizin wegen hingeht. Arbeitsmediziner und ÖGD sind von ihrer Natur her sehr stark präventiv ausgerichtet, und das ist sicher auch eine Hoffnung.

Diese organisatorischen Hemmnisse im Präventionsgesetz sind erheblicher Natur. Was machen Sie als Arbeitsmediziner – ich habe mit mehreren gesprochen – jetzt aus dem Präventionsgesetz? Sie haben über hundert Kassen in Deutschland. Wie wollen Sie überhaupt nachweisen, ob der Mensch da Mitglied ist oder nicht. Dazu brauchen Sie schon dieses Lesegerät. Jetzt machen sie die Impfung xy. Dann müssen Sie eine von 85 kassenrechtlichen Imp fziffern – es sind wirklich 85! – auswählen, die zu dem passt, was Sie gemacht haben. Zum Teil wissen Sie es aber gar nicht: Machen Sie jetzt die erste Impfung einer neuen Serie oder machen Sie eine Auffrischung, weil derjenige gesagt hat, in den letzten zehn Jahren sei da nichts passiert, seit er in Düsseldorf wohne? Dann haben Sie erst einmal eine Handlungsgrundlage, aber, weil er vielleicht noch zu Hause nach dem Impfausweis suchen muss, wissen Sie noch nicht, welche Rolle diese Impfung im Gesamtgeschehen spielt. Das müssen Sie aber für die Ziffer wissen.

Diese Abrechnung in 120 verschiedene Kassenrichtungen ist kaum zumutbar. Deswegen habe ich in meine Stellungnahme diesen Vorschlag hineingeschrieben: Ich meine, da sollte die Kassenärztliche Vereinigung, deren Natur es ja ist, diese Drehscheibe zu bilden, ein pragmatisches Angebot machen, das für Arbeitsmediziner inanspruchnehmbar ist, aber auch für den ÖGD. Das heißt also: Ausstattung mit einem Lesegerät und einem Leistungsprogramm und vernünftige praktikable Methoden. – Wie wollen Sie denn die Impfstoffe rezeptieren? Sie müssen rote Rezepte haben, Sie müssen eine Zulassung haben. Das hat der Arbeitsmediziner gar nicht. Deswegen sind die Hürden hinterher unnötig groß. Dieses Pragmatisieren der guten politischen Idee muss noch erfolgen, muss aber auch energisch erfolgen. Darin können Sie durchaus einen Auftrag sehen.

Ich will noch einen zweiten Punkt ansprechen, der für mich ein Kardinalpunkt ist. Die Impfgegner machen uns eine Menge kaputt. Einer der am schlechtesten durchimpften Kreise in Deutschland hinsichtlich der Masernimpfung ist zum Beispiel der Ennepe-Ruhr-Kreis. Ich habe es nachgesehen, da ist Herdecke auf der letzten Position. Wir wissen das schon. Ich wende mich gleichzeitig dagegen, das jetzt auf einzelne Arztpraxen herunterzubrechen. Zum einen gehen die Leute, die benachbart wohnen, nicht alle in eine Praxis. Was wollen Sie denn machen, wenn Sie eine dieser klassisch impfskeptischen Berufsgruppen, dazu gehören insbesondere die Lehrer und vor allem Lehrerinnen, oder auch die Hebammen im Viertel sitzen haben? Dann haben Sie miese Durchimpfungsraten. Wollen Sie sich das jetzt als Vorwurf gefallen lassen? Die Frage ist immer: Was ist die Rolle des Arztes in dieser Position? Sie wissen, es gibt eine epidemiologische Untersuchung, in der das höchste Risiko für den schlechten Impfschutz der Kinder das Abitur der Mutter war. Ich will jetzt nicht die naheliegende Konsequenz ziehen, aber trotz allem, das müssen wir erst einmal wissen. Wenn Sie jetzt in so einem Viertel gelandet sind, ob mit Absicht oder nicht, dann können Sie sich das nicht als Vorwurf gefallen lassen.

Ich will aber kurz noch auf die sogenannte verantwortete Impfentscheidung hinaus, die ja auch unserer Gesundheitsministerin immer ein wichtiges Thema ist. Sie ist ja gar nicht verantwortet, das ist es ja gar nicht, sondern, wenn etwas passiert und die Leute hinterher mit den Masern daliegen, dann werden sie wieder die Solidargemeinschaft anzapfen und ihr sagen: Jetzt muss das Kind doch ins Krankenhaus, das kann doch nicht sein! – Selbst wenn es hinterher Folgeschäden gibt, eine Enzephalitis, eine Pflegebedürftigkeit, das macht doch alles wieder die Solidargemeinschaft. Diese Verantwortung wird doch gerade nicht angetreten. Das ist für mich ein wichtiger Punkt.

Wir haben heute schon im SGB V die entsprechende Regelung, dass die Krankenkassen einen angemessenen Teil der Kosten zurückverlangen können, die eine Erkrankung auslöst, die durch Selbstverschulden entsteht. Das ist heute Recht in diesem Land, aber es wird nicht umgesetzt. Zumindest, sagen wir einmal, bei den stationär Behandelten einen symbolischen Betrag einzuverlangen, fände ich eine Schlüsselsituation, weil dann manche Skepsis plötzlich über das Kostenrisiko relativiert wird. Das würde auch dazu führen, dass ein Haftungsdruck entsteht auf die, die den Rat gegen diese Impfung gegeben haben. Das muss man differenzieren, das kann man nicht für alle Krankheiten machen, weil unsere Schutzmethodik nicht immer hundertprozentig sicher ist. Bei den Masern aber wäre es für meine Begriffe eine charakteristische Sache. Die Masernerkrankungen sind heute zum großen Teil – nicht alle – Krankheit auf Wunsch und Resultat einer Fehlentscheidung im Vorfeld, einer Entscheidung gegen adäquate und zumutbare Prävention und auch eine Entscheidung gegen den Schutz, den man für die Gesellschaft mit aufspannt – dieses Schirmmodell.

Wir haben heute die Cleverles, die immer nur sagen: Lass die anderen die Schirme aufspannen, dann haben die das Risiko und ich habe den Schutz auch. – Wir haben so viele Cleverles! Auf dem Fußballfeld würde man es nicht tolerieren, wenn sich fünf Leute unter einen Schirm drängen und sagen: Ich habe meinen dummerweise vergessen. – Irgendwann sagt man dann: Leute, nächstes Mal bringt ihr mal euren Schirm mit! – In der Gesellschaft tolerieren wir das alles aber ziemlich klaglos. Mir geht es

nicht um eine Entsolidarisierung, aber es geht um einen Verantwortungsantritt, und den vermisste ich im Moment.

Zu den Möglichkeiten, die Sie als Land oder auch als Landesparlament haben: Das ist nicht nur ein Thema für Kinder. Fragen Sie sich selbst, wie Ihr Impfschutz ist! Wann sind Sie das letzte Mal losgegangen? Haben Sie hier im Hause eine Influenzaimpfung im Herbst? Wahrscheinlich haben Sie sie. – Wer geht hin? Wer geht nicht hin? Ist das nicht auch von Symbolwirkung? Vorangegangene Gesundheitsminister auf Bundes- oder auch auf Landesebene haben sich öffentlich impfen lassen. Das ist gegenwärtig nicht zu erwarten.

Wir haben natürlich auch dieses besondere Problem mit den nichtwissenschaftlich ausgebildeten medizinischen Assistenzberufen. Ob das der Krankenpfleger ist, die Hebamme oder Leute in der Krankengymnastik, jeder fühlt sich zu Hinweisen hingerrissen, aber der Kausalitätsbegriff der Wissenschaft ist häufig nicht in der Ausbildung verankert, und deswegen werden Einzelstories überbewertet. Der Wert einer Statistik, der Wert sinkender Zahlen oder auch die Kenntnis, wie wichtig es ist, diese Krankheiten zu vermeiden und ob es nicht ein gewisses minimales Risiko wert ist, sie zu vermeiden, das entzieht sich häufig der Ausbildung oder der Kenntnis.

Gerade als Reisemediziner darf ich noch die internationale Bedeutung ansprechen. Im globalen Maßstab gesehen haben wir eine ganz besondere Rolle. Wenn die Feuerwehr einen Brand löscht, geht sie hinterher auf die Suche nach Glutnestern. Wir sind ein globales Glutnest. Von uns gehen die Sachen wieder aus. Wir haben in mehreren Ländern Europas, aber auch international bereits Epidemien ausgelöst. Masern in Nord- und Südamerika – das kennt man gar nicht mehr, und wir können mitten in der Hauptstadt 2 000 Leute begrüßen, die sich plötzlich innerhalb von eineinhalb Jahren eine Epidemie liefern. Dass Mali oder der Südsudan nicht aufhören können mit ihrem Masernimpfprogramm, liegt zum Teil daran, dass wir dieses Virus im globalen Maßstab aufbewahren und nicht ernsthaft genug dagegen vorgehen. Das ist eine durchaus auch international angeprangerte Rolle, die wir leider haben. – Schönen Dank, erst einmal.

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Schönen Dank, Herr Dr. Rieke. – Ich bitte dann Herrn Dr. Thole vom Landeszentrum für Gesundheit Nordrhein-Westfalen um seine Antworten. – Bitte.

**Dr. Sebastian Thole (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen):** Wäre es möglich, die Frage noch einmal zu wiederholen? Aus welcher Richtung kam sie? Kam sie von Ihnen?

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Entschuldigung! Eingangs hatten zwei Kolleginnen beziehungsweise Kollegen sehr allgemein an alle gefragt und gebeten, die niederschweligen Möglichkeiten der Verstärkung des Impfschutzes darzustellen. Es könnte sein, dass Sie dazu noch Antworten geben wollen.

**Dr. Sebastian Thole (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen):** Ja. Das war zum Beispiel auch die Frage: Was ist unter einem „niederschwelligen Impfangebot“ zu verstehen? – Das ist ein ganz wichtiger Aspekt, der, das ist schon angeklungen, durch den ÖGD oftmals nur noch schwer zu realisieren ist. Früher war das klassisch, die Schluckimpfung gegen Polio zum Beispiel. Das wird zunehmend schwieriger.

Dahinter steht die Idee, dass wir verschiedene Gruppen kennen, die Impfschutz brauchen, die kleinen Kinder vor Aufnahme in die Kita zum Beispiel. Es gibt aber auch immer wieder Erkrankungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. – Wir haben eine Komm-Struktur, was das Impfen betrifft. Die Menschen müssen zum Arzt gehen, das aktiv nachfragen, oder es wird im Arzt-Patient-Gespräch erörtert. Das niedrigschwellige Impfangebot setzt diese Schwelle herab. Das können ganz unterschiedliche Aktivitäten sein, zum Beispiel Informationsaktivitäten in den Schulen. Im Idealfall ist so etwas mit einer direkten Impfung verbunden. Manchmal gibt es auf dem Marktplatz einen Stand, an dem durch das Gesundheitsamt informiert wird – also Impfaktionen, um die Schwelle, sich impfen zu lassen, herunterzusetzen. Für Berufstätige könnte das eine Mitternachtssprechstunde beim Arzt sein, sodass man sich zu Zeiten, in denen Arztpraxen sonst geschlossen sind, die Impfung abholen kann – oder dass in öffentlichen Einrichtungen wie Behörden Impfaktionen gemacht werden, die auch einen Vorbildcharakter haben. All das setzt diese Schwelle herab: Ich muss einen Termin machen, ich gehe zu meinem Hausarzt oder zum Kinderarzt und lasse mir die Impfung verabreichen. – Da gibt es also eine ganze Reihe von Modellen, die denkbar wären, um verschiedene Gruppen zu erreichen.

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Schönen Dank. – Als nächsten in der Runde bitte ich Herrn Prof. Dr. Dötsch um seine Antworten. – Sie sind häufiger angesprochen worden.

**Prof. Dr. Jörg Dötsch (Uniklinik Köln):** Herr Vorsitzender, vielen Dank. – Sehr geehrte Abgeordnete! Ich würde gern, wenn Sie erlauben, in der Reihenfolge der Fragen, wie sie mir gestellt wurden, Stellung nehmen.

Zunächst einmal zu den Fragen von Frau Schneider, es war die Frage nach dem sogenannten Nestschutz: Was ist das überhaupt? Nestschutz bedeutet, dass neugeborene Kinder Eiweißkörper, die Antikörper von ihrer Mutter über den Mutterkuchen, sprich die Plazenta, erhalten haben. Diese bestehen im Körper etwa noch drei bis vier Monate, bevor sie abgebaut sind. Man geht davon aus, dass in dieser Zeit, für den Fall, dass die Mutter einen Schutz gegen die Infektion hat, das Neugeborene oder der junge Säugling auch noch einen gewissen Zeitraum des Schutzes hat. Andererseits impfen wir mit zehn Monaten, wenn alles optimal läuft, die Lebendimpfungen, die Vierfachimpfung, Masern, Mumps, Röteln, Varizellen, also Windpocken, und haben dann mindestens einen sechsmonatigen Zeitraum – im Idealfall –, in dem die Kinder nicht geschützt sind.

Die zweite Frage bezog sich auf Patienten, die ein besonderes Risiko haben. Das ist natürlich eine Frage an den Kliniker, und aus der Situation heraus möchte ich auch

antworten. Wir haben mindestens drei Patientengruppen, die besonders gefährdet sind. Das eine sind Menschen, die aufgrund ihres natürlicherweise unreifen Immunsystems gefährdet sind. Dazu gehören insbesondere die Neugeborenen, die jungen Säuglinge, wie schon erwähnt. Es gehören aber auch die älteren Menschen dazu. Zweitens gehören Menschen dazu, die an chronischen Erkrankungen des Immunsystems leiden und Mittel einnehmen müssen, die das Immunsystem wieder auf ein normales Niveau herabsenken, also sogenannte Immunsuppressiva. Diese Krankheiten sind eindeutig im Zunehmen begriffen, und die Möglichkeit der medikamentösen Therapie auch, sodass wir eine wachsende Gruppe von Menschen haben, die besonders durch Infektionserkrankungen gefährdet sind, die durch Impfungen zu vermeiden sind. Die dritte Gruppe letztlich, die uns im Moment auch besonders am Herzen liegt, ist die der organ- oder stammzellknochenmarktransplantierten Patienten. Auch diese Patienten haben natürlich ein unterdrücktes Immunsystem, um eine Organabstoßung zu vermeiden. Das sind Menschen, die zeitlebens immunsuppressive Medikamente nehmen müssen und damit zeitlebens ein erhöhtes Risiko haben, quasi durch die Immunsuppressiva Infektionserkrankungen zu erleiden und möglicherweise auch Schaden zu nehmen.

Ganz persönlich kann ich dazu sagen, ich habe in meinem Leben leider vier sehr tragische Todesfälle von Patienten erlebt, die ich selbst gesehen, selbst betreut habe, aufgrund von impfpräventablen Erkrankungen, in der Regel waren das Masern und Windpocken. Das ist mir sehr nahegegangen. Ich habe weit über hundert Kinder gesehen, die durch eine Impfung ihrer selbst oder meistens sogar der Umgebung davor hätten bewahrt werden können, in die Kliniken zu kommen, über Wochen, über Monate. Viele dieser Kinder haben einen bleibenden Schaden davongetragen. Ich habe in der Zeit, in der ich als Kliniker arbeite, kein – ich sage: kein einziges – Kind gesehen, das aufgrund von Impfkomplicationen länger als einen oder zwei Tage in der Klinik war. Diese sogenannten Impfkomplicationen bezogen sich lediglich auf lokale Rötungen, lokale Schmerzen oder ein leichtes Fieber, das sich ergeben hat. Ich habe ansonsten kein einziges Kind erlebt, das eine nennenswerte Impfkomplication erlitten hat. Das steht dem gegenüber. – Ich bin der Meinung – das ist der erste Punkt des Antrags, den ich insofern vollständig unterstütze –, dass das Informationen sind, die für die Öffentlichkeit wichtig sind, und dass man auch mehr Information betreiben kann.

Die nächste Frage betraf das Erinnerungssystem. Hier kann ich leider nur anekdotisch antworten, da ich im Gegensatz zu meinen Kollegen hier nicht über statistische Quellen verfüge. Ich kann nur so viel sagen: Ich erlebe bei meinen Patienten, dass die Tatsache, dass an die Vorsorgeuntersuchungen erinnert wird, zu einem hohen sozialen Druck führt. Die Patienten kommen oft und halten mir zunächst einmal die Bescheinigung des entsprechenden Amtes vor und sagen: Bitte füllen Sie das sofort aus, ich möchte kein Mahnschreiben bekommen! – Ich glaube, wir unterschätzen diesen hohen sozialen Druck bei Menschen, die ein ethisches Bewusstsein haben, und den sollten wir weiter nutzen. Anekdotisch, aber sehr oft in dieser Form erlebt! – Das waren die Fragen von Frau Schneider.

Zu den Fragen von Frau Lück möchte ich folgendermaßen Stellung nehmen – es war zunächst einmal die Frage, ob die nationale Aktion nicht vor der Landesaktion gehen sollte, wenn ich das richtig verstanden habe: Hier bin ich der Meinung, dass beide

Wege erfolgreicher sein würden als ein Weg alleine. Warum? Wir wissen, dass wir bei schwierigen Themen in der Vergangenheit – und schwierige Themen waren beispielsweise die Eindämmung des Tabakkonsums oder die schon durch Herrn Sommer angesprochene HIV-Kampagne – nur erfolgreich gewesen sind, weil wir auf sehr breiter Ebene multimodal gearbeitet haben. Deswegen bin ich der Überzeugung, dass wir auf jeder Ebene an einer Verbesserung der Impfaufklärung und des Impfschutzes arbeiten sollten und dass wir nur darüber den maximalen Erfolg erzielen können.

Zu der Frage von Frau Lück, ob die Aktionen, die bislang durchgeführt wurden, erfolgreich sind: Es fällt mir natürlich schwer, das im Detail zu beurteilen, da ich auch da nicht über die entsprechenden Statistiken verfüge, ob sich dort in den letzten zwei, drei Jahren etwas getan hat. Ich kann nur so viel sagen, dass die hier schon angesprochenen problematischen Darstellungen von Impfnebenwirkungen oder des Vorteils von durchgemachten sogenannten Kinderkrankheiten in meinen Augen bei meinen Patienten nicht abgenommen haben. Ich fürchte, gerade bei denjenigen, die wir erreichen müssten, um wirklich konsequent über Impfungen und über die Folgen von impfpräventablen Erkrankungen aufzuklären, sehe ich zumindest in der täglichen Praxis noch kein Ergebnis.

Zu guter Letzt will ich noch zu den beiden Fragen, die Herr Sommer gestellt hat, Stellung nehmen. Seine Frage war zum einen, wie wir schlecht erreichbare Menschen besser erreichen können. Da möchte ich noch einmal auf meinen Eingangspunkt eingehen: Ich glaube, wir müssen sie auch emotional berühren. Ich glaube, die emotionale Auseinandersetzung mit einzelnen Schicksalen lässt Menschen vielleicht anders denken, weil sie das auch im Hinblick auf ihre eigenen Kinder sehen. Wir können Statistiken zeigen. Hinter Statistiken kann man sich immer verstecken, aber individuelle Schicksale – denken Sie an die Bilder der Kinder, die im Rahmen der Flüchtlingskatastrophe ertrunken sind – bewegen die Menschen und können eventuell einen Umdenkprozess, dann natürlich über valide Informationen, in Gang bringen. Dafür würde ich sehr stark plädieren, deswegen habe ich auch zu meinen eigenen Erfahrungen Stellung genommen, zu den vier verstorbenen Kindern, die ich selbst betreut habe. Ich glaube, dass uns die emotionale Berührung der Bevölkerung noch Möglichkeiten eröffnen würde.

Schließlich zur letzten Frage – die natürlich eine große Tragweite hat –, inwiefern wir eine Aufnahme von Kindern, die nicht geimpft sind, beispielsweise in Tagesstätten unterbinden sollten. Lassen Sie es mich einmal von der anderen Seite her ausdrücken! Unser Ziel ist die Inklusion Schwerbehinderter. Das haben wir uns in den letzten Jahren zum Auftrag gemacht und wir arbeiten sehr hart daran. Die organtransplantierten Patienten haben fast alle einen Schwerbehindertenstatus. Wir müssen vielen Eltern von Organtransplantierten dringend davon abraten, ihre Kinder früh in Einrichtungen zu geben. Warum müssen wir das? Weil in diesen Einrichtungen ungeimpfte Kinder sind, die unsere organtransplantierten Kinder möglicherweise in Lebensgefahr bringen. Das heißt, die nichtgeimpften Kinder verhindern die Inklusion von Schwerbehinderten. – Vielen Dank.

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Herzlichen Dank an die Sachverständigen für die Antworten zur ersten Runde. – Wir eröffnen die zweite Runde. Ich habe bisher eine Wortmeldung. – Frau Lück, bitte.

**Angela Lück (SPD):** Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Wir können es kurz machen, es ist ja schon sehr vieles gesagt.

Herr Dr. Windhorst, ich möchte noch einmal darauf eingehen, dass die Hebammen oft sehr impfkritisch sind. Nun haben wir im Laufe des Gespräches feststellen können, dass das durchaus auch bei vielen Ärzten so ist. Darum ist meine Frage – vielleicht auch an Sie, Herr Dr. Janssen: Welche Maßnahmen gibt es bei den Ärztekammern, um gerade bei diesen Kolleginnen und Kollegen ein Umdenken zu erreichen? Denn, ich denke, in der Diskussion ist unzweifelhaft klar geworden, dass Impfen eigentlich nur gut sein kann, und darum wäre es für mich wichtig, zu erfahren: Gibt es Möglichkeiten, die Impfkritik in der Ausbildung der Hebammen oder auch im Zusammenspiel mit den Ärztekammern noch einmal an kompetenter Stelle zu thematisieren?

Ich habe noch eine Frage an Prof. Dr. Dötsch. Sie gehen in Ihrer Stellungnahme darauf ein, dass sich die neuen Medien sehr kritisch gegenüber Impfaktionen oder der Impfbereitschaft äußern. Was könnte man mithilfe der neuen Medien unternehmen, um gerade da eine Umsteuerung hinzubekommen? – Das wäre es. Danke schön.

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Schönen Dank. – Als nächstes Herr Alda, bitte.

**Ulrich Alda (FDP):** Danke, Herr Vorsitzender. – Ich habe eine Frage an die Herren Doktoren Windhorst, Leidel und Rieke: Schildern Sie bitte, wie durch eine Rahmenvereinbarung zu § 20i Sozialgesetzbuch V Impflücken reduziert werden könnten und wo Sie die wesentlichen Gründe sehen, dass eine entsprechende Vereinbarung in Nordrhein-Westfalen bisher nicht abgeschlossen wurde.

Ich habe noch zwei Fragen an Dr. Leidel. Sie haben in Ihrer Stellungnahme und auch soeben sehr ausführlich auf die Impfskepsis bei gut gebildeten, eher ökologisch orientierten Menschen hingewiesen. Wie könnten diese Menschen angesprochen werden, und wie wichtig ist dabei eine eindeutige Positionierung der politisch Verantwortlichen?

Frage zwei an Herrn Dr. Leidel: Sie haben in Ihrer Stellungnahme die HPV-Impfung angesprochen. Wie könnte die Impfrate bei Mädchen erhöht werden, und wie beurteilen Sie in diesem Zusammenhang eine Impfung auch von männlichen Jugendlichen? – Danke.

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Schönen Dank, Herr Alda. – Herr Sommer, bitte.

**Torsten Sommer (PIRATEN):** Vielen Dank, Herr Vorsitzender. – Für mich haben sich noch eine Menge Fragen ergeben.

Anfangen möchte ich gern mit Herrn Prof. Dr. Dötsch. Sie sprachen gerade von einer emotionalen Ansprache, die man verstärkt nutzen sollte. Vielleicht ist das auch für

Herrn Dr. Thole interessant, weil das durchaus seine Profession berührt. An Sie beide die Frage: Wie sollte diese Ansprache aussehen? Wie könnte man das umsetzen? – Dann möchte ich auch gern von Ihnen beiden wissen, weil Sie dazu noch nicht Stellung genommen haben: Was halten Sie von diesem nationalen Impfregister, das jetzt mehrfach angesprochen worden ist? Ist das hilfreich? Wie muss das ausgestaltet sein?

Herr Dr. Rieke sprach es gerade an: Es gibt geografische oder regionale Schwerpunkte. Ich möchte gern von Herrn Dr. Leidel, Herrn Dr. Rieke oder auch von Herrn Dr. Thole wissen: Sind diese regionalen geografischen Schwerpunkte eventuell auch an soziologischen Gruppierungen festzumachen? Steht dahinter sogar eine Ideologie? Können Sie diese Gruppe der Impfgegner oder Impfverweigerer noch ein bisschen genauer eingrenzen? Das würde mich sehr interessieren.

Einmal über den Tellerrand geschaut: Der Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales durfte sich in der letzten Woche das Gesundheits- und Sozialsystem in Finnland anschauen. Da gibt es ein schönes Beispiel. – Zuerst aber, damit nicht alle mitschreiben müssen, die Frage geht an Herrn Dr. Leidl, Herrn Dr. Rieke, Herrn Dr. Thole und natürlich auch Herrn Prof. Dr. Dötsch.

(Zuruf FDP: Das sind ja fast alle!)

Das sind fast alle, ich darf ja nicht alle fragen. Ich würde gern, aber ich darf nicht.

In Finnland haben wir uns das System angeschaut. Wenn ich das richtig verstanden habe – mein Finnisch ist nicht ganz so gut, aber die Übersetzung war hoffentlich ausreichend –, gibt es in diesem System eine sehr starke Ankopplung werdender Mütter an die kommunalen Gesundheitszentren, aber auch hinterher von Müttern mit ihren Kindern. Das ist daran gekoppelt: Wenn ich auf Dauer nicht zu den U-Untersuchungen, aber auch zu den Untersuchungen im Vorfeld, komme, dann gibt es eben kein Kindergeld mehr. Das ist eine Transferleistung, das ist natürlich ein sehr scharfes Schwert. In Finnland gibt es, was die Impfproblematik angeht, fast keine Probleme. Die Quote scheint nahe einhundert Prozent zu gehen. Ist das also ein Weg, den man in Deutschland auch gehen könnte? Dazu möchte ich gern Ihre Einschätzung wissen. – Vielen Dank.

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Schönen Dank, Herr Sommer. – Frau Grochowiak-Schmieding, bitte.

**Manuela Grochowiak-Schmieding (GRÜNE):** Schönen Dank, Herr Vorsitzender. – Meine Fragen richten sich an Herrn Dr. Thole und Prof. Dr. Dötsch. Zum einen möchte ich noch einmal die viel zitierte mangelnde Impfquote ansprechen. Die Zahlen, die uns vorliegen, besagen, dass bei der ersten Impfung 97,7 Prozent der Kinder geimpft sind, bei der zweiten Impfung 94,1 Prozent. Ich möchte gern wissen, was Sie als eine „gute Impfquote“ bezeichnen.

Immer wieder wird auch die Verpflichtung oder die Verantwortung Einzelner gegenüber der Gemeinschaft dargestellt. Mit anderen Worten: Müssen wir hier ein Primat des Volkkörpers vermuten, sollen wir das annehmen, oder propagieren wir weiterhin die demokratische Zivilgesellschaft, die auf Freiheit und Selbstbestimmung setzt?

Es heißt auch, dass in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern sehr früh geimpft wird. Können Sie etwas dazu sagen, warum das so ist und welchen Vorteil das hat? Hat es überhaupt einen Vorteil? Warum wird in anderen Ländern offenbar später geimpft?

Die Durchsetzung der Impfpflicht auch auf indirektem Wege wird häufig genannt, sei es, dass Kinder nur dann in die Kita aufgenommen werden, wenn sie geimpft sind, oder dass sie nur dann eine Ausbildung antreten dürfen, wenn sie entsprechende Impfungen nachweisen können. Halten Sie das für eine vertrauensbildende Maßnahme, oder meinen Sie nicht, dass es besser wäre, die Menschen durch Überzeugung dazu zu bringen, sich impfen zu lassen oder einer präventiven Maßnahme zu unterziehen?

Zweiter Punkt: Der Ständigen Impfkommission wird eine doch deutliche Nähe zur Pharmaindustrie unterstellt. Es gibt sogar Verfassungsrechtler, die die Empfehlungen der STIKO für verfassungswidrig halten. Ich darf zitieren: Die Abwägung von Risiko und Nutzen ist weder für den Impfling noch für den Arzt möglich. Der Staat verstoße deshalb gegen seine grundrechtlichen Schutzpflichten. – Wäre es angesichts solcher Aussagen nicht sinnvoll, eine unabhängige Stelle einzurichten, die professionell arbeitet und vor allen Dingen ohne Einfluss durch die Industrie, um den tatsächlichen Nutzen der Impfungen oder einzelnen Impfseren einschätzen oder auch gegen andere Maßnahmen abschätzen zu können? – Danke schön.

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Schönen Dank. – Herr Preuß, bitte.

**Peter Preuß (CDU):** Vielen Dank. – Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Rieke, das betrifft die Nebenwirkungen. Die Impfstoffe haben sich sicherlich in den letzten Jahren verbessert. Wie haben sich Nebenwirkungen einer Impfung verändert?

An Herrn Dr. Leidel habe ich die Frage: Es gibt sicher auch Impfschäden. Wie sind Ersatzansprüche durchsetzbar? Gibt es da Probleme struktureller Art? Ist es also schwierig, solche Ersatzansprüche durchzusetzen, oder wie ist das geregelt?

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Frau Schneider, bitte.

**Susanne Schneider (FDP):** Vielen Dank. – Ich habe noch eine Verständnisfrage an Prof. Dr. Dötsch. Sie sprachen vorhin von Erkrankungen, die hätten verhindert werden können – speziell bei Kindern –, wenn ein Impfschutz da gewesen wäre, und Sie sprachen auch davon, dass Sie leider Todesfälle erlebt haben. Die Zahl habe ich nicht gehört, wenn Sie sie genannt haben. Wenn Sie sie nicht genannt haben, hätte ich diese Zahl noch gern.

Sie hatten über immunsupprimierte Kinder gesprochen, die aufgrund welcher Erkrankungen auch immer Immunsuppressiva nehmen müssen. Habe ich Sie richtig verstanden, dass ohne eine Herdenimmunität, die sich die meisten von uns ja wünschen, eine vernünftige Inklusion nicht möglich ist?

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Als nächstes hatte sich Herr Kern zu Wort gemeldet. – Ich darf noch einmal fragen: Gibt es inzwischen weitere Wortmeldungen? Das ist nicht der Fall. – Herr Kern, bitte.

**Walter Kern (CDU):** Danke, Herr Vorsitzender. – Ich habe eine Frage zu den Unterschieden zwischen den Geschlechtern. Haben wir unterschiedliche Impfquoten bei Männern und Frauen? Wenn ja, wo liegen diese Unterschiede? Müssen wir als Land da Aufklärung leisten? – Die Frage stelle ich an Dr. Leidel und an Dr. Thole. Vielleicht kann sich jemand, der das besonders gut weiß, zusätzlich einschalten. – Danke.

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Es kam noch eine Nachfrage von Frau Schneider. – Frau Schneider, bitte.

**Susanne Schneider (FDP):** Vielen Dank. – Das war jetzt alles ein bisschen viel.

Ich habe noch eine Frage an Herrn Dr. Leidel von der STIKO, von diesem kompetenten, unabhängigen und sicher auch von der Pharmaindustrie unabhängigen Institut, und zwar: Sie hatten vorhin Impfreister angesprochen. Da will ich nachfragen. Wenn Sie im Ausland schauen, wo es schon solche Impfreister gibt: Gibt es da Auffälligkeiten? Würden Sie sagen, das müssen wir bei uns ganz genauso haben, oder was denken Sie darüber?

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Meine Damen und Herren, ich sehe keine weiteren Wortmeldungen.

Wir kommen zur nächsten Antwortrunde. Ich würde diesmal umgekehrt beginnen, weil die Nachfrage bei Herrn Prof. Dr. Dötsch, glaube ich, am stärksten war. – Herr Prof. Dr. Dötsch, würden Sie beginnen?

**Prof. Dr. Jörg Dötsch (Uniklinik Köln):** Ja. Vielen Dank, Herr Vorsitzender. – Ich würde gern mit der Frage von Frau Lück nach den neuen Medien beginnen. Ich bin natürlich kein Experte auf dem Gebiet der neuen Medien, aber ich könnte mir sehr gut vorstellen, dass man gerade auf diesen Foren unterwegs sein sollte, auf denen eben auch Halbwahrheiten oder Unwahrheiten geäußert werden, und dort auch individuelle, positive Fälle darstellen sollte, um diejenigen in der Bevölkerung anzusprechen, die diese Medien frequentieren. Ich glaube, unsere Präsenz ist dort gefordert. Ich weiß, wie schwer das ist, wir wissen das von unserer eigenen Unternehmenskommunikation. Man muss da sehr schnell sein, und es ist auch für große Konzerne ein Problem, in den sozialen Medien permanent präsent zu sein. Gleichzeitig glaube ich, es ist das Medium der Zukunft für die jungen Leute. Es ist verschiedentlich geäußert worden, dass wir natürlich auch die Mündigkeit der jungen Leute fördern müssen, die dann vielleicht ihren Eltern gegenüber den Anstoß zur Impfung geben. Deswegen wäre meine Äußerung ganz klar, hier Präsenz zu zeigen, auch wenn es letztlich im Hinblick auf finanzielle Gegebenheiten aufwendig ist.

Zu den Fragen von Herrn Sommer: Wie kann man das emotional ansprechen? Da müsste man sich letztlich ein pädagogisch didaktisches Konzept überlegen, das ist ganz klar. Ich könnte mir das so vorstellen – ich will einmal ein Beispiel skizzieren: Ein organtransplantiertes Kind, das sagt: Ich kann jetzt endlich in die Kita gehen, weil meine ganze Kita durchgeimpft ist. – Das ist ein positives Beispiel, das ist ein Kind, das erfolgreich organtransplantiert ist. Es ist ein positives Beispiel, weil eine Gruppe zusammenhält. Mir liegt es natürlich fern, vorzuschlagen, negative Bilder zu zeigen wie die der ertrunkenen Flüchtlingskinder, auch wenn ich das vorhin sozusagen demonstrativ angesprochen habe.

Die Frage des nationalen Impfregisters: Wie sollte das ausgestattet sein? In meinen Augen ist es ganz wichtig, dass wir dezidiert Zahlen haben, so wie Herr Dr. Leidel sie beispielsweise für Köln vorgelegt hat: In welchen Bereichen haben wir wirklich unsere Problempunkte? Ich glaube, wir müssen problemorientiert an die jeweiligen Zielgruppen herantreten und nicht zu stark vorurteilsbeladen. Es muss einfach klar sein, dass man hier eine regionale Zuteilung hat, idealerweise eben auch eine Zuordnung zu den entsprechenden versorgenden Ärzten und natürlich zu den Einzelheiten der jeweiligen Impfungen. Viele Eltern impfen die Totimpfstoffe, lassen aber die Lebendimpfstoffe aus, weil sie glauben, dass das ganz besonders schrecklich ist – was es ja auch ist. Auch diese Zahlen braucht man detailliert.

Dann war die Frage, Kindergeld letztlich an die Impfungen zu binden. Das ist natürlich ein sehr harter Schritt. Ich denke, irgendeine spürbare Konsequenz sollte das Ganze haben. Ob das der richtige Schritt ist, fällt mir ehrlich gesagt schwer, zu beantworten. Ich glaube, Sie haben die Frage auch nicht gestellt, um Leuten das Kindergeld vorzuenthalten. Es ist aber mehrfach auch von den Kollegen geäußert worden, dass irgendwo ein spürbares Incentive bestehen sollte, ein Anreiz, und der kann durchaus auch darin bestehen, dass bestimmte Vergünstigungen entstehen, wenn man sich an die Impfungen hält. Vielleicht kann man es eher positiv gestalten als negativ.

Zu den Fragen von Frau Grochowiak-Schmieding, zunächst einmal: Was ist eine gute Impfquote? Da bin ich nicht der Experte. Ich kenne die gleichen Zahlen wie Sie. In der Regel spricht man davon, dass letztlich bei einer Riegelungsimpfung in etwa 95 Prozent zu erreichen sind. Das als Kenntnisstand eines – vielleicht – informierten Laien auf diesem Gebiet. Vielleicht können die Kollegen dazu noch detailliert Stellung nehmen.

Die Frage – ich hoffe, ich habe Sie da richtig verstanden – ist: Unterhöhlen wir sozusagen Verantwortungsbewusstsein und demokratischen freien Willen, indem wir gewisse Zwangsmaßnahmen auferlegen? Ist das nicht der falsche Weg? – Ich glaube ganz sicher, dass wir nicht mit einer Maßnahme unsere Ziele erreichen. Ich glaube, wir brauchen ein Bündel von Maßnahmen. Ich glaube, es ist wichtig, dass gewisse Dinge auch in ihren Auswirkungen, entsprechend mit den Konsequenzen betrachtet werden. Ich will es einmal an einem anderen Beispiel zeigen: Wo die Freiheit einer Gruppe oder Einzelner eingeschränkt wird, würden wir ja auch dagegen vorgehen, sei es bei Beleidigungen, sei es bei – im schlimmsten Fall – anderen Straftaten, die noch weitergehen. Dagegen würden wir vorgehen. – Hier entsteht ja eine Bedrohungssitu-

ation für Kinder. Die Bedrohungssituation können wir nachvollziehen, da diese Erkrankungen die Kinder langfristig schädigen oder sogar töten können. Insofern denke ich, es ist einfach eine Frage der Verhältnismäßigkeit, und ich sehe das Verhältnis schon gewahrt, bei dem, was auf dem Spiel steht, wenn auch direktive Maßnahmen ergriffen werden. Damit will ich auf keinen Fall der Diktion widersprechen, dass die Information natürlich ganz vorn stehen muss. Insofern mein Plädoyer: angemessen beide Maßnahmen berücksichtigen!

Sie hatten gefragt, warum in Deutschland so früh geimpft wird. – Man hat das immer weiter nach vorn verlegt, gerade die Lebendimpfungen. Wir haben schon über diese Latenzphase gesprochen, in der sozusagen der Nestschutz verloren ist, und deswegen versucht man natürlich diese Phase so kurz wie möglich zu halten. Man muss vielleicht noch eines hinzufügen: Die De-facto-Zahlen, die ich kenne – dazu können die Kollegen vielleicht auch noch im Detail Stellung nehmen –, zeigen, dass die allermeisten Kinder nicht zum ersten Zeitpunkt, der sozusagen möglich wäre, geimpft werden, sondern dass zum Beispiel noch ein Infekt dazwischen kommt, dass noch ein anderes Problem dazukommt, und dann werden sie doch erst zwei, drei Monate später geimpft, sodass der Zeitpunkt, zu dem wir wirklich die komplette Durchimpfung haben, im Zweifelsfall keinesfalls der frühestmögliche angegebene Zeitpunkt ist.

Es war noch einmal die Frage: Ist Vertrauensbildung nicht besser als Zwang? Das habe ich eben schon versucht, zu beantworten. Ich glaube, beides ist nötig. Ich glaube, es gibt Menschen, die auf Vertrauensbildung reagieren, die ein hohes ethisches Bewusstsein haben, das wir, das würde ich jetzt einmal voraussetzen, alle kennen und haben, und dass wir deswegen an den Stellen arbeiten, an denen wir arbeiten. Es gibt aber auch Menschen, und das wissen wir auch, die dieses ethische Bewusstsein nicht haben und die nicht über Vertrauensbildung zu erreichen sind – sonst bräuchten wir keine Polizei. Deswegen bin ich der Meinung, wir brauchen beide Maßnahmen, wir brauchen beide Möglichkeiten. Ich hoffe, ich habe das jetzt nicht zu plakativ beantwortet, aber ich versuche, so gut wie möglich darauf einzugehen.

Zu der Frage der STIKO: Wir haben in jedem medizinischen Bereich, den ich überblicke, Verpflichtungen. Wir haben in jedem Bereich letztlich immer, wenn Sie so wollen, Interessenskonflikte – im juristischen Sinne würde man vielleicht sagen: Befangenheiten. Ich habe sie jeden Tag in allem, was ich tue. Ich glaube, das Einzige, was wir nicht tun dürfen, ist, solche Befangenheiten oder Interessenskonflikte – das ist, glaube ich, das richtige Wort – zu verschweigen. Es muss öffentlich gemacht werden: Wer hat welche Kontakte zu wem zu einem bestimmten Zeitpunkt gehabt? – Dann muss der demokratisch selbstbestimmte Bürger oder Fachmann in der Lage sein, zu beurteilen: Ist das, was ich dort sehe, wirklich adäquat?

Ich würde mich deswegen vehement dagegen aussprechen, die STIKO als in einem schweren Interessenskonflikt oder gar in der Befangenheit befindlich zu charakterisieren. Sie geht nur in ihrer Transparenz so weit – und weit über das hinaus, was viele andere machen –, dass sie sich letztlich durch diese besonders offene, besonders wertvolle und ethische Darstellung ihrer selbst theoretisch auch angreifbar macht. Man sollte das aber nicht ins Gegenteil verkehren. Ich als Arzt, das muss ich ganz ehrlich sagen, bin durch die Aufklärung der STIKO jederzeit in der Lage, nachzuvollziehen,

wie eine Entscheidung entstanden ist. Ich kann mir die Facharbeiten ansehen. Ich kann beurteilen, ob das in meinen Augen als Wissenschaftler korrekt ist. Da sehe ich letztlich überhaupt keine durch die Pharmaindustrie oder dritte Interessensgruppe bewirkte Befangenheit.

Zur letzten Nachfrage von Frau Schneider: Frau Schneider hat noch einmal nach der Zahl der Todesfälle gefragt. Ich habe jetzt versucht, die Fälle der Kinder zu schildern, die ich selbst betreut habe, die mir deswegen sehr nahegehen und an denen ich natürlich sehr hänge. Das waren insgesamt vier Kinder. Ich weiß leider von zahlreichen anderen, bei denen es aber manchmal nicht ganz einfach zu entscheiden ist. Viele Kinder haben wir beispielsweise durch Pneumokokken verloren. Gegen Pneumokokken kann man impfen, aber leider nicht gegen alle, sondern nur gegen einen Teil. Es ist im Einzelfall manchmal ein bisschen Puzzlearbeit, herauszufinden: Lag das jetzt an der Impfung, die stattgefunden hat oder nicht, oder sind noch andere Faktoren verantwortlich? – Es sind einfach diese vier Fälle, die mich sehr bewegen und mich im Leben nicht verlassen werden, das sage ich ganz ehrlich.

Sie hatten noch eine Nachfrage zur Inklusion. Ich sehe es als ein Hemmnis an, dass wir nicht garantieren können, dass die Einrichtungen frei von diesen für Immunsupprimierte schweren Erkrankungen sind – das sind namentlich eben die Windpocken und die Masern. Selbst bei verantwortungsbewussten Eltern, die ihr Kind in dem Moment, in dem der Ausschlag auftritt und sie sehen, das Kind hat Windpocken oder Masern, sofort herausnehmen und nicht mehr in die Einrichtung schicken, muss man sagen, die Windpocken sind schon ein, zwei Tage, bevor der Ausschlag kommt, ansteckend. Die Masern beginnen leider mit einem Husten und Erkältungsbeschwerden, und der charakteristische Ausschlag kommt erst viel später. Dann sind die Kinder möglicherweise doch noch ein, zwei Wochen in den Einrichtungen und stecken die anderen Kinder an. Insofern können wir da keine Sicherheit geben, es ist ein Hemmnis. Ängstliche Eltern werden in dieser Situation ihr Kind im Zweifelsfall immer zu Hause lassen, und es tut mir leid um diese Kinder. Wir versuchen alles, um sie zu integrieren, um Inklusion zu betreiben, um ihnen ein normales Leben, ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen, und das wird dadurch teilweise verhindert.

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Herr Dr. Thole, Sie möchten die nächsten Fragen beantworten.

**Dr. Sebastian Thole (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen):** Vielen Dank. – Ich gehe auch in der Reihenfolge durch. Das ein oder andere haben wir schon gehört.

Zum einen war die Frage von Herrn Sommer: Wie kann man die emotionale Ansprache umsetzen? Ich glaube, emotionale Ansprache ist immer wichtig, so funktioniert Werbung, so funktionieren Werbekampagnen. Nur ist die Frage, wie man das macht: über eine positive oder eine negative Verstärkung. Ich selbst würde immer die positive Bestärkung bevorzugen. Es gibt natürlich die Möglichkeit, zu impfpräventablen Erkrankungen Bilder zu zeigen oder irgendetwas zu tun, um eine gewisse Angst hervorzurufen. Ich halte das nicht für den richtigen Weg, sondern eine positive Bestärkung.

Das betrifft auch ein bisschen die Frage von Frau Grochowiak-Schmieding, was die Verknüpfung von Impfpflicht und Kitaaufnahme und den Vergleich zu Finnland angeht, also ob es an finanzielle Einschränkungen geknüpft werden soll, wenn man sich dagegen entscheidet, seine Kinder impfen zu lassen. Ich sehe das ähnlich, dass man da eher positiv bestärkend arbeiten sollte, also zum Beispiel mit einem Bonussystem und anderen Dingen. – Es gibt solche Modelle, die funktionieren. In Australien gibt es das, glaube ich, auch. Ich glaube nicht, dass das für Nordrhein-Westfalen und in der Bundesrepublik der richtige Weg wäre, sondern eher die positive Bestärkung, also zum Beispiel den Gemeinschaftsgedanken zu stärken, um das den Menschen klar zu machen.

Dann war die Frage nach den regionalen Unterschieden und ob es bestimmte soziale Gruppen und soziodemografische Faktoren gibt, die die Durchimpfungsrate beeinflussen. Herr Dr. Leidel hatte vorhin schon etwas dazu gesagt. Das ist eigentlich umgekehrt, als man es sich vorstellen würde, es korreliert also häufig genau umgekehrt mit dem Bildungsstand. Es gibt natürlich bestimmte Gruppen, die aus unterschiedlichen Gründen Impfvorbehalte haben. Das können religiöse Gründe sein. Man kennt in den Niederlanden und den USA den sogenannten Bible Belt, wo eben religiöse Auffassungen dahinterstehen, dass dort niedrigere Impfquoten vorhanden sind. Das gibt es hier auch. Wir wissen aus Veröffentlichungen, dass Ausbrüche von Masern häufig im anthroposophischen Umfeld stattfinden, wo man Impfungen skeptisch gegenübersteht. Das kann aber vielleicht auch ein einzelner Arzt sein, der eben nicht STIKO-konform, nicht rechtzeitig impft. Es gibt viele Gründe, die dafür sorgen können.

Die Frage von Frau Grochowiak-Schmieding war: Was ist eine gute Impfquote? Wann ist sie hoch genug? Das hängt sehr stark von der Erkrankung ab. Bei den Masern, und das ist ja auch das Ziel, das man anstrebt, ist das diese 95-Prozent-Impfquote

(Dr. Theodor Windhorst [Ärzttekammer Westfalen-Lippe]: Zwei Mal!)

Genau! – der zweimaligen Impfung zum richtigen Zeitpunkt. Das liegt vor allen Dingen daran, dass die Masern so hochansteckend sind, weil sie sich leicht übertragen – bei anderen Erkrankungen muss die Impfquote nicht so hoch sein –, also Masern als Virus-erkrankung, das trifft dann auch auf andere Erkrankungen wie zum Beispiel Windpocken zu, die auch sehr leicht übertragbar sind. Auch bei Influenza müsste eine relativ hohe Zahl erreicht werden. Bei Polio ist der Übertragungsweg ein anderer, auch die Ansteckung, und deswegen ist die Rate nicht ganz so hoch, da geht man in Richtung 80 Prozent. Es ist individuell von der Erkrankung abhängig, und dafür muss es gemacht werden. Masern sind immer das beste Beispiel, an dem man es sehr deutlich sehen kann.

Dann war die Frage: Wird in Deutschland früh geimpft, oder vielleicht auch zu früh?

(Zuruf von Manuela Grochowiak-Schmieding [GRÜNE])

Ich glaube, es ist sinnvoll, so früh möglich zu impfen. Das orientiert sich natürlich an der Zulassung der Impfstoffe: Was ist für welches Alter entsprechend getestet, sicher und zugelassen? Vor allen Dingen, da wir immer mehr Kinder haben, die früh in Gemeinschaftseinrichtungen kommen, ist es absolut sinnvoll, so früh wie möglich einen möglichst vollständigen Impfschutz zu erreichen. Das geht bei der Masernimpfung, die

ist ab dem elften Monat zugelassen. In bestimmten Situationen ist es möglich, auch früher zu impfen. Bei dem Ausbruch in Berlin hat man sogar ausgesprochen, dass auch die kleineren Kinder schon geimpft werden können. Ich würde also nicht sagen: „zu früh“. Es ist sicherlich sinnvoll, so früh wie möglich angemessen zu impfen, und das orientiert sich an dem wissenschaftlichen und medizinischen Standard, der durch die STIKO-Empfehlung vorgegeben oder empfohlen wird. – Ich hoffe, ich habe jetzt alle Punkte soweit beantwortet.

Es gab noch eine Frage von Herrn Kern zu den Unterschieden zwischen Männern und Frauen bei der Impfquote. Ich habe dazu keine detaillierten Zahlen vorliegen, würde aber behaupten – auch das ist Halbwissen –, dass bei Frauen der Präventionsgedanke größer ist als bei Männern. Das sieht man beim Rauchen. Von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind häufiger Männer betroffen. Diesen präventiven Gedanken würde ich eher bei den Frauen sehen, sodass ich vermute, dass deren Bereitschaft zu impfen und die Impfraten dann letztlich höher sind, wobei das natürlich schwer messbar ist.

Sind noch Fragen offengeblieben?

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Schönen Dank. Im Moment scheinen mir alle Punkte angesprochen zu sein. – Herr Dr. Rieke müsste dann als nächstes die an ihn gerichteten Fragen beantworten. – Bitte.

**Dr. Burkhard Rieke (Tropen- und Reisemediziner):** Ich darf vielleicht diese Reihung kurz fortsetzen. – Diese Impfquoten können Sie selbst im Internet nachsehen. Gehen Sie einmal auf „versorgungsatlas.de“, da haben Sie die KV-Zahlen, die natürlich auf die gesetzlich Versicherten bezogen werden. – Wir haben ja einen klaren Rat zur Influenza- und Pneumokokkenimpfung ab 60 Jahren. Dann sehen wir die Zahlen für Personen von 60 bis 64 Jahren. Ich habe es vor ein paar Tagen extra nachgeschaut: Wie viele sind tatsächlich influenzageimpft – Ihr Tipp?

(Astrid Birkhahn [CDU]: 20 bis 30 Prozent!)

44 Prozent.

(Dr. Theodor Windhorst [Ärztekammer Westfalen-Lippe]: Doch so viele!)

Immerhin! – Im beruflichen Bereich – wir haben ja eine eigene Impfindikation im Gesundheitswesen – liegen wir um die 20 Prozent, im besten Fall. Das wird nicht sehr gut nachstudiert.

Bei Influenza ist der arbeitstechnische Vorteil: Wenn der Patient im September durch die Tür kommt und die Influenzaimpfung will, kann ich sie ihm ziemlich genau geben, ohne lange nachblättern zu müssen, denn wenn er sie schon vorgestern bekommen hätte, würde er das wohl wissen.

Bei den Pneumokokken muss ich den ganzen Impfausweis durchschauen, ob der Patient die Impfung eventuell schon hat. Wie hoch ist die Durchimpfungsrate der 60- bis 64-Jährigen für Pneumokokken, für die Lungenentzündung, im Bundesdurchschnitt?

– 10,9 Prozent. Nordrhein? Ein bisschen schlechter, 8,9 Prozent. Da ist also unsere Aufgabe!

Ich kann Ihnen sagen, das ist tägliches Leben. Ich hatte letzte Woche einen 72-Jährigen, der aus dem Krankenhaus zurückkam – Erstkontakt bei uns in der Praxis, das sage ich sicherheitshalber gleich dazu: schwerste doppelseitige Lungenentzündung, Lobärpneumonie, die typischerweise pneumokokkenbedingt ist, Nierenversagen, Dialyse, dem Tod von der Schippe gesprungen. Völlig fit der Mensch! Es gibt überhaupt keinen Grund, warum man den nicht impfen sollte –, hohe Lebensqualität und nicht geimpft, zwölf Jahre jenseits der Alters, in dem er eigentlich hätte geimpft sein sollen. – Das sind unsere Probleme.

Wir hatten jetzt über das „Epidemiologische Bulletin“ einen Todesfall an Tetanus in Bayern publiziert. Eine 82-jährige Dame, im Garten gewerkelt, ins Krankenhaus gegangen, nicht nachgesehen! Es ließ sich rekonstruieren: Sie ist seit 2003 jedes Jahr beim Hausarzt gewesen und hat immer nur die Influenzaimpfung bekommen. Es ist nicht grundsätzlich einmal in den Impfausweis hineingeschaut worden. Das wird sicher noch ein Haftungsprozess werden, das muss man auch ganz klar sagen. – Wie gesagt, ich werbe für das Antreten der Verantwortung.

Hinsichtlich der Frage organisatorischer Rahmenbedingungen: Das hatte ich schon gesagt, ich würde an Ihrer Stelle oder eigentlich an der Stelle der Gesundheitsministerin der KV Nordrhein und der KV Westfalen-Lippe den Auftrag geben, dem Arbeitsmediziner ein Paket zusammenzustellen, das die Sache organisatorisch bahnt, eine Vertragsstruktur, der der ÖGD beitreten kann. Das muss ein einheitliches Vergütungsschema sein für den Einfach-, Zweifach- und Dreifachimpfstoff, von mir aus genau dasselbe wie bei allen anderen auch. Da haben Sie die Arbeitsmediziner schon ein bisschen gegen sich, denn sie sind zum Teil vonseiten der Firmen andere Tarife gewohnt. Da muss man ein bisschen auf die Details schauen. Wenn das aber einheitlich über alle Systeme ist, habe ich nichts dagegen. Nur muss es auch eine Vergütung geben für: Impfausweis durchgeblättert, nichts gefunden, es war nichts nötig. Sonst zwingen Sie die Leute in halbinduzierte Impfungen hinein. Das wollen wir überhaupt nicht.

Genauso habe ich immer ein bisschen Skepsis, wenn irgendwo eine Kontraindikation festgelegt wird, ob die jemand anderes auch so gestellt hätte, denn das ist die Tür, wo gegebenenfalls bei einer verpflichtenden Impfung – mehr oder weniger verpflichtend, Stichwort Kindergeldentzug in Finnland – gemogelt würde: „darf nicht geimpft werden“, während jemand anderes, wenn er sich die Argumente anhören würde, sagen würde: Meine Güte, das ist doch kein Gegengrund. – Da würde im Zweifel geschummelt, gerade dann, wenn so eine heftige finanzielle Konsequenz dahintersteht. Deswegen werbe ich für den bereits existierenden Paragraphen im SGB V, Krankheit durch Verschulden. Wer also die Masern bekommt, wer eine impfverhinderbare Erkrankung bekommt, wird an den Kosten beteiligt. Das würde die Sache sauber klären, es würde auch den Haftungsdruck auf diejenigen erhöhen, die den Rat gegen die Impfung gegeben haben.

Emotionale Ansprache: Virenschutz ist nicht nur eine Sache des Computers. Herr Sommer, ich hatte Ihnen das ja im Vorfeld schon gesagt. Damit können Sie bei Jugendlichen landen, ansonsten ist unser Problem aber: Therapie machen Sie mit dem Bauch, mit Gefühl, das hilft Ihnen –

(Dr. Theodor Windhorst [Ärzttekammer Westfalen-Lippe]: Deswegen habe ich so einen großen Bauch!)

Prävention machen Sie nur mit dem Kopf!

(Dr. Jan Leidel [Köln]: Dr. Windhorst, das war jetzt zu früh gesagt!)

Genau das ist unser Problem. Für Prävention müssen Sie einen Schritt zurücktreten, um die Ecke denken und etwas verhindern, das Sie noch gar nicht am Horizont sehen.

Wir haben gerade gehört, wie wir angegriffen werden, dass wir quasi der rechtsextremen Ecke und dem Volkskörper das Wort reden. – Nein, die Tradition der Impfung ist in den sozialistischen Ländern besonders hochgehalten worden. Wir wollen diesen Grad an, sagen wir einmal, gesellschaftlicher Entscheidung über mein Kind in diesem Lande durchaus nicht. Das wollen wir nicht – natürlich glauben wir an die Überzeugungskraft –, das ist überhaupt nicht unser Thema.

Hinsichtlich gerade auch wirtschaftlicher Abhängigkeiten oder Unabhängigkeiten, muss man aber deutlich sagen: Auch Esoterik ist ein Geschäftsmodell. Selbstverständlich verdient der anthroposophische Arzt, wenn er sagt: „Was haben Sie denn da mit Ihrem Kind machen lassen? Das müssen wir jetzt ein halbes Jahr ausleiten!“ – Ist das denn wirtschaftlich neutral? Da ist vielleicht keine Verbindung zur Pharmaindustrie – ich bin gern bereit, solche Dinge stets offenzulegen –, aber da ist die Neutralität sicher auch nicht gegeben.

Wir haben die schlechten Impfquoten natürlich dort, wo diese nichtwissenschaftlichen Heilmethoden relativ stark verbreitet sind. Das ist der deutsche Südwesten und Süden, es geht auch in die Schweiz hinein. Das ist mit Homöopathie und Anthroposophie stark gekoppelt. Diese nichtwissenschaftlichen Heilmethoden – da muss ich einfach einmal ein politisches Statement abgeben – sind in der NS-Zeit hoffähig geworden. Der Heilpraktiker ist ein Beruf, den die Nazis eingeführt haben als Konkurrenz gegenüber dem wissenschaftlichen System der Medizin, das als jüdisch unterwandert galt. Die Impfkritik hat ihre Förderung sehr wohl auch aus NS- und rechter Ecke erhalten und ist durchaus kein Spezifikum.

Man muss also sagen: Wir verlangen auch auf anderen Ebenen einen Beitrag zum Kollektivschutz, das haben wir ja schon angesprochen. Das geht schon beim Schneefegen los. Wer das nicht macht, und jemand setzt sich auf den Hintern, hat einen Haftpflichtschaden am Bein. Wir verlangen es beim Auto: Warum muss ich alle zwei, drei Jahre mit dem Auto zur Untersuchung beim TÜV? Ja, das entscheidet die Gesellschaft. Wir sprechen auch nicht von der individuellen Tempofindung in der Fußgängerzone, sondern wir sagen: Schritt! – Das machen wir hier als Staat. Da gibt es Fremdverantwortung, das müssen wir regeln. Ich meine, ein Stück weit an diese gemeinschaftliche Verantwortung zu erinnern, die sich aus der Sachlage ergibt – nicht

bei jeder Impfung in gleichem Maße, ganz klar! –, ist durchaus eine politische Verpflichtung. Es ist nicht nur ein Recht, es ist eine politische Verpflichtung, das entsprechend umzusetzen. Dem werden wir gegenwärtig nicht gerecht. Die Individualisierung der Impfentscheidung muss die Verantwortung für den Kollektivschutz mit einbeziehen, weil sie sachlich geboten ist. Wir haben das eben von Prof. Dr. Dötsch entsprechend gehört.

Daher: Kindergeld streichen – nein, aber ... Ich darf noch kurz an dem Umschwung in der Zahnmedizin erinnern, als man damals in der Schweiz gesagt hat: Karies und Therapie an den Zähnen werden wir nicht mehr bezahlen. Die Konsequenz war, dass die Prävention viel ernster genommen wurde. Der Zahnstatus hat sich massiv verbessert. Das heißt, wir brauchen ein gewisses Mindestmaß an gesundheitlicher Selbstverantwortung für die Leute, die auch zu spürbaren, vielleicht auch finanziell spürbaren, Folgen führen kann. Es tut der gesamten Gesundheit der einzelnen Leute durchaus gut.

Bei den Erwachsenen, das habe ich schon gesagt, gibt es genauso gut Dinge, die im Argen liegen. Daher sollte man die pädiatrische Einengung nicht so halten. Wir haben auch eine ganze Menge Dinge, die im Erwachsenenbereich abgefangen werden sollten und dann doch unglaublich hohe Krankheitszahlen bewirken, die man gut hätte verhindern können. Auch da müssen wir deutlich nachlegen, zum Teil durch Weiterbildungsveranstaltungen, aber wir brauchen auch diese Zeichenhaftigkeit, das deutliche Sich-dahinter-Stellen von politischer Seite. Wir brauchen die Aktion! So wie wir einen Blitzermarathon hinbekommen, können wir doch auch einen Impfmarathon hinlegen im Lande. Im Prinzip möglich wären solche Aktionen ja.

Ich will noch kurz einen Punkt zu den Verbesserungen im Nebenwirkungsprofil nennen: Viele Impfstoffhersteller haben inzwischen das Quecksilber als Konservierungsmittel herausgenommen, sodass die Exposition da heute viel geringer ist als früher. Das war früher zum Teil auch Folge von Mehrfachentnahmedosen. Ansonsten sind die Impfstoffe im Großen und Ganzen kein großes Verträglichkeitsproblem.

Wir haben aber ein Problem: eine Erwartungshaltung des Geimpften, der alles, was in den nächsten drei Tagen passiert, auf die Impfung bezieht. Ob ihm ein Glas aus der Hand fällt oder ob er schlecht schläft, oder was auch immer, wird gern als Impfnebenwirkung interpretiert. Erst wenn wir in wissenschaftliche Erkenntnisgewinne hineingehen, die Hälfte der Leute placeboimpfen und Strichlisten machen lassen, wer schlecht schlafen kann und wer nicht, dann sehen wir, was wirklich Nebenwirkung ist. Das ist ein Paradebeispiel dafür, ob man sich selbst als Impfskeptiker vorprogrammiert auf Dinge, die nachteilig passieren können, und deswegen auch die Neutralität verliert.

Dennoch, es gibt natürlich Impfnebenwirkungen, es gibt auch Impfschäden. Sie wissen, bundesweit sind es etwa 30 anerkannte Impfschäden im Jahr. Dafür haben wir auf der anderen Seite aber eine Menge Gesundheit geschaffen. Ich glaube, wir brauchen uns nicht zu verstecken. – Schönen Dank.

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Schönen Dank, Herr Dr. Rieke. – Herr Dr. Leidel, bitte.

**Dr. Jan Leidel (Köln):** Ich würde gern mit diesem Punkt weitermachen, den Nebenwirkungen und der Frage der Impfschäden. Ganz wesentlich ist, das hat Herr Dr. Rieke gesagt, dass nach einer Impfung all das passieren kann, was auch ohne Impfung passiert wäre, und dass wir in der Regel bei positiven Ereignissen nicht an den Zusammenhang denken. Ich habe noch nie gehört, dass jemand sagte: Drei Tage nach der vierten Sechsfachimpfung hat meine Tochter das erste Mal „Papa“ zu mir gesagt. – Wenn es aber negative Ereignisse sind, wird sehr schnell die Verbindung gezogen. Das macht es etwas schwierig.

Es gibt eine Pharmakovigilanz, für die bei den Impfstoffen bei uns das Paul-Ehrlich-Institut zuständig ist, das alle Studien und Signale über Nebenwirkungsprofile sammelt und bewertet. Tatsächlich sind unsere modernen Impfstoffe von außerordentlich geringem Nebenwirkungspotenzial gekennzeichnet. Ich glaube, ich kenne kein wirklich wirksames Medikament, das so wenige Nebenwirkungen aufweist wie unsere Impfstoffe. Ein Beispiel dafür, wie gravierend die Unterschiede zu früher sind, ist unser Sechsfachimpfstoff, der von vielen impfskeptischen Eltern gefürchtet wird, weil man sagt: Erstens so früh, das Kind ist doch noch ganz unreif, und dann gleich gegen sechs Krankheiten! – Dem Immunsystem ist es ziemlich egal, gegen wie viele Krankheiten es schützen soll – dem ist es wichtig, wie viele verschiedene Fremdeiweiße in dem Impfstoff enthalten sind. Ein Kind, das vor 40 Jahren gegen Keuchhusten, Wundstarrkrampf, Diphtherie und Pocken geimpft wurde, hat sich mit mehreren Tausend Antigenen auseinandergesetzt, im Sechsfachimpfstoff sind noch nicht einmal 30 Antigene.

Die Begleitstoffe: Herr Dr. Rieke hat das Thiomersal, also diese Quecksilberverbindung angesprochen. Die gibt es tatsächlich in keinem in Deutschland zugelassenen Kinderimpfstoff mehr.

Es gibt mit Sicherheit Impfkomplicationen. Auch hier ist es schwierig, zu unterscheiden, ob es wirklich einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Komplikation und der Impfung gibt oder nur einen zufälligen zeitlichen. Dem hat der Gesetzgeber dadurch Genüge getan, dass er sagte: Die Kausalität muss nicht zwingend naturwissenschaftlich nachgewiesen werden, sondern es reicht die Wahrscheinlichkeit. – Das ist also eine relativ großzügige Regelung, und trotzdem ist es vielfach außerordentlich schwierig, zu entscheiden, wie hoch diese Wahrscheinlichkeit ist.

Interessant fand ich, dass die so wichtige Pneumokokkenimpfung unserer Senioren nur von knapp 11 Prozent wahrgenommen wird. Das sind Zahlen, die wir zum Teil aus repräsentativen Telefonbefragungen haben. Dort wird dann auch gefragt: Warum haben Sie sich nicht impfen lassen? – Viele sagen dann: Mein Arzt hat mich nie darauf aufmerksam gemacht. – Würden Sie sich denn impfen lassen, wenn er das täte? – Ja, klar! Wenn mein Hausarzt mir das empfiehlt, lasse ich mich impfen. – Hier ist sicher auch noch einiges zu tun.

Über die notwendige Impfquote ist gesprochen worden. Dem habe ich nichts hinzuzusetzen. – Ich will nur noch einmal erklären, warum das mit dem zwei Mal Masernimpfen wichtig ist: Bei der ersten Masernimpfung gibt es aus den unterschiedlichsten Gründen zu etwa fünf Prozent primäre Impfversager, das können manchmal sogar etwas mehr sein. Das heißt, wir müssen davon ausgehen, dass bei nur einer Impfung mindestens fünf Prozent der Geimpften nicht geschützt sind. Die zweite Impfung ist dafür da, dass

sie eine zweite Chance haben. Damit können wir, wenn sich tatsächlich 95 Prozent zwei Mal impfen lassen, davon ausgehen, dass praktisch 95 Prozent geschützt sind.

Die Frage von Herrn Ulrich war, was ich mir vom § 20i SGB V verspreche: Ich halte das für eine großartige Möglichkeit, schulbasierte Impflückenschließprogramme zu machen. Unser Hauptproblem sind im Moment auch bei den Masern ältere Kinder und Jugendliche. Länder wie zum Beispiel Großbritannien schaffen es – das beantwortet auch gleich die Frage zur HPV-Impfung – mit schulbasierten Programmen, deutlich über 80 Prozent der Mädchen gegen HPV zu impfen und ihnen diesen Schutz zu geben.

In Deutschland haben wir das Problem, dass es im Zusammenhang mit der Zulassung dieses sehr innovativen Impfstoffes und der STIKO-Empfehlung, die 2007 ausgesprochen wurde, eine ganze Reihe von zum Teil politisch, zum Teil wissenschaftlich motivierten Argumenten gegen diese Impfung gab, und das wirkt nach wie vor. Es gab das Manifest dieser 13 Wissenschaftler – in Anlehnung an das Kinderbuch gelegentlich auch „Die Wilde 13“ genannt. Diese Wissenschaftler arbeiten aber nicht unbedingt auf dem Gebiet des Impfens und haben die Studien zum Teil, sagen wir einmal, nicht wirklich korrekt interpretiert. Diese Stimmung aber, die damals im Zusammenhang mit der Verknüpfung Sexualität und Impfung auftrat – also man sollte geimpft sein, bevor man die ersten Schritte in die eigene Sexualität tut –, führte dazu, dass ich morgens in der Straßenbahn auf der Fahrt zu meinem Gesundheitsamt viele Mädchen hörte: Ah, du bist jetzt geimpft? Jetzt darfst du ja! – Das hat dazu beigetragen, diese Impfung in ein Licht zu setzen, das sie nicht verdient. Jede neue Studie, die vorgelegt wird, zeigt, dass sie noch effektiver und noch besser ist, als wir bisher angenommen haben. – Die STIKO beschäftigt sich zurzeit mit der Frage, ob wir auch die Jungen impfen sollten. Ich persönlich bin ausgesprochen dafür.

Woran liegen die regionalen Unterschiede? Gründe für Impfskepsis gibt es sehr viele. Das sind zum einen weltanschauliche Gründe. Die Anthroposophie hat eine andere Einstellung zur Krankheit. Sie ist davon überzeugt, dass eine durchgemachte Erkrankung, gerade eine hochfieberhafte, schwere Erkrankung, die Aura des Kindes und seine Widerstandskräfte stärkt. Dass dabei viele auf der Strecke bleiben, wird dabei übersehen. Das ist so ein bisschen Sozialdarwinismus: Die Stärksten kommen durch, die Opfer sind groß. – Es gibt auch religiöse Gründe. Angesprochen wurden hier schon die orthodoxen Protestanten im niederländischen Bible Belt, die Impfungen verweigern: Krankheit ist von Gott geschickt, und wenn der Mensch dagegen etwas unternimmt, ist das böse, Sünde.

Häufiger sind aber, denke ich, viel vagere Gründe. Es gibt heute eine große Skepsis gegenüber der wissenschaftlichen Medizin. Auch in meinem Bekanntenkreis hat fast jeder neben seinem Hausarzt noch einen Heiler komplementärer Prägung. Diese Haltung drückt sich in der Suche nach sanften Alternativen aus, also Diät und vegane Ernährung statt Impfen, und solche Dinge. Das spielt eine ganz große Rolle. Es gibt tatsächlich soziale Gruppen, die davon besonders betroffen sind. Ich will keine Klischees zitieren, aber das ist im Zusammenhang mit dem Masernausbruch in Berlin auch als das „Prenzlauer-Berg-Syndrom“ bezeichnet worden: eigentlich ganz bildungsnahe, gut ausgebildete, vielfach zu den modernen künstlerischen und kreativen

Berufen zählende, jüngere Menschen, die sehr viel von Diäten und dergleichen halten und einfach eine gewisse Skepsis haben. – Die kann man überzeugen. – Dann gibt es Leute, die sagen: Es gibt sowieso keine Viren und keine Bakterien, deswegen können Impfungen auch nichts nützen. – Die sind verloren für die Diskussion, die lernen manchmal aus Erfahrung.

Das erklärt nicht alle regionalen Unterschiede, aber wenn man das zusammennimmt, also die Häufung anthroposophischer und anderer alternativer Theorien und an anderen Stellen das Prenzlauer-Berg-Syndrom – ich bleibe einmal bei diesem Begriff –, dann erklärt das das zum Teil wohl schon.

Es ist richtig, dass Frauen statistisch im Allgemeinen etwas besser geimpft sind, aber es gibt Impfungen, da ist es wieder umgekehrt. Es ist also sehr schwierig, das genau auseinanderzuklamüsern.

Zum Beispiel auch der Migrationshintergrund: Wenn ein Kind nach der Geburt mit seiner Familie nach Deutschland gekommen ist, ist es häufig schlechter geimpft als der deutsche Durchschnitt. Wenn es erst nach der Migration geboren wurde, ist es häufig besser geimpft, wobei es da wieder Unterschiede gibt, um welche Impfung es sich handelt. Gegen Masern ist es besser geimpft, aber gegen Hepatitis B zum Beispiel ist es eher schlechter geimpft, da sind es eher die Kinder vom Prenzlauer Berg, die besser geimpft sind.

Zur Anknüpfung an kommunale Gesundheitszentren, zum Beispiel in Finnland, und auch zur weitergehenden Frage: Warum ist es in manchen Ländern deutlich anders? Das hat auch wieder verschiedene Gründe. Zum Teil liegt es daran, dass dort die Gesundheitssysteme etwas zentralisierter sind. Im United Kingdom hat man einen nationalen Gesundheitsdienst. Da gibt es viele von den Problemen und Schwierigkeiten, mit denen wir zu kämpfen haben, von vornherein gar nicht. In Schweden ist es ähnlich. 98 Prozent der Kinder besuchen in Schweden einen Kindergarten, und die Impfungen werden dort durch Public Health Nurses durchgeführt. Das ist kein Impfpflicht, aber es ist einfach normal und die paternalistische Haltung des Staates wird von den Bürgern akzeptiert.

Frau Grochowiak-Schmieding sprach die angebliche Nähe der STIKO zur Pharmaindustrie an. Das hängt der STIKO wirklich aus der Vergangenheit noch sehr stark an. Die STIKO hat sehr versucht, sich von diesem Verdacht zu befreien. Dazu hat sie ein System der Transparenz entwickelt. Jedes STIKO-Mitglied muss vor seiner Berufung sehr akribisch darlegen, welche Interessenkollisionen bei ihm vorhanden sind. Diese Befragung wird vor jeder Sitzung der Ständigen Impfkommission wiederholt. Sie können diese Selbstaussagen der STIKO-Mitglieder im Internet nachlesen: [www.stiko.de](http://www.stiko.de). Es ist nicht nur die Transparenz, sondern wenn der Anschein einer möglichen Befangenheit vorhanden ist, ist das betreffende STIKO-Mitglied für alle Abstimmungen zu dem betreffenden Impfstoff verbrannt – je nachdem, wie eng die Verbindungen waren, wie schwerwiegend der Interessenkonflikt, für drei bis zehn Jahre. Es hat in der Vergangenheit auch schon Mitglieder gegeben, die die STIKO aus solchen Gründen verlassen haben. – Eine eher dem kritisch-alternativen Bereich zuzurechnende Gruppierung, Leitlinienwatch, hat die STIKO jetzt ausdrücklich gelobt wegen der deutlich besser gewordenen Transparenz und der Vorgehensweise.

Unabhängiges Institut: Dazu habe ich jetzt keine Meinung. Die Bundesregierung bedient sich in ganz vielen Fällen ad personam berufener Expertenkommissionen. Da sind mehrere beim Robert Koch-Institut angesiedelt, und das hat sicher auch seine Vorteile. – Danke.

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Schönen Dank, Herr Dr. Leidel. – Herr Dr. Windhorst ist speziell zum § 20 SGB V angesprochen worden, wenn ich das richtig notiert habe. – Herr Dr. Windhorst, bitte.

**Dr. Theodor Windhorst (Ärztchammer Westfalen-Lippe):** Da war noch ganz viel, Frau Lück hat auch noch etwas gefragt. – Ich bin so ein bisschen verwirrt, wir verlieren uns in einer analytischen Ebene, die ja ganz wichtig ist. Wir wissen jetzt, woher das kommt, welche Berufsgruppen, welche Religionsgruppen, und wo überall die Ursachen liegen und die Schuld und die Schwierigkeit des ganzen Systems und des Lebens überhaupt. Dass es eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, bestimmte Dinge anzugehen, halte ich auch für ganz wichtig.

Herr Sommer fragt nach Stimmungen. – Ich bin eigentlich hierhergekommen, weil der Antrag „Impfen schützt“ sehr wichtig ist. Diesem Antrag sollte man ohne Wenn und Aber folgen. Das heißt, dass wir uns hier zusammensetzen und darüber sprechen, wie wir das verbessern können, wie wir die gesamte Stimmung verbessern können, positiv zu den Impfungen zu stehen, egal welche Berufsgruppen und welche Beteiligten in der Gesellschaft da sind.

Frau Lück hat noch einmal die Hebammen und die Ärzte angesprochen. Ich habe beide als Beispiel genommen, ohne die anderen immer alle wieder aufzuzählen. Die Hebammen sind zum Teil länger im System und im Dienst, die haben natürlich vor 15 Jahren ganz andere Erfahrungen zu Nebenwirkungen und dem, was Impfen anbetrifft, mitbekommen, als es jetzt ist. Wir haben gehört, dass wir einen absolut super Entwicklungs-, Forschungsbereich Impfen haben, was die Trägerstoffe anbetrifft, vom Beispiel Quecksilber bis hin zu der Situation, dass wir Lebend- und Totimpfstoffe ...

Was ist? Sie schütteln den Kopf.

(Torsten Sommer [PIRATEN]: Nein, es ging nicht darum!)

Ich habe jetzt ein schlechtes Gewissen bekommen, also wegen Quecksilber und all den Dingen.

(Torsten Sommer [PIRATEN]: Nein, nein! Alles gut!)

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Er schüttelt eben seinen Kopf.

**Dr. Theodor Windhorst (Ärztchammer Westfalen-Lippe):** Er hat dabei in meine Richtung geschaut. Nein?

Ich will nur sagen: Wir sind auf der sicheren Seite. Wir nehmen ja wohl an, dass das Robert Koch-Institut als solches, die STIKO und das Paul-Ehrlich-Institut wirklich Institute sind, die wir als wissenschaftlich wahrnehmen können und deren Ergebnisse wir

akzeptieren und einbauen können, und dass wir auf dem richtigen Weg sind, wenn wir Impfen als einen wichtigen Präventionsschutz sehen. – Sie hatten noch einmal das Präventionsgesetz aufgegriffen.

Ich komme mir so vor wie im Sommer, da hatten wir 13 Mal das Thema Optimierung des Infektionsschutzes in NRW, eine Sitzung, an der Köln auch beteiligt war – Frau Bunte, Sie waren da auch stark beteiligt. Dann hatten wir eine Landesgesundheitskonferenz, die nur das Impfen zum Thema hatte, auf der wir alles wirklich kleinteilig, sehr strukturiert und analytisch dargestellt haben. Nur sind all die Regelungen, die wir gemeint haben, auf den Weg gebracht zu haben, noch nicht so richtig übergekommen. Deswegen finde ich es wichtig, dass hier das Gremium und die Landesregierung versuchen, daraus vielleicht einen Leuchtturm zu machen und diesen Leuchtturm in der Politik voranzubringen, damit all die Gruppen, die wir jetzt in der Analyse als ein bisschen wackelig gesehen haben, dann vielleicht auch ihre Pflicht wahrnehmen.

Noch einmal zu den Ärzten: Wir werden dieses Thema in der Akademie für Fortbildung über die STIKO und das Paul-Ehrlich-Institut nicht nur ganz klar fördern, sondern auch fordern, dass dementsprechend eine stärkere Einbindung ärztlicher Aktivitäten erfolgt, um uns um all das zu kümmern, was wir immer wieder beweinen – Leuchtturm, Ministerium MGEPA, Aufklärung, Information –, weil es vielleicht noch nicht bis in die letzte Ecke gekommen ist, ob das nun die intelligente Ebene ist von Lehrern und Schülern oder sonst wie. Wir, die wir uns dazu entschlossen haben, müssen uns darum kümmern, darüber zu informieren, dass die Nebenwirkungen in der Impfdiskussion wirklich nebensächlich geworden sind und die Hauptwirkungen von Impfungen ein ganz wichtiger Teil unserer – auch finanzierbaren – Gesundheitspolitik der Zukunft geworden sind. Wenn Sie einen Impfschaden – Masern – nehmen mit einer Enzephalitis usw., das ist wahnsinnig, es ist eine menschliche wie auch finanzielle Katastrophe.

Jetzt müssen wir sehen, wie wir auf dem alltäglichen Weg weiterkommen können. Wir werden versuchen, die Hebammen genauso wie NäPa, die nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen, in dem ganzen System mitzunehmen. In § 20i SGB V sind schon Instrumente. Herr Dr. Rieke hat es immer wieder gesagt, und ich muss es in dieser Situation noch einmal sagen: Wir brauchen ein vernünftiges, bezahlbares System, in dem die Impfungen an den Mann gebracht werden können, ohne dass Tricks in der Abrechnung gemacht werden müssen nach dem Motto: Wenn Sie jetzt im Urlaub sind und lange nicht in die Praxis kommen, dann können wir bitte noch einmal impfen. Dann taktieren wir mit den Daten und so weiter und so fort.

Auch die Negativimpfung, das heißt also nur die Kontrolle des Impfausweises, ist für mich eine wichtige Sache. Ob wir das später in die eGK bekommen oder nicht, das ist noch so weit weg. Darauf möchte ich nicht lange warten. Das wäre natürlich eine interessante Sache. Nur dann müssen wir wiederum darüber diskutieren: Wer kann die Impfungen eingeben, wer kann sie löschen, wer kann sie in irgendeiner Form im Auffrischungsbereich versorgen? Das sind alles Dinge, mit denen wir uns jetzt im ersten Schritt nicht belasten sollten.

Wichtig sind eine Kampagne und Bonussysteme. Die ganzen Sachen mit Auspeitschen, Pranger, kein Geld geben und hungern lassen, bis sie zur Impfung schleichen, und so weiter – das ist Blödsinn! Wir können meiner Meinung nach nur eines schaffen,

nämlich zum Beispiel zu sagen, bei den Kitagebühren gibt es einen Bonus, wenn der Impfausweis komplett ist oder wenn die Impfungen klar sind oder etwas Ähnliches. Ich finde, wir sollten uns wirklich daran messen lassen, wie wir unsere Systeme mit Boni unterlegen, und wir sollten neben der Aufklärung auch in dem finanzierbaren Teil etwas stabilere Verhältnisse finden. Finnland in allen Ehren – das sollten wir auf einem anderen Weg lösen.

Die gesellschaftliche Akzeptanz beim Rauchen, das ist ja fast eine klare Situation gewesen: Ihr müsst jetzt alle vor die Tür, wenn ihr raucht. – Wenn ihr in der Kita seid, müsst ihr jetzt nicht alle nur draußen spielen, das wäre ein bisschen schwierig mit den Kleinen. Ich denke aber, es muss wie beim Rauchen ein Ruck durch die Gesellschaft gehen. Da muss das Ministerium in der Stimmungsmache vorangehen, so wie Sie es gesagt haben: Es ist eine ganz klare Sache und Aufgabe. Genauso wie wir zum Tanken fahren, damit das Auto fährt, müssen wir impfen, damit es in der Gesellschaft in den Institutionen akzeptiert wird. Das geht gar nicht anders. Darauf müssen wir immer wieder hinarbeiten. – Gurtpflicht! Wir haben die Gurtpflicht mit der Diskussion: Wir müssen den Menschen vor sich selbst schützen. In seiner freiheitlichen Denke hat er noch nicht kapiert, dass der Gurt eine gute Sache ist. – Wir haben die Reduktion der Unfallzahlen bekommen. Deswegen ist es jetzt nicht wichtig, dass wir die Gurtpflicht mit Geldstrafen belegen. Es ist aber wichtig, dass wir die Impfpflicht nicht kontraproduktiv, sondern mit dem Benefit des Erfolges angehen, auch bei den Älteren – es geht nicht nur um Kinder –, wenn wir die Pneumokokkendiskussion hören und was das an Impfebene nach sich zieht.

§ 20i komplett umsetzen – da gehören die Kassen dazu. Wir müssen die Kassen einmal richtig in die Verantwortung nehmen, damit sie auch ein Anreizsystem sehen, sich um diese Dinge zu kümmern. – Wir müssen auch noch einmal auf die Industrie schauen. Diese Kombiimpfstoffe, die Fünfer und die Vierer, sind zum Teil nicht erhältlich. Wenn man angefangen hat zu impfen und dann die Termine der Impfwilligen auf schieben muss, weil der Impfstoff nicht vorrätig ist, ist das eine Katastrophe für die Kontinuität in der Impfung und in der Impfgläubigkeit. Denn wenn wir nicht nachweisen können, dass die Impfungen wichtig sind, können die Impfungen nur gemacht werden, wenn sie auch kommen.

Ich habe eine große Bitte an alle, die hier gewesen sind und mit uns diskutiert haben – ich will das gar nicht zum Abschluss bringen, das ist nicht mein Job, das müssen Sie machen, ich will aber wirklich gern sagen: Lassen Sie uns an dem Strang ziehen, und zwar in eine Richtung und nicht in mehrere Richtungen, dass uns Impfen nach wie vor in unserer Längerlebigkeit und unserem Gesundheitssystem vorangebracht hat. Das sollte möglicherweise für Sie, die Sie die Verantwortung tragen in der Politik, ein Maßstab sein, das weiter mit voranzutreiben. – Jetzt gehe ich nach Hause, es ist 12 Uhr.

(Heiterkeit)

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Danke schön, Herr Dr. Windhorst, für dieses fast Schlusswort. – Herr Dr. Janssen, gibt es aus Ihrer Sicht vonseiten der Ärztekammer Düsseldorf noch etwas hinzuzufügen?

(Ulrich Alda [FDP]: Mit Sicherheit!)

**Dr. Alfred Janssen (Ärzttekammer Nordrhein):** Ich glaube, zu dem Schlusswort brauche ich nichts hinzuzufügen. – Vielleicht noch eine kleine Ergänzung auf die Frage von Frau Lück: Was machen die Ärztekammern bislang, um ihre Mitglieder zu informieren? Es wird schon einiges von uns aus aktiv betrieben. Wir machen regelmäßige Veranstaltungen für unsere Mitglieder, bei denen es um Infektionskrankheiten und in dem Zusammenhang auch um Impfschutz geht. Wir machen Veröffentlichungen in den Ärzteblättern in Westfalen und im Rheinland, durch die den Mitgliedern regelmäßig infektiologische Themen und auch Impft Themen in gut verdaulicher, kurzer Form für die Praxis nahegebracht werden. Wir bemühen uns also, das Thema unter den Mitgliedern in der Diskussion zu halten und sie mit unabhängigen, wissenschaftlich fundierten Informationen auf dem neuesten Stand zu halten.

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Danke, Herr Dr. Janssen. – Ich sehe keine weiteren Wortmeldungen. Doch! – Herr Ünal.

**Arif Ünal (GRÜNE):** Eine Frage ist nicht beantwortet: Rahmenvereinbarung auf der Landesebene, warum ist das immer noch nicht abgeschlossen? Woran liegt das? – Die Frage ist nicht beantwortet.

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** An wen geht die Frage?

**Arif Ünal (GRÜNE):** Ich glaube, daran waren die Ärztekammern beteiligt. Wir hatten ja eine Anhörung über Masern gehabt. Damals hatte die Ministerin gesagt, dass sie dazu aufgefordert habe, diese Rahmenvereinbarung auf Landesebene zu unterschreiben. Dann kamen die Betroffenen zusammen, und bis jetzt habe ich keine Meldung darüber, dass sie diese Gespräche abgeschlossen haben. Deswegen war meine Nachfrage: Woran liegt das?

**Dr. Theodor Windhorst (Ärzttekammer Westfalen-Lippe):** Soll ich etwas dazu sagen? Ich kann nur einen Satz dazu sagen oder zwei, zweieinhalb. – Eigentlich wäre es ganz schön, wenn wir das so abgeschlossen hätten. Es gab also Aktivitäten. Ich habe hier auch ein Gesprächsprotokoll von Mitte dieses Jahres – mit dem Ministerium, in der Nachfolge von Frau Prof. Prütting, die noch da war und das zum Abschluss noch mit geregelt hat. Das war nicht ganz so positiv, wie sich die Ärzte – vor allen Dingen Frau Dr. Anne Bunte aus dem Gesundheitsamt Köln – das vorgestellt haben. Es lohnt nicht, das jetzt hier vorzulegen. Wir sind vielleicht noch in der Diskussion, wie wir das am besten vorantreiben. Es gab eine Erklärung von Herrn Dr. Stollmann, der sich noch nicht äußern wollte. Er wollte eine Stellungnahme erarbeiten, ein Papier darüber, wo aus Sicht des MGPA's Konsens und Dissens sind. Dann kommen wir da auch weiter. – Ich kann Ihnen das gern geben, wenn Sie wollen.

**Amt. Vorsitzender Norbert Post:** Herr Dr. Windhorst, vielleicht stellen Sie es zur Verfügung, dann können wir es allen Mitgliedern des Ausschusses zur Verfügung stellen, dann brauchen wir nicht bilateral zu arbeiten.

Wir sollten die Diskussion vielleicht mit der Aufforderung zu Ende führen, dass die Vereinbarung ansteht, dass endlich zu Ende verhandelt wird und wir zu einer vernünftigen Lösung kommen.

Ich darf mich bei allen Sachverständigen herzlich bedanken für die schriftlichen Stellungnahmen, die wir natürlich in die Überlegungen mit einfließen lassen. Ich wünsche Ihnen eine gute Heimfahrt.

Ich darf mich bei meinen Kolleginnen und Kollegen bedanken und weise darauf hin, dass Sie heute Nachmittag noch einmal das Glück haben, zur Ausschusssitzung zu kommen: um 15:30 Uhr in E3D01.

Ich schließe die Sitzung. – Schönen Dank. Auf Wiedersehen.

gez. Norbert Post  
Vorsitzender

### Anlage

17.10.2016/25.10.2016

160

Stand: 05. September 2016

Anhörung  
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales  
am Mittwoch, 7. September 2016, 10.00 Uhr, Plenarsaal

Thema: "**Impfen schützt - Strategien zur Verbesserung des Impfschutzes in NRW**"

Antrag der Fraktion der FDP, Drucksache 16/12111

## Tableau

<b>eingeladen</b>	<b>Redner/in</b> Weitere Teilnehmer/-innen	<b>Stellungnahme</b>
Ärzttekammer Nordrhein Düsseldorf	<b>Dr. Alfred Janssen</b>	<b>16/4118</b>
Ärzttekammer Westfalen-Lippe Körperschaft des öffentlichen Rechts Münster/Westfalen	<b>Dr. Theodor Windhorst</b>	<b>16/4098</b>
Herrn Dr. Jan Leidel Köln	<b>Dr. Jan Leidel</b>	<b>16/4105</b>
Herrn Dr. Burkhard Rieke Tropen- und Reisemediziner Düsseldorf Düsseldorf	<b>Dr. Burkhard Rieke</b>	<b>16/4059</b>
vfa bio Herrn Dr. Frank Matthias Rentschler Biotechnologie GmbH Berlin	<i>keine Teilnahme</i>	---
Landeszentrum Gesundheit Nordrhein- Westfalen (LZG.NRW) Bielefeld	<b>Dr. Sebastian Thole</b>	---
Herrn Prof. Dr. Jörg Dötsch Klinik und Poliklinik für Kinder- und Ju- gendmedizin Uniklinik Köln Köln	<b>Prof. Dr. Jörg Dötsch</b>	<b>16/4018</b>

\* \* \*