

Impfungen von Kindern und Jugendlichen auch gegen den Elternwillen?

Ein Diskussionsbeitrag zu ärztlichen Aufgaben und rechtlichen Rahmenbedingungen

Letale Verläufe von impfpräventablen Erkrankungen (so z. B. der Bericht über ein 12-jähriges Mädchen mit einer Diphtherie) sind, da das Leid und der Tod des Kindes mit einfachen Mitteln zu verhindern gewesen wäre, besonders tragisch [1]. Glücklicherweise sind sie aktuell in der Bundesrepublik Deutschland eine Rarität. In den Jahren 1998 und 1999 wurde jeweils nur eine klinische Diphtherie-Erkrankung gemeldet; und der letzte Sterbefall datiert aus dem Jahr 1997 (1995 waren es 2 tödlich verlaufene Erkrankungsfälle) [2]. Der Tetanus ist in Deutschland aufgrund guter Durchimpfungsraten zumindest bei Kindern und jungen Erwachsenen selten geworden. Betroffenen waren in den letzten Jahren 10–15 Menschen pro Jahr, überwiegend ältere, nicht mehr geschützte Personen. Trotz intensivmedizinischer Behandlung beträgt die Letalität bis zu 25% [3]. Unbekannt ist die Zahl der Kinder, die z. B. schwere Haemophilus-influenzae-Typ-b- (Hib-)Infektionen erlitten haben, weil Ärzte diese Impfung für überflüssig hielten. Anders gelagert ist das Problem im Rahmen der Frage, was zu tun ist, wenn in einer einem Kindergarten benachbarten Arztpraxis immer wieder Kinder mit blutenden, erdverschmutzten Wunden vorgestellt werden und die Mutter zweier Kindergartenkinder auch Schutzimpfungen gegen Tetanus ablehnt.

Ein Ereignis mit ganz eigener Dynamik war der Masernausbruch in Coburg, bei dem von Ende 2001 bis zur 16. Woche 2002 fast 1.200 Personen erkrankten und 43 Personen mit Komplikationen stationär eingewiesen werden mussten [4].

Nach Empfehlung einer Riegelungsimpfung für die Bevölkerung und Ärzte setzte regelrecht ein „Run“ auf die Arztpraxen ein, durch die dann „nachgeholt“ Masernimpfungen kam die Epidemie schnell zum Erliegen.

In Großbritannien fiel die Impfrate gegen Pertussis in den 1970er-Jahren wegen des vermuteten Zusammenhangs zwischen Impfung und dem Auftreten von Enzephalopathien von 79 auf 31%. Dies führte in den nachfolgenden Jahren zu einem Anstieg der Erkrankungen, etwa 5000 Krankenhausaufnahmen und 28 dokumentierten Todesfällen [5].

Bewusst wurden hier Beispiele ausgewählt, die unterschiedliche Facetten der Gesamtproblematik beleuchten. Diphtherie und Tetanus sind Krankheitsbilder, die durch die stärksten bakteriellen Toxine, die wir kennen, ausgelöst werden. Ist die elterliche Entscheidung, Kindern diese empfohlenen Impfungen vorzuenthalten, ethisch vertretbar? Oder: Handeln Ärzte unethisch, wenn sie nicht ausdrücklich zu allen von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Impfungen raten? Wie weit gehen Pflichten der Ärzte, auf die Durchführung von Impfungen zu dringen, auch wenn die Patienten Impfskeptiker oder -gegner sind?

Kernfragen für die zu führende Diskussion dürften sein,

- ob die Durchsetzung des Rechts von Kindern auf Schutzimpfungen einem anerkannten moralischen Prinzip folgt (ethische Frage),

- inwieweit ein solches Prinzip durch (Rechts-)Normen beschrieben ist und
- ob ein solches Recht als Anspruch auch durchgesetzt werden kann oder gar durchgesetzt werden sollte.

Themen der Medizinethik in der Kinderheilkunde

Bei einem kleinen historischen Rückblick zu Ethikkommissionen und -räten stößt man auf Gremien, die in den 60er- und 70er-Jahren des vorigen Jahrhunderts über den Zugang zur Hämodialyse zu entscheiden hatten. In den frühen 80er-Jahren dann wurden an den Universitäten Ethikkommissionen etabliert und schließlich in den Hochschulgesetzen der Länder rechtlich verankert, die u. a. über die Zulässigkeit von klinischen Studien zu befinden haben. Seit 2001 wird die Bundesregierung durch den Nationalen Ethikrat beraten, dessen Stellungnahmen bisher die zum Import menschlicher embryonaler Stammzellen (Dezember 2001), die zur genetischen Diagnostik vor und während der Schwangerschaft (Januar 2003) und die zu Biobanken für die Forschung (März 2004) sind [6].

Die Autoren legen Wert auf die Feststellung, dass hier nicht der Anspruch erhoben wird, die Thematik werde erschöpfend oder gar abschließend bewertet. Aufgabe der Veröffentlichung ist vielmehr, Diskussionspartnern Basisinformationen zum Problem zu liefern und durch Darlegung der eigenen Position Zustimmung zu erzeugen oder dazu anzuregen, ablehnende bzw. abweichende Positionen zu formulieren

In der Kinderheilkunde waren und sind es Themen in der Neonatologie und Onkologie, die die Debatte zur Medizinethik belebt haben. Zuletzt haben sich im Dezemberheft 2003 in der Monatsschrift für Kinderheilkunde und Jugendmedizin mehrere Autoren zum Thema geäußert. Wie unterschiedlich die Herangehensweise sein kann, zeigt z. B. der Beitrag von D. Niethammer: „Würdevolles und schmerzfreies Sterben von Kindern und Jugendlichen mit Malignomen“. Es sind die persönlichen Erfahrungen und Antworten des Autors „zur Wahrheitspflicht gegenüber Kindern“, die den Beitrag prägen [7]. V. von Loewenich diskutiert „Ethische Probleme bei Frühgeborenen“. Dabei stehen in dem Beitrag Rechtsfragen und umstrittene Thesen zur Medizinethik, also eher geisteswissenschaftliche Themen im Vordergrund [8].

Ethische Fragen zu Schutzimpfungen sind in der internationalen Literatur immer wieder [9] und zuletzt im Frühjahr 2004 in der Zeitschrift „Vaccine“ diskutiert worden. Das Editorial und 7 Originalbeiträge befassen sich mit der Sicherheit (Safety) von Impfstoffen. Eine Veröffentlichung trägt den Titel: „Ethical aspects of the methods used to evaluate the safety of vaccines“ [10].

Eines wird anhand der kurzen Hinweise deutlich: Es bedarf einer breiten Debatte bzw. Entscheidungsfindung auf ethischer Grundlage, wo es um lebenswichtige Entscheidungen für einzelne Patienten (Zugang zu Dialyse), die Weiterentwicklung medizinischer Forschung (Gentherapie) und den Schutz menschlichen Lebens im Rahmen neuer Therapien oder in medizinischen Grenzbereichen (Transplantationen, Embryonenschutz) geht. Ob der erwähnten „großen Themen“ darf aber nicht übersehen werden, dass es gerade im ärztlichen Alltag – das zeigen die Beispiele in der Einleitung – gleichfalls um weit reichende Entscheidungen zum Schutz einzelner Patienten im Sinne notwendiger u. U. lebensrettender Präventionsmaßnahmen (öffentlich empfohlene Schutzimpfungen) geht.

Bei den vielschichtigen Fallbeispielen

- können es die Sorgeberechtigten sein, die bei einer Ablehnung aller oder einiger Schutzimpfungen bleiben, obwohl

(Kinder-)Ärzte wiederholt das Thema ansprechen,

- gibt es Eltern, die bereit sind, nur gegen (ihrer Meinung nach) lebensbedrohliche Erkrankungen (Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis) impfen zu lassen,
- sind auch Ärzte der Auffassung, dass alle oder zumindest einige Impfungen überflüssig sind, und raten davon ab,
- sind Situationen denkbar, wo tragische oder besondere epidemiologische Ereignisse im Umfeld der Familie ein Umdenken bzgl. der Ablehnung bewirken, und
- kommt es vor, dass die ärztliche Überzeugungskraft allein ausreicht, die von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen durchführen zu lassen.

Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus und Poliomyelitis (ein von Impfskeptikern manchmal befürwortetes Minimalprogramm) sind dann ein Pyrrhussieg, wenn das Kind im Säuglingsalter dramatisch an einer Pertussis oder als Kleinkind an einer invasiven Hib-Infektion erkrankt, sich also ein schwerwiegendes, seltenes Ereignis verwirklicht, dem durch eine Schutzimpfung wirkungsvoll hätte begegnet werden können.

Führt man dazu Gespräche mit Kinderärzten, zeigen sich diese doch häufig ratlos bis unentschieden, wie mit dem Problem von impfskeptischen Eltern und ungeschützten Kindern umzugehen sei. Gängige Auffassung und kinderärztlicher Verhaltenskodex gehen von der festen Überzeugung aus, dass auch die Kinder dieser ablehnenden Eltern weiter betreut werden sollten (bis diese von sich aus den Arzt wechseln). Aber auch alternative Ansichten wie das vermittelnde Angebot, „eine zweite Meinung einzuholen“, bis hin zu der Aufforderung, einen anderen Arzt aufzusuchen, da das Vertrauensverhältnis Arzt-Patient keine Einbahnstraße ist, werden vertreten. Als Folge davon gehen impfskeptische Eltern in ärztliche Behandlungen, wo Schutzimpfungen kein Thema sind, und können auch während der weiteren Entwicklung ihrer Kinder der Diskussion zur Bedeutsamkeit von Schutzimpfungen aus dem Weg gehen.

Für die Lösung des beschriebenen Konflikts drängt sich die Frage auf, in-

wieweit „sich Kinderärzte aus ethischen Gründen verpflichtet fühlen (müssen), neben der medizinischen Behandlung auch für die Rechte der Kinder zu kämpfen und für ihre Zukunft zu sorgen. Von manchen wird der Anspruch der Kinderärzte, Anwalt der Kinder zu sein, als unrealistisch angesehen. ... Im Interesse des Kindes sind Ärzte (aber) verpflichtet, die Funktion des Anwaltes wahrzunehmen.“ [11] Es ist ein sehr erfahrener Kinderarzt, der diese Forderung aufstellt, und sie ist die Weichenstellung innerhalb einer Empfehlung, wie im Interesse von Kindern gehandelt werden kann, wenn die Eltern wichtige Schutzimpfungen ablehnen.

Während der Ausgang der ethisch-moralischen Debatte zum beschriebenen Konflikt durchaus offen ist, muss auf der Suche nach Lösungen die Frage gestellt werden, ob internationales oder nationales Recht Regelungen enthält, in dem

- Kinderrechte,
- Rechte und Pflichten der Sorgeberechtigten (Eltern),
- Aufgaben der betreuenden Ärzte,
- die Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes (der Exekutive), seine Kompetenzen und
- Ansprüche der Genannten untereinander hinreichend beschrieben werden.

Die UN-Kinderrechtskonvention

Die sicherlich bekannteste Fundstelle zur Thematik, die UN-Kinderrechtskonvention, enthält unter Artikel 24 folgenden Hinweis: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit an. Die Vertragsstaaten bemühen sich sicherzustellen, dass keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird“ [12].

Dieses Ziel wurde auf der UN-Sondertagung für Kinder vom 8.–10. Mai 2002 in New York folgendermaßen konkretisiert: „Jedes Kind hat das Recht auf Impfung gegen verhütbare Krankheiten. Die Routineimpfung von Kindern ist notwendig, um

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2004 · 47:1230–1238
DOI 10.1007/s00103-004-0941-1
© Springer Medizin Verlag 2004

A. Nassauer · C. Meyer

Impfungen von Kindern und Jugendlichen auch gegen den Elternwillen?. Ein Diskussionsbeitrag zu ärztlichen Aufgaben und rechtlichen Rahmenbedingungen

Zusammenfassung

Berichte über Todesfälle oder bleibende Gesundheitsschäden nach impfpräventablen Erkrankungen sind in Deutschland ob der in Teilen doch zufrieden stellenden Durchimpfungsraten eine Seltenheit. Das Grundgesetz garantiert den Eltern das weitgehende, von staatlichen Einflüssen ausgenommene Recht, für das Wohl der Kinder zu sorgen. Der Staat hat im Rahmen seines „Wächteramtes“ bei der Ausgestaltung dieses Rechtes lediglich eine koordinierende Funktion. Dies führt zur Frage, ob Kinder ein eigenes, ethisch und/oder gesetzlich begründetes Recht auf Schutzimpfungen haben. Ein solches lässt sich aus der UN-Kinderrechtskonvention, dem individuellen Recht auf Gesundheit und der Tatsache ableiten, dass Kinder und Jugendliche jeden Alters Träger dieser Grundrechte sind und sie bei der erforderlichen Einsichtsfähigkeit und Reife auch selbst wahrnehmen können. Regelungen zu Schutzimpfungen im Infektionsschutzgesetz (IfSG) nehmen Gesundheitsämter bzgl. der Information der Öffentlichkeit besonders in die Pflicht. Nur nach ihren individuellen Bedürfnissen entsprechend aufgeklärte Eltern sind in der Lage, sich bewusst für oder gegen Schutzimpfungen zu entscheiden. Aufgrund ihrer Garan-

tenstellung obliegt aber auch impfenden Ärzten eine umfassende Hinweispflicht zu den genannten Präventionsmaßnahmen. Nach der epidemiologischen Situation fällt es schwer, Schutzimpfungen als dringliche medizinische Maßnahme zu begründen und bei einer entsprechenden Weigerung durch Eltern oder andere Sorgeberechtigte Ärzten aufzuerlegen, in solchen Fällen Jugendämter oder Familiengerichte einzuschalten, damit diese ggf. die Einwilligung zur Impfung erteilen. Die Postulierung einer solchen Pflicht wäre einem vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnis derart abträglich, dass sie aus ethischen Gründen nicht ernsthaft gefordert werden kann. Gemäß § 20 Abs. 6 und 7 IfSG können Schutzimpfungen durch Rechtsverordnung angeordnet werden. Diese Möglichkeit sollte für die Fälle bedacht und erneut diskutiert werden, in denen Kinder Gemeinschaftseinrichtungen besuchen und die individuelle Freiheit (auch als Freiheit der Eltern) gegenüber der Sozialbindung von Grundrechten zurücktreten muss.

das Recht der Kinder auf Gesundheit zu gewährleisten“ [13, 14]. Auch hat sich die Tagung angesichts unterschiedlicher Versorgungsmöglichkeiten in einzelnen Ländern im „Expanded Program on Immunization“ (EPI) auf einen (Basis-)Katalog elementar wichtiger Schutzimpfungen gegen folgende Erkrankungen geeinigt: Diphtherie, Pertussis, Tetanus (vor allen Dingen zur Verhinderung von Neugeborenen-Tetanus), Poliomyelitis und Masern. Auch wenn die Mitteilungen zur genannten Tagung sicherlich keine die Nationalstaaten bindenden Aussagen zum Recht auf Schutzimpfungen darstellen, geben sie jedenfalls den Konsens der Tagungsteilnehmer zu einer Konkretisierung der Kinderrechtskonvention wieder.

Schutzimpfungen als Teil des Rechts auf Gesundheit

Eine Verbindlichkeit von Rechten und Ansprüchen wird in der Regel erst durch eigene, nationalstaatliche Regelungen (unmittelbar geltendes Recht) erzeugt. Allerdings ist die These vom individuellen Recht auf Gesundheit, das nach der Kinderrechtskonvention und ihrer Zusatzprotokolle auch Schutzimpfungen beinhaltet, verfassungsrechtlich eher ein Auftrag als ein rechtlich garantierter Anspruch.

Im Rahmen der schmerzlichen, aber notwendigen Debatte um die Bezahlbarkeit der Gesundheitsversorgung (und Einhaltung des Generationenvertrages) ist es der Auftrag der Medizin zu beschreiben, welche Leistungen notwendig, wünschenswert, hilfreich oder überflüssig sind. Das Ziel der Medizin ist nicht nur, Krankheiten zu heilen und Schmerzen zu lindern, sondern auch, dem Menschen eine gesundheitlich zumindest „kontinuierliche Lebensführung“ zu ermöglichen und eine selbst bestimmte Lebensgestaltung zu eröffnen. Erleichtert wird dieses Ziel durch die Inanspruchnahme medizinischer Vorsorgeleistungen, die durch Ärzte erbracht werden und eine zukünftige medizinische Grundversorgung erübrigen. Sie ist teils notwendig, teils erwünscht, teils hilfreich. Die Palette reicht von der notwendigen Aufgabe der Impfung bis zur hilfreichen Aufgabe der Aufklärung und Beratung in den Lebensge-

wohnheiten der Ernährung, der Bewegung und des Arbeitslebens.¹

Diese Bewertung ist einem Beitrag des Verfassungsrechtlers P. Kirchhof [15] entnommen, dessen Auffassungen in der Debatte um Kosten im Gesundheitswesen meinungsbildend sind: Für ihn sind Schutzimpfungen – dies ist an dieser Stelle ausdrücklich festzuhalten – im Sinne der dargestellten Hierarchie notwendige Leistungen im Gesundheitswesen, die nicht zur Disposition stehen und deren Umsetzung deshalb ein verpflichtendes Gesundheitsziel sein muss.

Elternrechte – Kinderrechte

Kinder sind uneingeschränkt Träger derjenigen Grundrechte, die allein an die menschliche Existenz anknüpfen und haben damit u. a. gem. Art. 2 Abs. 2 GG das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, dessen elementarer Bestandteil nach der UN-Kinderrechtskonvention und dem Recht auf Gesundheit im verfassungsrechtlichen Sinne auch Schutzimpfungen sein sollten.

Es leuchtet ein, dass die Rechtsordnung sich nicht damit begnügen kann, das Kind zum Grundrechtsberechtigten zu erklären und damit in erster Linie vor staatlichen Eingriffen zu schützen. Die unvergleichliche Schutzbedürftigkeit des Kindes, sein Angewiesensein auf Hilfe, um zu einer selbst bestimmten urteilsfähigen Persönlichkeit zu werden, bringt es mit sich, dass auch diejenigen benannt werden, die es in diesem Prozess leiten, unterstützen und beraten. Artikel 6 Abs. 2 GG enthält ein Grundrecht der Eltern (also nicht etwa des Kindes): „Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und

die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.“ Es schützt Eltern vor staatlichen Eingriffen in Fragen der Pflege und Erziehung der Kinder. Das Elternrecht ist aber nicht nur Grundrecht sondern auch – und das ist das Ungewöhnliche für ein Grundrecht – „Grundpflicht“ [16]. Es ist ein fremdnütziges Recht, weil es im Interesse und zum Wohl des Kindes besteht, die Eltern also jedenfalls nicht primär um ihrer Selbstverwirklichung willen schützt. Allerdings ist das Elternrecht nur insoweit Pflichtposition, als es die Eltern dazu anhält, die Kinder überhaupt zu pflegen und zu erziehen. Artikel 6 Abs. 2 GG sagt aber nicht, wie sie dies tun müssen. Dem Staat ist es danach verwehrt, Pflege und Erziehung der Kinder mit dem Prädikat „gut“ oder „besser“ zu beurteilen. Aus alledem wird deutlich, dass die Eltern selbst schutz- und förderungsbedürftige Grundrechtsträger sind, die mit der Erziehung der Kinder eigene Ziele verwirklichen.

Dieser grundsätzlich primären Entscheidungszuständigkeit der Eltern steht eine nur nachrangige Gewährleistungskompetenz des Staates in Fragen des Kindeswohls gegenüber; man spricht hier auch vom „staatlichen Wächteramt“. Der Staat hat die Aufgabe, die grundrechtlichen Vorgaben auf der Ebene einfachen Rechts umzusetzen und koordiniert dabei die Belange der einzelnen Grundrechtsträger. Wenn die Eltern – aus welchen Gründen auch immer – in Schwierigkeiten geraten, muss der Staat zunächst zu unterstützenden Maßnahmen greifen. Es gilt das Prinzip des geringstmöglichen Eingriffs; Hilfe steht vor Sanktion (nur wenn dies nicht weiterhilft, darf z. B. nach Art. 6 Abs. 3 GG die familiäre Gemeinschaft aufgehoben werden). Hier gibt es oft ausgesprochen schwierige Grenzfälle, wenn die Eltern an einen nonkonformistischen Rand des Grundrechtsgebrauchs geraten, der ihnen zwar für sich selbst nicht verboten ist (z. B. alle Schutzimpfungen abzulehnen), der aber beim Kind zu bleibenden Schäden führen kann [17]. Bei einer solchen Interessenkollision zwischen dem Kind und seinen Eltern kommt den Interessen des Kindes (Erhalt der empfohlenen Schutzimp-

fungen) grundsätzlich der Vorrang zu [16].²

Gesetzliche Regelungen über Schutzimpfungen

Die erwähnte Koordination der Belange einzelner Grundrechtsträger auf der Ebene gesetzlicher Regelungen führt nahe liegend zunächst zu einer Prüfung der Vorschriften über Schutzimpfungen im IfSG, da sie bereichsspezifische Regelungen zu dieser Präventionsmaßnahme enthalten:

Die §§ 2 Nr. 9–11, 6. Abs. 1 Nr. 3, 20–21 und 60–64 im IfSG

- befassen sich mit Legaldefinitionen wichtiger Rechtsbegriffe zum Impfen,
- enthalten eine Meldepflicht zu Impfschäden,
- beschreiben eine Informationspflicht des Staates zu dieser Präventionsmaßnahme,
- treffen Aussagen zur Ständigen Impfkommision,
- zur öffentlichen Empfehlung von Schutzimpfungen,
- zur Anordnung und ggf. Kostenregelung von Schutzimpfungen,
- legen Dokumentationspflichten im Impfausweis fest und

² Eine in der Literatur und Rechtsprechung immer wieder erörterte Frage ist, ab welchem Alter Kinder und Jugendliche selbst und ohne Mitwirkung der Eltern in medizinische Behandlungen einwilligen können. Bundesärztekammer wie Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht sehen die uneingeschränkte Einwilligungsfähigkeit in der Regel mit dem 16. Lebensjahr gegeben und stellen übereinstimmend fest, dass auch schon davor Kinder mit der nötigen Einsichtsfähigkeit und Reife über ärztliche Eingriffe selbst entscheiden können [18, 19]. Im allgemeinen Teil des BGB, im Familienrecht, dem Strafrecht, dem Prozessrecht und in zahlreichen anderen Rechtsgebieten (z. B. aktives und passives Wahlrecht in den Personalvertretungen) sind auch schon Jugendliche in unterschiedlichen Altersstufen Träger von Rechten und Pflichten. Es werden hierdurch in die Bewertung zur Grundrechtsunmündigkeit Grundsätze eingebracht, die jenseits gesetzlich fixierter Altersgrenzen Jugendlichen selbstständige Entscheidungen in höchst persönlichen Bereichen garantieren sollen, ohne dass dies einen Eingriff in die elterliche Sorge darstelle [20].

¹ Hier stehen wir unmittelbar vor einem Kosten-Nutzen-Problem. Eine Untersuchung über die Prävention koronarer Herzerkrankungen durch die Einführung der Statine hat ergeben, dass etwa 35% der Bevölkerung – weitgehend altersunabhängig – therapiebedürftig sind. Würde man nur die Hälfte davon behandeln, ergäben sich bei 80 Millionen Einwohnern in Deutschland und einem Preis von lediglich einem Euro pro Patient und Tag Gesamtkosten von 5,11 Milliarden Euro pro Jahr. Diese Summe entspricht etwa dem Budget von 75% aller deutschen Universitätskliniken.

- normieren ein staatliches Entschädigungsrecht (Aufopferungsanspruch) bei Impfschäden.

Auch wenn der oben erwähnte Katalog von Vorschriften im IfSG unmittelbar keine Hinweise dazu enthält, ob für Kinder ggf. gegen den Willen ihrer Eltern ihr eigenes, gesetzlich begründetes Recht auf Schutzimpfungen auch durchgesetzt werden kann, enthält die Normierung zu dieser speziellen medizinischen (Präventions-)Maßnahme in einem Bundesgesetz dennoch die Besonderheit, dass Schutzimpfungen nicht ausschließlich eine private, individualmedizinische Maßnahme sind: Der Staat hat die Ausgestaltung einzelner Aspekte zu Schutzimpfungen gezielt zur eigenen (öffentlichen) Aufgabe erklärt (§ 20 Abs. 1 IfSG). Der beste Beleg dafür ist, dass in der Bundesrepublik Deutschland seit Jahrzehnten ein sehr umfassendes Impfschadensrecht normiert ist, was sich u. a. in der Kausalitätserleichterung zum Nachweis eines Impfschadens manifestiert [21]. Ein weiteres Indiz für das Gewicht des öffentlichen Anliegens ist auch, dass unverändert zur Rechtslage im Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG) im Falle drohender Epidemien die Anordnung von Schutzimpfungen erfolgen kann.

Schließlich ist für die hier vorgenommene Bewertung nicht minder von Bedeutung, dass die Durchführung von Schutzimpfungen für jeden Impfling auch die Einlösung der „Pflichten aus dem Sozialvertrag“ ist, da geimpfte Personen in der Regel nicht länger Glied einer Infektionskette sein können. Nur wenige Impfungen sind Maßnahmen, die ausschließlich dem Einzelnen dienen (z. B. die gegen Tetanus, FSME, Tollwut); die meisten umfassen neben dem Individualschutz auch den Schutz Dritter, vor allen Dingen für die Personen in einer Gemeinschaft, die wegen Kontraindikationen nicht geimpft werden können. Auch dies deckt sich mit dem Menschenbild des Grundgesetzes, das nicht das eines isolierten souveränen Individuums ist; die Verfassung hat vielmehr die Spannung Individuum–Gemeinschaft im Sinne der Gemeinschaftsbezogenheit und Gemeinschaftsgebundenheit der Person entschieden, ohne dabei deren Eigenwert anzutasten. Zwar sind Grundrechte in erster Linie individuelle Freiheitsgarantien und

damit Abwehrrechte gegen staatliches Handeln. Aber jeder Einzelne muss sich auch diejenigen Schranken seiner Handlungsfreiheit gefallen lassen, die der Gesetzgeber zur Pflege und Förderung des sozialen Zusammenlebens in den Grenzen des allgemeinen Zumutbaren zieht [22].

Information zu Schutzimpfungen als Einwilligungsvoraussetzung

Die Aufgaben des Staates im System der Schutzimpfungen wären nicht hinreichend gewürdigt, wenn sie lediglich als „Programm oder Anliegen“ verstanden würden. Impfende Ärzte müssen versichert sein, dass Gesundheitsämter und andere Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) Willens und in der Lage sind, impfskeptischen Eltern die erforderliche Zeit und Aufmerksamkeit zu schenken, damit sie auch dort ihre Argumente vortragen und im Gegenzug ausführlicher, als in der Sprechstunde niedergelassener Ärzte möglich, zu Schutzimpfungen informiert werden können. Freilich ist dies – entgegen einiger Stimmen aus der Ärzteschaft [23] – nicht ausschließlich Aufgabe des ÖGD.

Aufgrund der aus dem Behandlungsvertrag resultierenden Sorgfaltspflichten, Regelungen in den Berufsordnungen und dem Strafrecht sind Ärzte verpflichtet – unabhängig von der eigenen Auffassung – auf Schutzimpfungen hinzuweisen [24, 25].

Das sicherlich bekannteste Urteil dazu ist eines des OLG Hamm aus dem Jahr 1997, wonach ein Frauenarzt zur Zahlung eines Schmerzensgeldes an ein behindertes Kind verurteilt wurde, weil er die Mutter nur pauschal und nicht eindringlich genug über die Bedeutung der Röteln-Schutzimpfung aufgeklärt hatte. In der Beweiserhebung wurde eindeutig festgestellt, dass sich die Mutter in der Frühschwangerschaft mit Röteln infiziert hatte. Der Gynäkologe betreute die Patientin mindestens 6 Jahre im Rahmen mehrerer Fertilitätsbehandlungen. Sie gebar 1985 ein gesundes Kind, 5 Jahre später erlitt sie eine Fehlgeburt. 1991 kam es unter einer Hormonbehandlung zu einer erneuten Schwangerschaft, in deren Verlauf ein rötlich juckendes Exanthem auftrat. Früher vorgenommene Röteln-Antikörper-Bestimmungen waren alle negativ verlaufen. Nach Auftre-

ten des Exanthems wurde keine erneute Testung vorgenommen. Das Gericht begründete seine Verurteilung zu Schmerzensgeld in beträchtlicher Höhe damit, dass der Arzt „klar“ belegbar vor den Gefahren einer Rötelninfektion in der Schwangerschaft warnen, auf die Schutzimpfung hinweisen (notfalls hierzu ein Streitgespräch führen) und dies auch exakt hätte dokumentieren müssen [26].

Welche Impfungen zu gegebener Zeit und im Einzelnen anzusprechen sind, ergibt sich nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes aus den Empfehlungen der STIKO, die in Deutschland den medizinischen Standard darstellen [27]. Danach liegt es also nicht im Belieben des Arztes, von einigen oder allen Schutzimpfungen abzuraten [24, 25].

In der kinderärztlichen Sprechstunde sind Eltern aber nicht selten vorbelastet durch Meinungsbildung über die Medien, von Freunden und dem erweiterten Familienkreis. Sie sind in ihrer Sorge um die eigenen Kinder damit häufig nicht breiter informiert, sondern nachhaltig verunsichert. Dies gilt gerade bei jungen Eltern und dem ersten Kind. Dann hohe Anforderungen an ein Streitgespräch [26] zu stellen oder zu argumentieren, die Impfung sei aktuell besonders dringlich, ist im Ergebnis kontraproduktiv.

In der dargelegten Konfliktsituation haben Gesundheitsämter ob der gesetzlichen Informations- und Beratungspflicht (§ 20 Abs. 1 und § 3 IfSG) eine Rechtsstellung, die sich von der Garantienstellung des Hausarztes (einer Pflichtenstellung, die über die für jedermann geltende Handlungspflicht hinausgeht) [28] nicht grundsätzlich unterscheidet. Sie müssen für die skeptischen oder verunsicherten Eltern „niedrigschwellige Angebote“ zur Beratung bereithalten, auch auf die Gefahr hin, dass etliche Eltern gerade „behördlichen Empfehlungen“ gegenüber misstrauisch sind. Teil des staatlichen Wächteramtes [16] für die Eltern bei Ausübung ihres Erziehungsrechtes ist das Angebot von Hilfen und Beratung; deshalb wird sich jede Prüfung einer Erweiterung gesetzlicher Regelungen daran zu orientieren haben, ob diese Angebote für impfskeptische Eltern bis dato ausreichend waren.

Zur Dringlichkeit von Schutzimpfungen

Tatsächlich ist es der Erfolg der Schutzimpfungen, der die Gefahr birgt, dass ihre Bedeutung verkannt und vor allen Dingen bei Laien unterschätzt wird [29]. Hätten wir es mit Erkrankungszahlen aus der jeweiligen Vorimpfära zu tun [30, 31], wäre die Akzeptanz wahrscheinlich deutlich besser. Es sind die tagesaktuellen Meldungen, die Patienten in die Praxen gehen und nach Impfungen fragen lassen: Polioerkrankungen in den Niederlanden 1992/93, die Influenzaepidemie in der Saison 1995/96 oder auch der oben erwähnte Masernausbruch in Coburg, ähnliche Ereignisse in der Schweiz und Italien 2003. (Die Nachfrage nach Impfstoff in Folge der Pressemeldungen war regelmäßig so groß, dass die Produkte über Wochen ausverkauft waren.)

Auf der Suche nach höchstrichterlichen Entscheidungen und Antworten auf die Frage, welchen Aufklärungsbedarf Gerichte für Schutzimpfungen und ihre Dringlichkeit sehen, stößt man zunächst auf 2 Urteile des BGH zu Impfschäden aus den Jahren 1990 und 1994 (die erste betraf eine Enzephalopathie nach Gabe einer Pertussis-Ganzkeimvakzine und die zweite Lähmungen nach einer OPV-Kontaktpoliomyelitis). Beide Entscheidungen hatten die mangelhafte Aufklärung über einen tatsächlich eingetretenen Schaden zum Gegenstand. Diese Tatsache und das Wissen, dass etwa zwei Drittel aller Arzthaftungsprozesse auf unzureichende Aufklärung gestützt werden [32], haben juristische Sachverständige veranlasst, sich immer wieder zum Aufklärungsumfang bei Schutzimpfungen zu äußern. Da z. B. Diphtherieerkrankungen in Deutschland selten sind, vertreten etliche Autoren die Auffassung, dass Schutzimpfungen keine dringliche medizinische Maßnahme sind und deshalb eine Aufklärung bis ins letzte Detail („über jede jemals berichtete Schädigung“) geboten sei [33, 34, 35]. Folgte man dieser Auffassung ist die Ablehnung von Impfungen vorprogrammiert, und kein noch so redegewandter Arzt wäre in der Lage, diese Gratwanderung (allumfassende Aufklärung insbesondere zu Risiken und gleichzeitig Motivation zur Impfung) durchzuführen.

Die erforderliche Klarstellung ist durch den BGH selbst erfolgt [27], und neben der Beschreibung, dass über spezifische und der Impfung immanente, typische Nebenwirkungen (unabhängig von der Komplikationsdichte) aufzuklären ist, äußert sich die Entscheidung ohne jegliche Überbetonung zu Fakten, die dem Anliegen von Schutzimpfungen gerecht werden:

- Die aktuellen Empfehlungen der STIKO sind der medizinische Standard.
- Die empfohlenen Schutzimpfungen im Säuglings- und Kleinkindalter sind Routinemaßnahmen.
- Zu Nebenwirkungen und Komplikationen genügt eine Aufklärung im Großen und Ganzen.

Die Vertreter der Meinung über eine umfassende Impfaufklärung wegen geringer Dringlichkeit stützten ihre Forderung auf Zitate aus Urteilen zu chirurgischen Eingriffen [33, 34]. Für diese Maßnahmen ist die Begründung auch schlüssig. Bei Schutzimpfungen muss sie versagen, weil bei diesen Maßnahmen die Dringlichkeit (nämlich die Gabe möglichst zu dem von der STIKO empfohlenen Zeitpunkt) erst das Ziel schafft, das eigentlich beabsichtigt ist: Gesundheitsschutz zu einem möglichst frühen und damit angemessenen Zeitpunkt mit Durchimpfungsraten, die eine Eradikation von Krankheiten (und damit ein mehr an Gesundheit für alle, vor allen Dingen für die, die wegen bestehender Kontraindikationen nicht geimpft werden können) erst möglich machen. Es geht bei der vorangegangenen Darlegung nicht um die (ermüdende) Wiederholung altbekannter Positionen, sondern um die Feststellung, dass für Impfungen, was Dringlichkeit und Aufklärung betrifft, eigene, epidemiologisch und infektiologisch begründete Tatsachen berücksichtigt werden müssen. Es wäre schlicht fatal, wenn sich die durch einzelne Sachverständige immer wieder geforderten und überzogenen Anforderungen in der Rechtsprechung durchsetzen, die eher für Maßnahmen nach den NUB- (neuartige und ungewöhnliche Behandlungsmethoden) Richtlinien denn für Impfungen als medizinische Routine gelten müssen.

Regelungen im Familienrecht

H.J. Landzettel macht eine typische Konfliktsituation im pädiatrischen Alltag in der Tat an dem Beispiel fest, dass einseitig informierte Eltern eine wichtige Schutzimpfung ablehnen. „Der Arzt fühlt sich dem Wohle des Kindes und im Interesse der gewünschten Durchimpfungsrate der Gesamtbevölkerung verpflichtet, die Impfung durchzuführen, kann dies jedoch nicht ohne Einwilligung der Eltern tun. Die Situation wird noch erschwert, weil die Impfung – wenn auch nur mit einem kleinen Risiko – mit unerwünschten Nebenwirkungen belastet sein kann. Er argumentiert in der Regel damit, dass ein ungeimpftes Kind im Vergleich zur Impfung mit einem viel höheren Risiko belastet ist. Häufig setzt dann ein unwürdiger verbaler Machtkampf ein“ [11], (in dem zu guter Letzt) mit Bildern von Kindern aus der Dritten Welt versucht wird, gerade junge Eltern zu überzeugen. Es ist die oben erwähnte „unwürdige Situation“, die es zu vermeiden gilt und die Berater- und Anwaltsfunktion auf ein vertretbares Maß zu reduzieren.

Vor allen Dingen sind Ärzten keine Mittel an die Hand gegeben, ein Recht des Kindes auf Impfung selbst und unmittelbar durchzusetzen. Vielmehr erfüllte ein solches Verhalten bei fehlender Einwilligung der Eltern ohne jeden Zweifel den Tatbestand der Körperverletzung, und ein Rechtfertigungsgrund ist nicht ersichtlich.

Überlegungen, das Jugendamt als Berater in die Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Eltern mit hinzuzuziehen, haben ihre Rechtsgrundlage im Kinder- und Jugendhilferecht des SGB VIII (z. B. § 55 SGB VIII – Beistandschaft, Pflegschaft mit Verweis auf § 1909 BGB, Ergänzungspfleger). Allerdings wird sich diese Stelle auch der Hilfe des Gesundheitsamtes (als kommunale Gesundheitsfachbehörde) oder anderer ärztlicher Sachverständiger bedienen; das Amt selbst hat eher eine Mittlerfunktion.

Trotz der primär zu fordernden Beratung durch den behandelnden Arzt und den öffentlichen Gesundheitsdienst sind Situationen denkbar, wo ein schnelles Handeln im Interesse des Kindes geboten scheint. Wie ist bei Kindern zu verfahren, die nicht gegen Tetanus geimpft sind und mit blutenden und verschmutzten Wun-

den in eine Praxis kommen? Was soll geschehen, wenn in einer Kindergemeinschaftseinrichtung ein Masernausbruch begonnen hat oder Erkrankungen durch Meningokokken der Gruppe C festgestellt wurden?

Hier muss die Frage erlaubt sein, ob § 1666 Nr. 1 BGB Anwendung finden soll: „Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes ... durch missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes, durch unverschuldetes Versagen der Eltern ... gefährdet, so hat das Familiengericht, wenn die Eltern nicht gewillt oder in der Lage sind, die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßnahmen zu treffen.“

Bekannte Entscheidungen zur zitierten Vorschrift betrafen die Ersetzung des Elternwillens bei der Ablehnung einer zytostatischen Therapie zur Krebsbehandlung [18] oder auch die Gabe von Bluttransfusionen an Kinder aus Familien der Zeugen Jehovas [36].

Die Beispiele machen deutlich, dass Eingriffe in das Elternrecht stets das Gebot der Verhältnismäßigkeit beachten müssen und richterliche Anordnungen in der Vergangenheit dann erfolgten, wenn Leben und Gesundheit des Kindes unmittelbar gefährdet waren und ein anderes Mittel, das die Eltern zu einer Meinungsänderung hätte bewegen können, nicht mehr ersichtlich war [16].

Eltern, die Impfungen ablehnen, tun dies im wohlmeinenden Interesse ihres Kindes und nehmen dafür durchaus schmerzliche Kritik in Kauf. Üben sie also ihre elterliche Sorge missbräuchlich aus oder vernachlässigen sie ihre Kinder? Im Ergebnis spricht mehr dagegen als dafür, dass die beiden genannten Voraussetzungen aus § 1666 Nr. 1 BGB durch die oben angeführten Beispiele erfüllt sind. Denn es ist ungewiss, ob ein nicht gegen Diphtherie geimpftes Kind je mit dem Erreger in Kontakt kommt und erkrankt. Es lässt sich nicht sagen, ob eine Masernerkrankung mit einer Komplikation am ZNS verläuft oder sich eine subakut sklerosierende Panenzephalitis (SSPE) entwickelt. Säuglinge werden ohne Nestschutz gegen Pertussis geboren, und die Erkrankung verläuft im frühen Säuglingsalter häufig ohne Hustenattacken, aber mit Atemstillstand; trotzdem sind Prognosen zu einer Erkrankung

nicht möglich. Es gibt zahllose Verletzungen, die stark verschmutzt sind, und trotzdem kommt es nicht zu einer Tetanuserkrankung. In der Umgebung von invasiven Erkrankungen durch Pneumokokken oder Meningokokken ist ein hoher Prozentsatz der Kontaktpersonen Träger, ohne dass sie selbst erkranken. Es fällt schwer, angesichts der veröffentlichten Urteile zu § 1666 BGB, die Sachverhalte auf das Impfen im Säuglings- und Kleinkindalter zu übertragen, da sich eine erhebliche Schädigung eben nicht mit ziemlicher Sicherheit voraussagen lässt [37, 38].

In der Kommentierung von Palandt zu § 1666 BGB wird eine richterliche Anordnung von Schutzimpfungen in Betracht gezogen und als Beispiel die Durchführung vor „einer Reise in seuchengefährdete Gebiete“ genannt [39]. In einem solchen Fall ließe sich „eine unmittelbar drohende Gefahr“ (Annahme einer Schädigung mit ziemlicher Sicherheit) nachvollziehbar begründen. Deutschland aber als „seuchengefährdetes Gebiet“ zu bezeichnen, entspräche trotz mancher Ausbruchssituationen nicht der epidemiologischen Situation. Auch hat das IfSG in § 20 Abs. 6 und 7 diesen Sachverhalt geregelt und eine Verordnungsermächtigung für den Fall vorgesehen, dass sich eine Krankheit epidemisch verbreitet oder besonders schwere Verlaufsformen auftreten.

Bedarf für eine bereichsspezifische Regelung

Weder das Familienrecht des BGB noch das Kinder- und Jugendhilferecht enthalten Hinweise darauf, dass Ärzte den Rechtsweg beschreiten müssen, wenn Eltern empfohlene Schutzimpfungen verweigern. Eine solche Pflicht aus der ärztlichen Garantenstellung abzuleiten, die durchaus weitgehende Aufklärungs- und andere Sorgfaltserfordernisse zur Folge hat [40], wäre ohne das Vorliegen einer unmittelbar drohenden Gesundheitsgefahr (durch eine prinzipiell impfpräventable Erkrankung) zumindest umstritten.

Trotz aller in der Fachwelt akzeptierten Erfolge haben Impfungen in Deutschland in der Laiensphäre nicht den überragenden Stellenwert, der ihnen objektiv gebühren mag. Dass ein Arzt wegen einer verweigerten Impfung Gerichte bemühte,

bliebe im Patientenkreis selten verborgen und dürfte bzgl. des hier diskutierten Problems dort eher auf Unverständnis denn auf Zustimmung stoßen.

Dieses Dilemma (Anordnung bzw. Durchsetzung von Schutzimpfungen versus Freiwilligkeit) wird auch auf internationaler Ebene diskutiert. In mehreren Veröffentlichungen aus Australien und dem Vereinigten Königreich wird einerseits der in den USA geschaffenen Gesetzeslage (no vaccination, no school) [9, 41, 42] Respekt gezollt; eine Übernahme ins eigene nationale Recht aber abgelehnt, weil die Autoren keine spürbare Verbesserung der Impfraten, sondern vermehrt Widerstände bei einer gesetzlichen „Zwangsregelung von Schutzimpfungen“ befürchten [43, 44, 45, 46]. In allen Beiträgen werden aber ein schlüssiges Impfkonzept und Strategien für die als defizitär beschriebenen Bereiche verlangt.

In Deutschland ist die Debatte um die gesetzliche Anordnung (ob der anerkannt guten Durchimpfungsraten in der DDR aufgrund der gesetzlichen Impfpflicht) nach der Wiedervereinigung u. a. in Berlin auf Initiative des damaligen Gesundheitssenators Luther (und anderswo) auch in Parlamentsgremien geführt, aber letztlich nach Bewertung der verfassungsrechtlichen Voraussetzungen wieder beendet worden. Dass die Durchimpfungsraten in den östlichen Bundesländern nach wie vor besser sind als im Westen, wird u. a. damit begründet, dass Impfungen dort eher als Selbstverständlichkeit empfunden werden und durch die Aktivitäten des öffentlichen Gesundheitsdienstes die Angebote leichter zugänglich und breiter gefächert sind als in den alten Bundesländern.

Fazit

§ 34 Abs. 1 IfSG (Gemeinschaftseinrichtungen – Wiederzulassung nach Krankheit) nennt 20 Erkrankungen, für die ein Besuchsverbot in Kindergemeinschaftseinrichtungen besteht, weil sie unter deren Bedingungen besonders leicht übertragen werden können. Für 10 der genannten Infektionskrankheiten (Pest und Cholera werden dabei nicht mitgezählt, obwohl zumindest im Ausland Impfstoffe zugelassen sind) stehen hierzulande wirksame Impfstoffe zur Verfügung.

Im Einzelnen sind dies:

- Diphtherie,
- Haemophilus-influenzae-Typ-b-Meningitis,
- Keuchhusten,
- Masern,
- Meningokokken-Infektion (mit der bekannten Einschränkung Typ B betreffend),
- Mumps,
- Poliomyelitis,
- Typhus abdominalis,
- Virushepatitis A oder E (Letzter genannte nicht impfpräventabel),
- Windpocken.

Deshalb muss die Diskussion über die Durchführung der Impfungen neu geführt werden, da deren Schutz ja nicht nur dem Einzelnen sondern auch der Gemeinschaft dient [47, 48]. Es wird hier offen gelassen, ob letztlich eine gesetzliche Regelung Voraussetzungen schafft, die z. B. dem WHO-Ziel zur Eradikation der Masern in den nächsten Jahren zum Erfolg verhelfen könnte. Jedenfalls sind doch Zweifel angebracht, dass sich ohne eine Änderung im bisherigen Konzept eine signifikante bzw. eine spürbare Änderung erreichen ließe.

Es wird dem Gesundheitsschutz des einzelnen Kindes nicht gerecht, das Thema stets nur bis zur medizinischen Frage des Benefits von Impfungen zu diskutieren. Das Recht von Kindern auf diese weltweit akzeptierte Präventionsmaßnahme ist durch die Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen und das IfSG gut begründet. Wenn es also darum geht, im Rahmen der Garantien des Grundgesetzes in Elternrechte nur so weit einzugreifen, als es zum Schutz der Kinder für die jeweilige Situation unbedingt erforderlich ist, wäre die Impfung gegen Poliomyelitis sicherlich die am wenigsten dringliche Maßnahme, da Europa seit Jahren frei von Poliomyelitis ist und der Import des Erregers als Gefahr gerne bemüht wird, aber noch nicht einmal bei allen Szenarien zu biologischen Gefahrenlagen eine Rolle gespielt hat. Die Röteln sind in § 34 Abs. 1 IfSG als Ausschlussgrund nicht genannt, und die Bedeutung der Schutzimpfung für den Individualschutz ist (in der Gesamtbewertung) bis auf Ausnahmen eher zweiträn-

gig. Dagegen wird seitens des medizinischen Arbeitsschutzes wegen der Gesundheitsgefahren für weibliche Beschäftigte vehement für die Impfung geworben. Die Hib-Impfung ist jenseits des vierten Lebensjahres (Beginn des Kindergartenbesuches) von untergeordneter Bedeutung. Dagegen ist das Unterlassen der Tetanus-Impfung, auch wenn der Erreger nicht von Mensch zu Mensch übertragbar ist, für Kindergartenkinder mit blutenden und erdverschmutzten Wunden durch kein rationales Argument zu begründen. Die geringe Dringlichkeit einer Typhus-Schutzimpfung (als Standard für alle) bedarf hier keiner näheren Begründung. Meningokokken-C-Erkrankungen in Deutschland sind im Vergleich zu den Erkrankungen mit Typ B deutlich seltener, und die derzeit niedrige Inzidenz entspricht den niedrigen Erkrankungsraten in Ländern mit einer generellen Impfpflicht [49]. Aufgrund der Schwere der Erkrankung und der therapeutischen Möglichkeiten bei oft später Diagnose muss eine weiter gehende Impfpflicht hierzulande aber weiter diskutiert werden.

Diese Bewertung erhebt weder den Anspruch auf Vollständigkeit noch auf Allgemeingültigkeit, sie beinhaltet lediglich Anregungen, wie ein Katalog zu Schutzimpfungen für Kinder und Jugendliche fachlich neu bewertet werden kann, wenn Eltern Schutzimpfungen nicht zustimmen wollen, die Wahrung eines „elementaren Gesundheitsschutzes“ für Risikopersonen, die selbst nicht geimpft werden können sowie auch für die Beschäftigten in Gemeinschaftseinrichtungen aber geboten erscheint. Im Interessenausgleich von Kind, Eltern und Allgemeinheit sollte deshalb der Nachweis einer bestehenden Immunität gegen nachfolgend genannte Erkrankungen als Voraussetzung für den Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung obligatorisch sein oder (alternativ) mindestens Informationen über den Immunstatus zur Verfügung stehen und bei Aufnahme in den Kindergarten eindringlich die Notwendigkeit der Impfungen betont werden: Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Masern, Mumps, Röteln. Bei entsprechenden epidemiologischen Voraussetzungen und Gefährdungen sollte dies auch für Hepatitis A oder B oder Meningokokken Typ C gelten.

Beendet werden soll dieser Betrag mit einem Beispiel, das das Kardinalproblem umschreibt: Wie wird man den Rechten eines Mädchens auf Gesundheit vor dessen erstem Tag im Kindergarten gerecht, wenn seine Mutter auch nach mehrfacher, intensiver Aufklärung durch den Kinder- oder Hausarzt weiterhin alle Schutzimpfungen ablehnt? Es kann nach den dargelegten Argumenten nicht angehen, dass wir die Kinderrechtskonvention und ihre Zusatzprotokolle ratifizieren, ins nationale Rechtssystem übernehmen und damit ein Recht der Kinder auf Schutzimpfungen postulieren, es aber auf der Ebene „einfachgesetzlicher Regelungen“ an einer Ausgestaltung fehlen lassen, die eine Entscheidung im ureigensten Interesse dieses Kindes und seiner Spielkameraden ermöglichte, ohne dass Ärzte in einer nicht lösbaren Konfliktsituation allein gelassen werden. Objektiv gesehen ist die epidemiologische Situation impfpräventabler Krankheiten sicherlich nicht dramatisch, aber ohne eine Änderung der Impfstrategie mit ggf. auch notwendiger Ergänzung der materiellen Rechtslage werden wir wahrscheinlich auch in Zukunft Kinder mit unnötigen Behinderungen (infolge Infektionskrankheiten), letale Verläufe, Masernausbrüche in Schulen und die Verfehlung von WHO-Zielen zur Kenntnis nehmen müssen. Die Bemühungen auf Bundes- wie Länderebene, das Recht auf Schutzimpfungen umzusetzen, sollten in umfassende Impfstrategien und -konzepte einfließen, und die Diskussion zu ergänzenden gesetzlichen Regelungen sollte nicht von vornherein ad acta gelegt werden.

Korrespondierender Autor

Dr. A. Nassauer

Arzt für Kinderheilkunde, Fachgebiet 14, Angewandte Infektionshygiene und Krankenhaushygiene, Robert Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin
E-Mail: NassauerA@rki.de

Literatur

1. von Voss H (1998) Impfen – Recht der Kinder auf Impfschutz. *Kinderärztliche Praxis* [Sonderheft Impfen]:6–8
2. NN (2001) Ratgeber Infektionskrankheiten – Diphtherie. *Epidemiol Bull* 6
3. Stück B (2004) Tetanus. In: Suttrop N, Mielke M, Kieh W, Stück B (eds) *Infektionskrankheiten*. Georg Thieme, Stuttgart New York, S 380
4. Ludwig MS, Hautmann W (2002) Übersicht zum Masernausbruch in Coburg. *Epidemiol Bull* 19
5. Peltola H (2000) What would happen, if we stopped vaccination? *Lancet* 356 [Suppl 10]:22
6. <http://www.ethikrat.org>
7. Niethammer D (2003) Würdevolles und schmerzfreies Sterben von Kindern und Jugendlichen. *Monatsschr Kinderheilkd* 151:1270–1275
8. von Loewenich V (2003) Ethische Probleme bei Frühgeborenen. *Monatsschr Kinderheilkd* 151:1263–1269
9. Pilgrim D, Rogers A (1995) Mass childhood immunization: some ethical doubts for primary health care workers. *Nurs Ethics* 1:63–67
10. Spier RE (2004) Ethical aspects of the methods used to evaluate the safety of vaccines. *Vaccine* 22:2085–2090
11. Landzettel HJ, Landzettel M (2003) Ethik im pädiatrischen Alltag. *Monatsschr Kinderheilkd* 151:1282–1290
12. Die Kinderrechtskonvention wurde am 20. Nov. 1989 von der UN-Generalversammlung beschlossen (Resolution 44/25), am 6. März von der Bundesregierung ratifiziert und trat am 5. April 1992 in Kraft
13. <http://www.uno.de/menschen/kinder/presse/7.htm>
14. Zuvor schon: U.N. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14, 2000, Paragraph 44 (b), unter <http://www.unhcr.ch>
15. Kirchhof P (2004) Das Recht auf Gesundheit. http://www.Stimmen-der-Zeit.de/StdZ_01_04_Kirchhof.pdf
16. Jarass HD, Pieroth B (2000) Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland-Kommentar, 5. Aufl., Art. 6 RdNr. 31ff (RdNr. 37, BVerfG NJW 99:631). C.H. Beck, München
17. Kingreen T (1998) Kinderrechte im Licht des Verfassungsrechts. *Kinderärztliche Praxis* 4:212–219
18. Wiss. Beirat der Bundesärztekammer (1994) Ethische und rechtliche Probleme bei der Behandlung bösartiger Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. *Dtsch Ärztebl* 91:C 2031–2032
19. Diepold B (1995) Einsicht und Urteilsfähigkeit von Kindern. In: Dierks, Graf-Baumann, Lenard (eds) *Therapieverweigerung bei Kindern und Jugendlichen*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 39–48
20. Nassauer A (1997) Schutzimpfung Jugendlicher: Einwilligung der Eltern immer nötig? *Fortschr Med* 115:34–38
21. Bales S, Baumann HG, Schnitzler N (2003) *Infektionsschutzgesetz – Kommentar*, § 61 RdNr. 1, 2. Aufl. W. Kohlhammer Stuttgart
22. *BVerfGE* 4:7ff (15–16)
23. Kautek L (1999) Kinderärzte haften bei Impfschäden. *Kinder- und Jugendarzt* 30:270
24. Deutsch E (2003) Die Pflicht des Arztes, den Patienten auf eine Impfung hinzuweisen. *VersR* 2003:801–806
25. Deutsch E (2003) Die Pflicht des Arztes, den Patienten auf eine Impfung hinzuweisen (Kurzfassung) *Niedersächsisches Ärzteblatt* Heft 9
26. Zinke M (1997) Fehlende Röteln-Impfung. Die wahren Gründe eines Gerichtsurteils. *Kinder- und Jugendarzt* 28:1089
27. BGH Urt. vom 15.2.2000, *NJW* 2000:1784–1788
28. BGH Urt. vom 19. Apr. 2000. In: Schneider A, Bierling G (2003) *Hygiene und Recht – Entscheidungssammlung, Losblattsammlung*, Urt. Nr. 94. mhp, Wiesbaden
29. Heining U (2004) The success of immunization – shovelling its own grave? *Vaccine* 22:2071–2072
30. Chen T, DeStefano F (1998) Vaccine adverse events: causal or coincidental. *Lancet* 351:611–612
31. *Forum Praxispädiatrie* 2002, Revision 2004 unter <http://www.kinderimpfen.ch>
32. Nassauer A, Maas G (1998) Aufklärung vor Schutzimpfungen – Empfehlungen für die Praxis. *Infektionsepidemiologische Forschung* I/98 (eds Robert Koch-Institut) 1–7 mit dem Fundstellennachweis der beiden gen. BGH-Entscheidungen
33. Bütikofer J (1997) Schutzimpfungen – Aufklärung aus juristischer Sicht. *Dtsch Ärztebl* 34:A1794–1796
34. Geiss K (1997) *Arzthaftpflicht*, 2. Aufl. C.H. Beck, München
35. Dornhoff A (2004) Die Aufklärung ist das A und O – So impfen Sie Ihre Patienten rechtssicher. *Medical Tribune* 38 (16):48
36. OLG Celle *NJW* 1995:792–794
37. BGH *FamRZ* 56:350
38. OLG Celle *FamRZ* 03:1490
39. Palandt (2004) *Bürgerliches Gesetzbuch – Kurzkomentar*, RdNr. 25 zu § 1666 und RdNr 12 zu § 1626, 63. Aufl. C. H. Beck, München
40. Rieger HJ (2003) Haftung des Arztes bei Ablehnung einer Klinikeinweisung durch den Patienten. *Dtsch Med Wochenschr* 128:1311–1312
41. Hinman AR (2004) Immunization, equity, and human rights. *Am J Prev Med* 26:84–88
42. Silverman RD (2003) No more kidding around: restructuring non-medical childhood immunization exemptions to ensure public health protection. *Ann Health Law* 12:277
43. Bradley P (1999) Should childhood immunisation be compulsory? *J Med Ethics* 25:330–334
44. Griffith R (2003) Immunisation and law: compulsion or parental choice? *Nurs Stand* 18:39–41
45. Blair A, Davies E, Nebauer M et al. (1997) Why immunise. Care giver understanding of childhood immunisation. *Collegian* 4 (3):10–17
46. Skinner R, Nolan T (2001) Adolescent hepatitis B immunisation – should it be law? *Aust N Z J Public Health* 25:230–233
47. Vermeersch E (1999) Individual rights versus societal duties. *Vaccine* 17:14–17
48. Nassauer A, Mass G (1999) Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen durch Hepatitis-B-Dauerträger – Ein Beitrag zur Wahrnehmung von Grundrechten. *Bundesgesundheitsbl* 42:428–431
49. RKI (2004) Invasive Meningokokkenkrankungen im Jahr 2003. *Epidemiol Bull* 27:211–216