

# Impf-Thematik in Österreich

## Interview mit Prof. Dr. Ursula Wiedermann-Schmidt

*Das Interview mit Prof. Dr. Ursula Wiedermann-Schmidt, Leiterin des Instituts für Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin an der Medizinischen Universität Wien und Mitglied des Obersten Sanitätsrats im Bundesministerium für Gesundheit, zu Fragen der allgemein verbreiteten Impfskepsis, zu speziellen Impfprogrammen im österreichischen Gesundheitswesen, zur geplanten Einführung des elektronischen Impfpasses und zur allgemeinen Impfpflicht führten Mag. Astrid Kleber und Dr. Wilhelm Donner.*

*Redaktionelle Bearbeitung: Marion Aleiter, Bettina Figl*



**Warum polarisiert das Impfen wie kaum ein anderes medizinisches Thema? Und kann es sein, dass die Impfvorsorge von vielen nicht mehr so wichtig genommen wird, weil es effektive kurative Behandlungsmethoden gibt? Oder etwas neutraler formuliert: Ist in der Bevölkerung eine Tendenz vom prophylaktischen zum therapeutischen Impfverhalten feststellbar?**

**Wiedermann-Schmidt:** Eine Sache die wirklich paradox erscheint, weil wir wissen, dass bereits implementierte Impfprogramme hervorragend wirken, da seither impfpräventable Erkrankungen deutlich zurückgegangen sind. Gleichzeitig oder gerade deshalb haben die Impfprogramme aber zu einer höheren Skepsis bzw. zu einem Unverständnis – die Impfungen betreffend – geführt.

Wir glauben, dass diese Skepsis verschiedene Ursachen hat: Da Impfen als prophylaktisches Vorgehen Erkrankungen vorbeugen soll und somit nicht als medizinische Behandlung bzw. als Eingriff sichtbar wird, ist es im Allgemeinen unklar, ob man von diesem Eingriff profitieren wird. Im Gegensatz zur Therapie, bei der man sich im Krankheitsfall an einen Arzt wendet, gegebenenfalls ein Medikament verordnet bekommt und sich im Idealfall rasch ein Erfolg in der Behandlung einstellt, ist der Erfolg einer Impfung meist nicht auf den ersten Blick erkennbar. Erschwerend kommt hinzu, dass in der österreichischen Bevölkerung die Bewusstseinsbildung und die Bedeutung von Prophylaxe bzw. Erkrankungsvorbeugung nicht sehr gut verankert sind. In unserem Gesundheitswesen stehen noch immer die Therapien und nicht der prophylaktische Ansatz im Vordergrund, der gesundheitsökonomisch sicher vorteilhaft wäre.

Ein weiterer Punkt ist, dass die Impfprogramme zu einem deutlichen Rückgang der Erkrankungen geführt haben. Eine Generation wie die meine – die der

Babyboomer – ist noch mit einem anderen Krankheitsbewusstsein aufgewachsen. In meiner Zeit gab es noch Fälle, wo z. B. Mütter von Schulkollegen an Polio (Anm.: Abk. für Poliomyelitis) erkrankt sind. Die heutigen Generationen werden mit vielen Krankheiten nicht mehr konfrontiert und kennen die Schreckensgeschichten aus früheren Zeiten nicht. Daraus resultiert eine veränderte Risikowahrnehmung und Risikoeinschätzung für Erkrankungen. Oft steht die Angst vor Impfungen und den damit einhergehenden möglichen nachteiligen Auswirkungen im Vordergrund.

Der dritte Aspekt betrifft die gesellschaftliche Veränderung. Den solidarischen Gedanken, dass wir alle zusammen in einem Boot sitzen und gemeinsam etwas machen, gibt es nicht mehr. Das damals häufig angewandte Motto „Einer für alle und alle für einen“ ist heute nur mehr sehr schwach ausgeprägt. Heute hört man sehr oft: „Ich brauche mich nicht impfen lassen, ich werde nicht krank!“ Oder: „Wieso soll ich mein Kind impfen lassen? Ich tu ihm damit nichts Gutes. Nur damit ich ein anderes Kind schütze? Das mache ich nicht.“ Das heißt, dass der für uns so wichtige duale Aspekt im Impfwesen – einerseits der Individualschutz, aber vor allem der Aufbau eines Gemeinschaftsschutzes – fehlt, da dieser Gemeinschaftsschutz aufgrund rückläufiger Durchimpfungsraten nicht mehr ausreichend aufgebaut wird.

Als letzter Aspekt kommt noch hinzu, dass den Menschen durch das Internet mannigfaltige Informationen zur Verfügung stehen, der Laie aber oft nicht zwischen einer fundierten Information und ‚Fake News‘ unterscheiden kann. Früher ist man zum Arzt gegangen und hat nachgefragt und dem Arzt geglaubt. Heute kommen die Menschen schon mit einem „Vorwissen“ und einer vorgefassten Meinung zum Arzt. Wir haben in Studien festgestellt, dass dieses Überangebot an Informati-

onen die Menschen verunsichert und die tatsächliche Gesundheitskompetenz sehr gering ist. In der heutigen Zeit besteht ein erhöhter Wunsch nach Selbstbestimmung, danach sich eigenständig über Themen zu informieren. Diese Entwicklung müssen wir berücksichtigen und uns darauf einstellen, damit wir die Menschen nicht mit einem verwirrenden Überangebot an Informationen verängstigen.

***In Österreich gibt es den Impfplan, der in der österreichischen Gesundheitspolitik noch immer einen sehr hohen Stellenwert hat und – als Teil davon – das kostenlose Kinderimpfprogramm. Viele Impfungen sind somit für alle Versicherten kostenlos, werden aber trotzdem nicht wirklich angenommen. Wie ist der verbreiteten Impfskepsis zu begegnen?***

**Wiedermann-Schmidt:** Auf der einen Seite gibt es die Impfgegner, die mit fünf bis sechs Prozent einen kleinen, aber gleichbleibenden Anteil der Bevölkerung ausmachen. Diese Personengruppe ist im Internet sehr aktiv im Verbreiten von Informationen durch sogenannte Postings. Diese Leute sind nicht zugänglich für Informationen, ihre Einstellung zum Impfen ist gleichsam fundamentalistisch.

Eine andere Personengruppe sind die Impfskeptiker. Diese Gruppe besteht nicht a priori aus Menschen, die Impfungen ablehnen, sondern entwickelt sich aus Personen, die den Sinn und den Nutzen von manchen Impfungen nicht erkennen, weil sie noch nie mit diesen Krankheiten konfrontiert waren. Gleichzeitig suchen diese Leute aber auch Rat und wenn Ärzte oder Apotheker diesen Personen nicht genügend Informationen zur Verfügung stellen, informieren sie sich im Internet und driften eher in Richtung Impfgegner ab.

Für uns bedeutet das, dass wir unsere Kolleginnen und Kollegen sehr gut informieren und uns heute mehr Zeit als früher für das Impfgespräch nehmen müssen. Früher hat man einfach geimpft, heute möchten die Patientin und der Patient rund ums Impfen informiert werden. Das macht eine entsprechenden Anpassung im Praxisalltag notwendig. Unsere Umfragen haben gezeigt, dass für einen großen Teil der Patientinnen und Patienten noch immer die Ärzte als primäre medizinische Vertrauenspersonen dienen. Diese Chance müssen wir nutzen. Sollte uns das nicht gelingen, könnte dies in Bahnen verlaufen, die aufgrund sozialer Medien als Informationsquellen nicht mehr wirklich kontrollierbar sind.

***Ist die Impfmüdigkeit nicht auch darauf zurückzuführen, dass es viele Mehrfach- und Kombinationsimpfungen gibt, die ja auch schon für kleinere Kinder vorgesehen sind? Wie z. B. Hepatitis A + B in einem Kombinationswirkstoff – das gab es ja früher nicht. Manche wollen die eine Impfung, aber die andere nicht. Und die vielen Wiederholungsimpfungen schrecken eher nachlässige Personen vielleicht auch ab.***

**Wiedermann-Schmidt:** Dazu gibt es zwei Aspekte: Für das Kinderimpfprogramm ist die Etablierung der Mehrfachimpfungen ein großer Gewinn und Vorteil. Man wird mit nur einem Impfstoff, der nur eine geringe Menge an Impfantigenen enthält, gegen eine große Palette von Erkrankungen geschützt. Mit einem einmaligen Stich kann man also viel erreichen, inklusive der Tatsache, dass neben Impfantigenen auch die notwendigen Zusatzstoffe nur einmalig gegeben werden müssen. Für das Kind und auch für die Praktikabilität sind die Mehrfachimpfstoffe ein riesengroßer Gewinn, sie sind auch wirksamer und besser verträglich, als es die früheren Impfstoffe waren.

Der andere Aspekt geht die Impfungen ausserhalb des Kinderimpfkonzpts an – ich gebe Ihnen recht, dass es nicht günstig ist, dass der gesamte Markt von monovalenten Impfstoffen abgegangen ist. Besonders in der Versorgung der Erwachsenen, bei denen sich doch individuelle Schwankungen ergeben, sind monovalente Impfstoffe eine gute Sache. Ein Beispiel dafür ist der Keuchhusten: Hier gibt es heute das Problem, dass der Keuchhusten-Impfstoff nur mehr in Kombination mit dem Diphtherie- und Tetanus-Impfstoff vorliegt, die Leute aber von früher noch eine gute Immunität gegen Tetanus haben, aber keinen Schutz gegen Keuchhusten aufweisen. Für Keuchhusten würden wir uns wünschen, dass es – wie früher – einen monovalenten Impfstoff gäbe. Immunologisch gesehen ist das Konzept der Mehrfachimpfstoffe aber auf jeden Fall aufrechtzuerhalten, weil man gesehen hat, dass Kombinationsimpfstoffe oftmals eine stärkere Immunantwort als monovalente Impfstoffe induzieren können.

***Gibt es irgendwelche Zahlen, die belegen, welche von den Impfungen am besten angenommen wird oder welche Impfungen in welchem Ausmaß angenommen werden?***

**Wiedermann-Schmidt:** Die Zahlen, die in Österreich zur Verfügung stehen, betreffen nur das Kinderimpfprogramm. Leider haben wir in Österreich kein wirkliches Impfregister, womit keine direkten Durchimpfungsraten vorliegen, weil es kein einheitliches System gibt, in dem das geführt wird. Das Ministerium gibt pro Bundesland an die Landessanitätsdirektion eine bestimmte Menge an Impfungen für das Kinderimpfprogramm aus. Es ist daraus ersichtlich, wie hoch die Anzahl der an die Kinderärzte abgegebenen Impfstoffe pro Land war, aber nicht, ob die Impfstoffe auch tatsächlich verimpft wurden. Uns liegen somit nur indirekte Zahlen vor, die uns in etwa sagen, wie hoch die Durchimpfungsrate ist. Was den Sechsfach-

„Für das Kinderimpfprogramm ist die Etablierung der Mehrfachimpfungen ein großer Gewinn und Vorteil. Man wird mit nur einem Impfstoff, der nur eine geringe Menge an Impfantigenen enthält, gegen eine große Palette von Erkrankungen geschützt.“



impfstoff betrifft, ist die Durchimpfungsrate in der Regel mit ungefähr 90 Prozent gar nicht so schlecht. Bei Masern, Mumps und Röteln wissen wir aufgrund der abgegebenen Impfdosen, dass die erste Impfung noch an die 95 Prozent der Kinder erfasst. Bei der zweiten Impfung, die unbedingt ein bis drei Monate später gegeben werden sollte, sinkt die Durchimpfungsrate auf 80 bis 85 Prozent ab. Die zweite Impfung sollte also noch vor dem zweiten Lebensjahr stattfinden. Leider wird aber die zweite Impfung – wenn überhaupt – sehr verzögert gegeben, da die Kinder in diesem Alter oft erkranken und man den Impftermin weiter aufschiebt. Diese Lücken werden oft bis ins Erwachsenenalter mitgezogen und erst später zu einem Problem, wie z. B. jetzt die Erkrankungen an Masern, die sehr oft Jugendliche und junge Erwachsene ohne bzw. mit inkompletten Impfschutz betreffen. Die Bereitstellung von genauen Zahlen in der gesamten Bevölkerung wird uns erst mit der flächendeckenden Einführung des elektronischen Impfpasses möglich sein.

**Welche sind Ihrer Meinung nach die allerwichtigsten Impfungen im Impfplan?**

**Wiedermann-Schmidt:** Für mich sind natürlich alle im Impfplan empfohlene Impfungen wichtig. Für den Staat, der das kostenfreie Impfprogramm anbietet, ist es wichtig, dass die Impfungen gut angenommen werden. Zur Finanzierbarkeit muss eine Kosten-Nutzen-Rechnung aufgestellt werden. Rückschlüsse auf die Annahme des Impfprogramms werden aus der Abgabe von Impfstoffen und der epidemiologischen Entwicklung der impfpräventablen Erkrankungen gezogen. Wir haben in Österreich ein elektronisches Melde- und Surveillance-System für meldepflichtige Erkrankun-

gen, Masern, Keuchhusten, Pneumokokken, Meningokokken etc. Durch diese beiden Quellen erhalten wir heute Zahlen, um abzuschätzen zu können wie hoch die Durchimpfungsraten sind und wie gut das Programm angenommen wird. Es gilt: Je höher die Durchimpfungsraten sind, umso schneller werden die Krankheiten reduziert. Das ist auch der Grund, weshalb Impfprogramme implementiert werden. Hier besteht in Österreich noch Verbesserungsbedarf.

**Gibt's für jede Krankheit eine andere Prozentzahl für die Durchimpfungsrate oder ist das generalisierbar?**

**Wiedermann-Schmidt:** Da gibt es einen Faktor, der ganz wichtig ist und den man die Basisreproduktionszahl nennt. Aus diesem ergeben sich für jeden Erreger, wie ansteckend dieser ist und wie stark er sich weiterverbreiten kann, sprich – wie viele Menschen von einer infizierten Person angesteckt werden können. Je höher die Ansteckrate bzw. ‚Transmissibility‘ ist, desto höher muss die Durchimpfungsrate sein. Ein gutes Beispiel dafür sind die Masern, die zu den ansteckendsten Erkrankungen zählen. Eine kranke Person steckt gleichzeitig 18 nichtgeimpfte oder nicht immune Personen an. Hier ist eine Durchimpfungsrate von 95 Prozent notwendig, um eine Ansteckung der Bevölkerung innerhalb kürzester Zeit zu vermeiden. Die Influenza wäre ein Beispiel, bei dem eine Durchimpfungsrate in Höhe von 40 bis 50 Prozent ausreicht, um eine Epidemie zu verhindern. In Österreich liegt aber die Durchimpfungsrate in etwa bei nur sechs bis acht Prozent.

**Infektionskrankheiten haben auch viel mit Hygiene zu tun. In welchen Bereichen des Alltagslebens gibt es heute etwa zu viel Hygiene und daraus resultierend ein schwächeres Immunsystem und in welchen zu wenig? Beim Thema Hygiene sind wir ja aufgeklärt worden, dass Infektionskrankheiten nur sehr wenig mit Hygiene zu tun haben. Die öffentliche Meinung suggeriert indes: Zu viel Hygiene schwächt unsere Abwehrkraft!**

**Wiedermann-Schmidt:** Hygiene ist der entscheidende Pfeiler in der Infektionsprophylaxe. Denken Sie nur an die Händehygiene und welchen Meilenstein Semmelweis „nur“ durch das Händewaschen bei Ärzten gegen das Kindbettfieber gesetzt hat – er wird deshalb ja auch als „Retter der Mütter“ bezeichnet. Ein weiteres gutes und wichtiges Beispiel sind effektive Hygienemaßnahmen gegen die Influenza. Wir wissen, dass Keime sich sehr leicht an Oberflächen, wie auch an Händen halten und man über die Hände Keime weitertragen kann. Das wichtige Thema Krankenhaushygiene kann hier im Detail nicht durchgegangen werden.

Die andere Frage ist, ob „zu viel“ Hygiene auch krankmachen kann – dazu gibt es seit vielen Jahren Forschungen und Studien zur sogenannten „Hygiene-Hypothese“ und der „modified“ Hygiene-Hypothese. Demnach wird angenommen, dass die vermehrte Entwicklung von Allergien und Autoimmunerkrankun-

gen in einer inversen Korrelation mit dem Kontakt zu bestimmten Erregern wie z. B. Würmern, Protozoen und Bakterien steht und man hat daraus den Schluss gezogen, dass je weniger Kontakt man mit natürlichen Erregern hat, umso mehr steigen die Allergien. Diese Hypothese konnte nicht einheitlich belegt werden und vor allem ist der Schluss, dass Impfungen deshalb schlecht sind, weil sie den Kontakt mit dem natürlichen Erreger verhindern und es dadurch zum Anstieg von Allergien kommt, nachweislich falsch.

Diese erste Hypothese wurde durch die „modified“ Hygiene-Hypothese abgelöst, die sich vor allem mit der Zusammensetzung der eigenen Darmflora und deren Einfluss auf unser Immunsystem beschäftigt. Für unseres Immunsystems ist vor allem die Entwicklung der ausgewogenen Mikroflora im Darm (das Mikrobiom) wichtig. Mit der Geburt wird unser Körper von verschiedenen Bakterien besiedelt – wir haben mehr Bakterien als körpereigene Zellen in unserem Körper. Insofern kann man verstehen, dass diese Bakterien einen wichtigen Beitrag in der Entwicklung und in der Homöostase unseres Immunsystems leisten. Einen wichtigen Einfluss auf diese Entwicklung nimmt auch der Lebensstil und die Veränderungen der Ernährung in den letzten Jahrzehnten. Die Ernährung ist im Zeitalter des ‚Fast Food‘ völlig anders als früher. In unseren Breiten essen wir zu fett- und kohlenhydratreiche Kost. Dies nimmt wiederum Einfluss auf das Mikrobiom, wodurch das Immunsystem in seiner Entwicklung anders beeinflusst bzw. „gebrüht“ wurde. So kommt es häufiger zu entzündlichen Veränderungen im Immunsystem, was wiederum eine Ursache für den Anstieg von Allergien und Autoimmunerkrankungen sein kann. Auch die Umweltverschmutzung und der Lebensstil wie wenig Bewegung, Stress etc. sind Faktoren die auf unseren Körper und auf unser Immunsystem einwirken. Daher spielen Impfungen als Ursache für verringerte Stimuli für das Immunsystem in Verhältnis zu den genannten Faktoren keine Rolle. Wir beschäftigen uns in unserer Forschung zurzeit mit dem Thema Fettleibigkeit und den negativen Auswirkungen auf das Immunsystem. Wir wissen, dass die Immunabwehr durch Adipositas deutlich geschwächt wird und auch die Wirksamkeit von Impfungen zurückgeht. Fettleibigkeit als Zivilisationskrankheit – das sind heute zunehmende Probleme, die uns betreffen und wie man diesem Themen am besten begegnet, damit nicht eine alternde aber multimorbide Gesellschaft entsteht. Impfungen sind ein wichtiger Teil im prophylaktischen Gesamtkonzept. **Sie sagen, dass in Österreich das Impfen immer noch einen hohen Stellenwert hat. Es hat aber den Anschein, dass es von Land zu Land unterschiedliche Impfstrategien gibt. Vor einigen Jahren hat z. B. das Hamburger Wochenmagazin „Der Spiegel“ neben der Kritik an unserem FSME-Impfprogramm damit aufgemacht, dass die Zeckenimpfung in Österreich**

**eine reine Geldmacherei sei. Warum haben die Staaten so unterschiedliche Impfstrategien?**

**Wiedermann-Schmidt:** Die Österreicherinnen und Österreicher „lieben“ die Zeckenimpfung. Es gibt keine weitere Impfung mit einer so guten Durchimpfungsrate. In Studien wird evaluiert, wie lange die Immunität der Zeckenimpfung in unterschiedlichen Altersgruppen anhält und, ob die Booster-Intervalle erweitert werden können. Die derzeitigen Impfempfehlungen können sich nicht nach dem individuellen Schutzzustand richten, sondern nach dem schwächsten Glied in der Kette. Da wir wissen, dass nach ungefähr fünf Jahren ca. zehn Prozent nicht mehr geschützt und für einen Durchbruch gefährdet sind, dürfen wir keine allgemeine Impfempfehlung herausgeben, die diesen Aspekt nicht berücksichtigen. Prinzipiell ergeben sich Impfempfehlungen in diversen Ländern aufgrund der eigenen Epidemiologie und wie hoch die Belastung durch eine Erkrankung ist oder welche Altersgruppe z. B. besonders betroffen ist. Die Epidemiologie, die Krankheitsbelastung (Anm.: Quantifizierung von Todesfällen, Krankheit, Behinderung ...) und die Verteilung von bestimmten Erregerkeimen können in jedem Land unterschiedlich sein. Ein gutes Beispiel dafür ist die Verteilung von Pneumokokken-Keimen und Serotypen, diese ist in Österreich anders als z. B. in Schweden oder Deutschland. Und so hat jedes Land eine eigene Strategie für die Erstellung des Impfkonzpts. Im europäischen Vergleich ist Österreich eines der wenigen Länder, das Empfehlungen zum Impfen herausgibt, die nicht auch auf einer strengen Kosten-Nutzen-Relation bestehen. Das heißt der österreichische Impfplan enthält neben dem Gratisimpfkonzpt auch empfohlene Impfungen, die medizinisch indiziert, aber nicht vom Staat finanziert werden. Viele andere europäische Länder verfolgen dahingehend sehr strenge die Kosten-Nutzen-Berechnungen. Ist letztere negativ, das heißt die Impfung im Verhältnis zu den verhinderten Krankheitsfällen oder den Behandlungskosten zu teuer, wird sie nicht eingeführt. In Österreich haben wir ein System, wo wir unsere Impfempfehlung abgeben und es Unterschiede zwischen staatlich geförderten und medizinisch indizierten Impfungen gibt. Medizinisch indizierte Impfempfehlungen richten sich nach dem Schweregrad der Erkrankung, dem individuellen Leid und möglichen Folgekosten. Ein gutes Beispiel wäre die Meningokokken-Impfung, da die Erkrankung einen schweren und tödlichen Verlauf haben kann. Stirbt die betroffene Person nicht an der Krankheit, kann sie durch Behinderungen lebenslang durch erhöhte Kosten belastet sein. Aber, abgesehen von der Dramatik der Erkrankungen und dem persönlichen Leid, gibt es in Österreich nicht so eine hohe Anzahl an Erkrankungen, dass sich eine staatliche Kostenübernahme für alle Kinder zumindest kostenneutral gestalten würde. Da in den europäischen Ländern individuelle Vorgangsweisen

Im europäischen Vergleich ist Österreich eines der wenigen Länder, das Empfehlungen zum Impfen herausgibt, die nicht auch auf einer strengen Kosten-Nutzen-Relation bestehen.



„Viele Menschen verlieren ihren Impfpass irgendwann oder haben mehrere Impfpässe und wissen dann nicht mehr, welche Impfung wann aufzufrischen ist. Auch hier kann der elektronische Impfpass Abhilfe schaffen.“

und Zahlungsmodalitäten vorliegen, gibt es auch viele Unterschiede zwischen den einzelnen nationalen Impfprogrammen. Auf der Wissensseite zeigt sich aber der Trend zum Zusammenschluss der nationalen Impfgesellschaften, um eine vermehrte Harmonisierung der Empfehlungen in Europa zu erreichen.

**Hat sich eigentlich das Impfverhalten bei uns seit den großen Migrationsbewegungen im Jahr 2015 verändert?**

**Wiedermann-Schmidt:** Nein, wir sehen keine oder nur eine geringe Veränderung in diesem Zusammenhang. Der Anstieg von Infektionskrankheiten hängt generell mit einer erhöhten Reisetätigkeit auf der ganzen Welt und einer mangelhaften Durchimpfungsrate der Menschen zusammen. Erkrankungen können sich dadurch sehr schnell von einem Ort zum anderen verbreiten.

**Es gibt ja auch Feststellungen, dass die Zuwanderer zum Teil bessere Immunsysteme haben.**

**Wiedermann-Schmidt:** Das kann man, glaube ich, so nicht sagen. Personen mit Migrationshintergrund stellen Impfungen im Allgemeinen nicht infrage, sondern sind im Gegenteil überwiegend dankbar dafür, denn sie kennen die Probleme und Gefahren von Infektionskrankheiten aus ihren Herkunftsländern sehr gut.

**Zum Stichwort „Globalisierung“ und den damit zusammenhängenden vermehrten Fernreisen: Wie ist das Impfverhalten der Österreicher vor Fernreisen?**

**Wiedermann-Schmidt:** Diesbezüglich denken Herr

und Frau Österreicher ganz anders als bei Routineimpfungen, weil da könnte ja etwas Schlimmes passieren im Urlaubsland, wenn man nicht geimpft ist. Aber leider wissen wenige Leute, dass die Masern ein wirkliches Problem in unseren Breiten geworden sind und keine harmlose Kinderkrankheit. Hier mangelt es der Bevölkerung eindeutig an Gesundheitskompetenz und so werden die Risiken oft völlig falsch eingeschätzt.

**Welche Impfungen gibt es derzeit neu am Markt und wie entwickeln sich Impfungen generell weiter?**

**Wiedermann-Schmidt:** Es gibt nunmehr eine Impfung gegen Herpes zoster (Anm.: Gürtelrose). Das ist eine Folgekrankheit der Feuchtblättern. Das Virus bleibt nach einer Erstinfektion ein Leben lang im Körper und wird dort vom Immunsystem in Schach gehalten. Im Alter oder bei Menschen mit schwachem Immunsystem kommt es aber zur Reaktivierung des Virus und es bricht in Form der Gürtelrose wieder aus. Bei immunsupprimierten Personen konnte man bisher mit dem früheren Lebendimpfstoff nicht impfen, da aber jetzt ein inaktivierter Impfstoff am Markt ist, kann man so dafür sorgen, dass die Krankheit auch bei diesen Menschen nicht reaktiviert wird (Anm.: derzeit nicht in Österreich verfügbar, aber z. B. in Deutschland). Es wird auch einen 20-valenten Pneumokokkenimpfstoff geben, weiters einen Meningokokkenimpfstoff, der auch den Serotyp B enthält, und an einer Impfung gegen RSV (Anm.: Respiratory Syncycial Virus) wird gearbeitet.

Auf dem Sektor der Reiseimpfungen wird es in nächster Zeit sicher zu einigen Neuerungen kommen. Vom Zika-Virus war z. B. zuerst vor allem Südamerika betroffen, dann hat es sich weiter nach Mexiko und sogar bis nach Florida verbreitet. Hier gibt es neue Impfstoffe, die noch in Evaluierung bzw. erst in der klinischen Phase sind. Aber auch durch die Klimaerwärmung werden Veränderungen im Impfwesen hervorgerufen. Ich finde es sehr wichtig und spannend mitanzusehen und auch daran mitzuarbeiten, dass sich die Impfstoffentwicklung nicht nur auf Infektionskrankheiten beschränkt, sondern auch vermehrt Impfungen gegen chronische Erkrankungen und sogenannte Zivilisationskrankheiten entwickelt werden.

**Können Sie uns Beispiele für Impfungen gegen chronische Krankheiten nennen?**

**Wiedermann-Schmidt:** Es gibt Impfstoffentwicklungen gegen Alzheimer, Diabetes, verschiedene Krebserkrankungen und Allergien – diese sind jedoch noch nicht am Markt.

**Die Regierung will ja den elektronischen Impfpass einführen. Auch die Sozialversicherung hat das unterstützt. Wie ist Ihre Meinung als Expertin dazu? Bringt das etwas?**

**Wiedermann-Schmidt:** Ich arbeite seit dem Jahr 2005 für das Impfgremium des Ministeriums und solange ich mich erinnern kann, war das Thema immer präsent. Es freut mich und ich halte es für essenziell, dass der elek-

tronische Impfpass nun tatsächlich eingeführt wird. Da mit der Einführung eines elektronischen Impfpasses die gesamte Bevölkerung eingeschlossen wird und nicht nur die Kinder, eröffnet das die Möglichkeit zu sehen, wie hoch die tatsächliche Durchimpfungsrate innerhalb der Bevölkerung ist. Diese Möglichkeit müssen wir nutzen, um zu schauen, in welchen Altersgruppen und bei welchen Impfungen besondere Impflücken bestehen – dadurch können gezielte Maßnahmen durchgeführt werden, um Krankheitsausbrüche zu verhindern. Viele Menschen verlieren ihren Impfpass irgendwann oder haben mehrere Impfpass und wissen dann nicht mehr, welche Impfung wann aufzufrischen ist. Auch hier kann der elektronische Impfpass Abhilfe schaffen. Auch eine Impferinnerung über den elektronischen Impfpass fände ich sehr wichtig, das geht ja derzeit nur in Ambulanzen oder Ordinationen und somit nur für einen geringen Teil der Bevölkerung. Der elektronische Impfpass könnte somit ein wichtiges Werkzeug für die Gesundheitsvorsorge, aber auch für die Wissenschaft und für evidenzbasierte Maßnahmen sein.

**Und wie sieht es für Public Health?**

**Wiedermann-Schmidt:** Der elektronische Impfpass könnte letztendlich als Basis für zahlreiche Evaluationen dienen. Wir haben derzeit ein sehr gutes elektronisches Erfassungssystem für meldepflichtige Erkrankungen, aber diese werden – wie der betroffene Personenkreis und das Alter der Person – erst im Nachhinein erfasst. Der elektronische Impfpass könnte künftig Impflücken rechtzeitig aufzeigen und dadurch könnten Maßnahmen gesetzt werden, um einen Krankheitsausbruch zu verhindern.

**Wie ist Ihre Meinung zum Thema Impfpflicht? Wäre sie durchsetzbar und vor allem sinnvoll? In Italien wurde die Impfpflicht für Kinder ja jüngst wieder zurückgezogen.**

**Wiedermann-Schmidt:** Wir haben zu Beginn des Interviews über die Veränderungen in den gesellschaftlichen Strukturen gesprochen. Ich glaube, dass es in der heutigen Zeit unmöglich ist, eine generelle Impfpflicht zu implementieren. Es gibt sehr gute Studien aus Deutschland, die gezeigt haben: Wenn jemand zu etwas gezwungen wird, kann man mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass es zu Widerstand und Ablehnung kommt.

Für mich persönlich gibt es verschiedene Ausnahmesituationen, wo eine Impfpflicht bzw. eine sogenannte „berufsbedingte indizierte Impfung“ durchaus sinnvoll ist, z. B. für das gesamte Gesundheitspersonal sowie für das Personal in sozialen und pädagogischen Bereichen. Ergreift man einen Beruf, der zum Inhalt hat, dass man anderen Menschen hilft, sollten Impfungen verpflichtend sein, um zu verhindern, dass die einem anvertrauten Personen gefährdet werden.

Als weiteren Punkt könnte man eine Impfpflicht für Kinder, Schülerinnen und Schüler und Studentinnen

und Studenten überlegen. Der Staat bietet an, kostenlos Kindergärten, Krippen, Schulen und Universitäten zu besuchen. Hier ist die Frage, ob bei der bestehenden Schulpflicht und im Hinblick auf den Schutz der Gemeinschaft nicht eine obligatorische Impfpflicht ebenso eingeführt werden sollte.

**Welche Aspekte sind Ihrer Ansicht nach bei einer allfälligen Impfpflicht besonders zu beachten? Es gibt ja auch sehr profunde Argumente gegen eine allgemeine Impfpflicht, man denke nur an das Impfschadengesetz.**

**Wiedermann-Schmidt:** Also da würde ich schon meinen, dass es für das pädagogische Personal, aber auch für Kinder bzw. Schülerinnen und Schüler eine Voraussetzung sein sollte, dass sie beim Eintritt in soziale Einrichtungen bzw. in die Schule sehr wohl geimpft sind, dass sie einen intakten Gesundheitszustand haben und der Impfstatus noch aktuell ist. Es ist zwar traurig, dass dies nicht mehr eine Selbstverständlichkeit ist, aber man muss sich eben auch auf die gesellschaftlichen Veränderungen einstellen und dort Vorgaben andeuten, wo andere nicht für Freiwilligkeit bereit sind.

**Gibt es abschließend noch einen persönlichen Wunsch oder einen Appell, den Sie als Immunologin an unsere Leserschaft richten möchten?**

**Wiedermann-Schmidt:** Ich habe einen besonderen Wunsch, eine riesengroße Hoffnung und ein Ziel. Wir haben auf der einen Seite die Versorgung der kleinen Kinder und die Routineimpfungen für die gesunden Menschen.

Mir sind in meiner Ambulanz Personen anvertraut, die chronisch krank sind und deshalb nicht alle Impfungen erhalten können, aber aufgrund ihrer Behandlungen – z. B. Stammzelltransplantationen, Chemotherapien etc. – infekтанfälliger sind und bestimmte Impfungen besonders indiziert sind. Diese Menschen brauchen Impfungen um nicht noch schlimmer zu erkranken, müssen aber die Impfungen selbst bezahlen – für diese Menschen gibt es leider kein staatlich gestütztes Impfprogramm. Die Impfversorgung chronisch Kranker sollte aber Teil des Behandlungskonzeptes sein, um Infektionen und damit eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes zu verhindern.

Im letzten Schritt würde ich mir die Etablierung eines präventionsorientiertes Gesundheitssystems, wie es z. B. die Schweden haben, wünschen. Ich habe viele Jahre dort gelebt und konnte die Vorteile des Systems selbst erfahren. Gesundheitsprophylaxe wird in Schweden bereits in der Schule gelehrt. Sich regelmäßig zu bewegen, sich richtig zu ernähren sowie Vorsorgeuntersuchungen beim Zahnarzt oder Gynäkologen wahrzunehmen und auch impfen zu gehen, wird den jungen Menschen schon sehr früh in der Schule nahegebracht. Diesen Wandel – nämlich der frühzeitige Erwerb von Gesundheitskompetenz, um tatsächlich selbstverantwortlich agieren zu können – das würde ich mir auch für unsere Gesellschaft in der Zukunft wünschen.

Wir haben ein sehr gutes elektronisches Erfassungssystem für meldepflichtige Erkrankungen, aber diese werden erst im Nachhinein erfasst. Der elektronische Impfpass könnte künftig Impf-Lücken aufzeigen.