

Resultate unseres Nationalen Forschungsprogramms NFP74 – Teil 2

Impfskepsis: 10 Punkte für eine erfolgreiche Impfberatung

Lisa Schmid Thurneysen^a, Clara Zimmermann^a, Michael J. Deml^b, Bernhard Wingeier^c, Caesar Gallmann^d, Peter Carp^e, Corina Schwendener^a, Laura Kiener^a, Julia Picker^a, Martin Iff^f, Henriette Hug-Batschelet^g, Martin Schmidt^h, Pierino Avoledoⁱ, Gisela Etter^j, Benedikt M. Huber^k, Philip Tarr^a

^a Medizinische Universitätsklinik und Infektiologie/Spitalhygiene, Kantonsspital Baselland, Bruderholz, Universität Basel; ^b Université de Genève, Faculté des sciences de la société, Institut de recherches sociologiques; ^c Abteilung Pädiatrie, Klinik Arlesheim, Arlesheim BL; ^d Allg. Innere Medizin FMH, Au ZH; ^e Pädiatrie FMH, Yverdon-les-Bains VD; ^f Allg. Innere Medizin FMH, Reinach BL; ^g Pädiatrie FMH, Kinderarztpraxis Davidsboden, Basel; ^h Pädiatrie FMH, aerzte am werk, Rheinfelden AG; ⁱ Pädiatrie FMH, Kinderarztpraxis Rennweg, Basel; ^j Allg. Innere Medizin FMH, Richterswil ZH; ^k Klinik für Pädiatrie, HFR Freiburg – Kantonsspital, Universität Freiburg

Eltern oder Patient:innen, die viele Fragen oder Sorgen zu Impfungen haben, können Kinder- und Hausärzt:innen verunsichern. Andererseits zeichnen impfskeptische Patient:innen oft gerade die Merkmale aus, die man von aufgeklärten («guten») Patient:innen erwartet: sie sind gut informiert, übernehmen selbst Verantwortung und möchten in medizinische Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Ihre Beratung bietet eine hervorragende Gelegenheit, eine spannende, patientenzentrierte Medizin in gemeinsamer Entscheidungsfindung zu praktizieren.

Einleitung

Das Thema «Impfskepsis» ist in den letzten Jahren in den Medien präsenter denn je [1, 2]. Aus unserem Nationalen Forschungsprogramm zur Impfskepsis (NFP74) [3–7] können wir ein wichtiges Resultat berichten: Wir sollten die traditionelle Impfkommunikation, welche die Wirksamkeit und Sicherheit von Impfungen in den Vordergrund stellt, erweitern [8], und dafür die Frage, «wer dabei mehr recht hat», besser erst einmal ausser Acht lassen [9]. Kommunikation gehört zum Kerngeschäft jeder Hausärzt:in. Allerdings gaben nur 43% der befragten Schweizer Ärzt:innen in unserer kürzlichen Online-Umfrage an, dass sie sich im Umgang mit impfskeptischen Personen wohl fühlen [10].

Das Impfen gehört zu den emotional und intensiv diskutierten Themen. Impfberatung findet immer im Spannungsfeld von behördlichen *Public Health*-Empfehlungen und persönlichen Gesundheitskonzepten statt und geht daher über die individuelle Arzt-Patienten-Beziehung hinaus. Nach unserem Einführungsartikel zu Impfskepsis – Teil 1: Einführung» in *Primary and Hospital Care* (PHC), Ausgabe 02/2022 [11], möchten wir hier unsere wichtigsten Forschungserkenntnisse in 10 praxisrelevanten Botschaften zum erfolgreichen Umgang mit impfskeptischen Personen zusammenfassen. Auch mit ihnen können wir gute Beziehungen aufbauen [12, 13] und auch ihnen sollten wir eine gute Impfberatung anbieten [14]. Dafür braucht es neben

soliden Sachkenntnissen zu Impfungen, Impfnebenwirkungen und Immunologie insbesondere gute kommunikative Fähigkeiten, eine offene Haltung und gemeinsame Entscheidungsfindung [10].

Kommunikationsbotschaft Nr. 1: Impfskepsis, Impfsorgen und Impfgegnertum sind nicht dasselbe.

Leider werden in der polarisierten Debatte zu Impfskepsis häufig sprachliche und fachliche Konzepte vermischt, die getrennt werden sollten. In der Schweiz akzeptieren etwa 60 bis 80% der Bevölkerung den Schweizerischen Impfplan bedenkenlos [15–17]. Nur ein bis drei Prozent der Bevölkerung sind gegen alle Imp-

Infektiologie-Serie

Infektionen und Immunabwehr sind in der Praxis wichtige Themen. Sie bieten hervorragende Gelegenheiten zu interdisziplinärer Zusammenarbeit, Überprüfung von gängigen Konzepten und Integration komplementärmedizinischer Sichtweisen. Philip Tarr ist Internist und Infektiologe am Kantonsspital Baselland und leitet das Nationale Forschungsprojekt NFP74 zu Impfskepsis. Ihm liegt viel an einer patientenzentrierten Medizin und an praxisrelevanten Artikeln, die wir in der Folge in *Primary and Hospital Care* regelmässig publizieren werden.



Teil 1 dieses Beitrags wurde in der letzten Ausgabe (2/2022) publiziert.

fungen (echte Impfgegner:innen) [11, 18–21], und dieser Gruppe wird politisch und medial übermässige Beachtung geschenkt. Etwa 20 bis 40% der Bevölkerung gelten in reichen Ländern als impfskeptisch. Sie sind mit guter Impfberatung erreichbar, denn die meisten von ihnen werden sich impfen lassen, wenn auch vielleicht später als empfohlen oder selektiv. Daher sollten wir uns Zeit nehmen, ihre Impffragen und Sorgen ernst nehmen und skeptische Patient:innen in Impfscheidungen einbeziehen [22]. Es braucht auch keine aufgeregten öffentlichen Diskussionen zu einer Impfpflicht [23]. Denn die Impfraten sind bei uns allgemein hoch und Behörden wie die Bevölkerung lehnen eine Impfpflicht grossmehrheitlich ab.

Kommunikationsbotschaft Nr. 2: Wir sollten mit komplementärmedizinischen Ärzt:innen zusammenarbeiten, denn impfskeptische Patient:innen lassen sich oft bei ihnen beraten.

Ärzt:innen nehmen impfskeptisch eingestellte Patient:innen teils als mühsam und zeitaufwendig wahr. Die impfskeptischen Patient:innen können sich

dann nicht ernstgenommen fühlen und suchen zusätzliche Informationen zu Impfungen in ihrem sozialen Umfeld, im Internet oder bei anderen Ärzt:innen. 25 bis 50% der Schweizer:innen nehmen Komplementärmedizin (KM) in Anspruch [24–26]. Kinder, deren Eltern KM in Anspruch nehmen, weisen eine mehr als 10% niedrigere Impfrate bei den Basisimpfungen auf als die übrigen Kinder [27–29], oft auf Wunsch der Eltern [29]. Die Fachgesellschaften der KM anerkennen zwar den Nutzen der Impfungen [30–32] und es gibt neuere Fachliteratur zu den Impfeinstellungen und Beratungsmethoden von KM-Ärzt:innen [22, 33]. KM-orientierte Ärzt:innen sind tendenziell aber klar impfskeptischer als schulmedizinisch eingestellte Ärzt:innen [34]. Impfskeptische Personen scheinen den KM-Ärzt:innen häufiger zu vertrauen [12, 24–26]: sie haben eher Misstrauen gegenüber Schulmediziner:innen, Pharmaunternehmen, den Behörden und der Wissenschaft [6, 22, 35] und sie suchen eher impfskeptisch eingestellte Ärzt:innen auf [12, 22, 34, 36–38]. Somit spielen KM-Ärzt:innen über die Impfberatung von impfskeptischen Eltern [36] eine wichtige *Public Health*-Rolle [12, 22, 37, 38]. Wir sollten also für einen produktiven Umgang mit Impfskepsis mit ihnen zu-

Kasten 1: Unsicherheiten bei der Impfung gegen COVID-19 sind verständlich [59, 60]

- Die Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF) des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) empfiehlt den über 4-Jährigen die COVID-19-Impfung [98]. Es bleiben wichtige Fragen, die noch nicht klar beantwortet werden können [61, 62]. Für eine gute Akzeptanz der Impfung empfehlen wir eine transparente, sorgfältige Kommunikation [63–65] und eine geduldige Haltung. Erstmals wurden sichere und wirksame Impfungen auf der Basis von mRNA-Technologie entwickelt [66].
- Die Impfungen wurden in Medien und Politik teils widersprüchlich diskutiert [67, 68].
- Die Schutzdauer und die Notwendigkeit von regelmässigen Auffrischdosen ist noch unklar, vor allem bei immunsupprimierten Personen [69–71]. Aktueller Stand (31.1.2022): Schutzwirkung nur ca. 40 bis 50% gegen asymptomatische und milde Verläufe, aber sehr wirksame (>90%) Verhinderung von schweren Verläufen (Hospitalisation) auch mit der Delta- und Omikron Variante [61, 62, 72–78].
- Die COVID-19-Impfungen sind die ersten Impfungen, die inert weniger als einem Jahr auf den Markt gebracht wurden [61, 62, 79, 80]. Die langfristige Sicherheit ist daher noch unklar [61, 62].
- Unerwünschte Impfwirkungen sind nach der zweiten Impfdosis relativ häufig (Schwächegefühl, etwas Fieber) aber meist innert 24 bis 48 Stunden regredient. Anaphylaxien sind sehr selten: weniger als 1:100 000 nach der ersten Dosis; teils bedingt durch Allergie auf den Stabilisator Polyethylenglykol [81–83]; die zweite Dosis kann häufig ohne Probleme nach Antihistamin-Prämedikation gegeben werden (im Zweifelsfall allergologische Zuweisung) [84].
- Vor allem bei 16- bis 24-jährigen Männern kann sehr selten eine Myokarditis auftreten, die meist mild verläuft [85–87].

Weil das Myokarditis Risiko nach Spikevax (Moderna Impfung) höher ist als nach Comirnaty (Pfizer Impfung), empfiehlt die EKIF seit Dezember 2021 den unter 30-Jährigen nur noch die Pfizer Impfung [98].

- Das Myokarditis-Risiko scheint nach COVID-19-Infektion höher als nach der Impfung (ca. 11 zusätzliche Myokarditis-Fälle pro 100 000 COVID-19-Infizierte versus circa 3 zusätzliche Myokarditis-Fälle pro 100 000 Geimpfte) [88, 89].
- Gemäss einer US-Berechnung (12- bis 17-jährige Männer) verhindern 2 Impfdosen pro Million Geimpfte 215 Hospitalisationen, 71 Eintritte auf die Intensivstation, verursachen aber 54 bis 69 Myokarditis-Fälle [91]. Bei Frauen und Männern >17 Jahre ist das Nutzen-Risiko-Verhältnis besser.
- Die COVID-19-Impfung der Kinder und Jugendlichen ist ethisch komplex [92–96]: Schwere Verläufe und *Long Covid* sind sehr selten [97] – es soll also gemäss EKIF der individuelle Nutzen und die Risiken abgewogen werden [98]. Neben den individuellen Gesichtspunkten sollen die erhöhte Übertragbarkeit der Delta- und Omikron Variante und die psychosozialen Komplikationen der Pandemie und die damit verbundenen Massnahmen berücksichtigt werden.
- Bei den Impfungen von Johnson+Johnson und Astra Zeneca kann es selten zu schweren Hirnvenenthrombosen kommen (bei Frauen <50 Jahre ca. 1:80 000 [99–104]). Nach mRNA-Impfungen ist das Thromboserisiko nicht erhöht [88].
- Das Erreichen einer Herdenimmunität ist kein Impfziel des BAG und der EKIF: Im Vordergrund steht die Verhinderung von schweren COVID-19-Verläufen, da wir langfristig mit SARS-CoV-2 leben müssen.

sammenarbeiten und integrative Botschaften entwickeln, die ihre Sichtweise einbeziehen. Der Dualismus zwischen Komplementär- und konventioneller Medizin sollte im Zeitalter der integrativen Medizin überwunden sein.

Kommunikationsbotschaft Nr. 3: Skepsis gegenüber gewissen Impfungen ist berechtigt.

Das Thema Impfskepsis betrifft aktuell insbesondere die **COVID-19-Impfungen** (siehe Kasten 1). Sie werden seit Anfang 2021 in der Schweiz eingesetzt und Langzeiteffekte sind folglich noch nicht bekannt.

Bei der **Grippeimpfung** warnte eine US-Expert:innenengruppe schon 2012, dass übertriebene Begeisterung von Expert:innen und Behörden den Fortschritt behindert, also die Entwicklung einer wirklich wirksamen Impfung [39, 40]. Wir haben in PHC 02/2021 dazu berichtet [41]. Die Grippeimpfung ist deutlich weniger wirksam als oft angegeben wird [39, 40, 42–44]. Es müssten 71 gesunde Erwachsene im Alter unter 65 Jahren geimpft werden, um eine Influenzaerkrankung zu verhindern [41, 45]. Für ältere Menschen (>65 Jahre) sind die vorliegenden Daten schwach und erlauben keine klare Empfehlung der Grippeimpfung [45]. In den USA wird die Grippeimpfung der Kinder ab 6 Monaten empfohlen [46]. So kann indirekt das Ansteckungsrisiko der Über-65-Jährigen gesenkt werden. In der Schweiz wird die Grippeimpfung bei Kindern nicht empfohlen [47]. Denn die allermeisten Kinder haben im Fall einer Grippe ein sehr geringes Komplikationsrisiko. Die Diskussion ist daher ethisch komplex: Die lokalen Schmerzen der Impfung belasten die Kinder, es profitieren aber in erster Linie die über 65-Jährigen. Ein Kind soll aber in erster Linie einen persönlichen Nutzen einer Impfung haben.

Auch die konjugierte **Pneumokokkenimpfung** ist bei den über 65-Jährigen nur wenig effizient: In der grössten bei Erwachsenen >65 Jahre durchgeführten randomisierten Studie [48] traten bei mehr als 42 000 Geimpften und 42 000 Ungeimpften über den Zeitraum von vier Jahren «nur» 49 bzw. «nur» 90 Pneumonien mit einem in der Impfung enthaltenen Pneumokokkenstamm (Impfwirksamkeit 46%) und zusätzlich 7 bzw. 28 invasive Pneumokokkeninfektionen auf (Impfwirksamkeit 75%). Die Todesrate war bei den Geimpften nicht tiefer. Bei vielen Impfungen ist der messbare Nutzen übrigens sehr klein, weil die entsprechenden «impfpräventablen» Krankheiten insgesamt selten sind. So war die Schutzwirkung gegen Pneumokokkenpneumonie-bedingte Hospitalisation in einer grossen US-Studie zwar 72% – aber nur 3,3% aller Pneumonien

waren durch Pneumokokken bedingt. Die Impfung schützte also gegen fast 97% aller Pneumonien *nicht* [49]. Es bräuchte daher mehr als 1000 Geimpfte, um eine invasive Pneumokokkenerkrankung zu verhindern [48, 50]. In einer Analyse des Herstellers wurden optimistischere Berechnungen präsentiert: 234 Geimpfte wären nötig, um eine Pneumokokkenpneumonie zu verhindern [50]. Die Impfung der Kinder ist wirksamer: sie senkt die Inzidenz von Pneumonien bei den über 55-Jährigen um mehr als 35% [51–53] – und gleichzeitig profitieren auch die geimpften Kinder (weniger Mittelohr- und Lungenentzündungen [54–56]). Daher wurde die Pneumokokkenimpfung 2019 als Kinder-Basisimpfung in den Schweizer Impfplan integriert [57]. Das Abwägen solcher Daten erlaubt eine gute Impfberatung [14, 58].

Kommunikationsbotschaft Nr. 4: Das regelmässige Betonen, dass Impfungen wirksam und sicher sind, kann kontraproduktiv wirken.

In der behördlichen Impfpromotion werden seit Jahren traditionelle Kommunikationsbotschaften eingesetzt, nämlich dass Impfungen «wirksam und sicher» seien [106, 107], dass die Impfung (z.B. gegen Influenza) die «bestmögliche» Schutzoption darstelle [43, 108, 109], oder dass nicht die Impfung sondern die Krankheit (z.B. COVID-19) die Gefahr sei [110].

Ohne Zweifel ist das Informieren über Wirksamkeit und Sicherheit ein berechtigtes Anliegen der Behörden. Allerdings beruhen diese Aussagen auf gross angelegten statistischen Auswertungen, mit denen sich die einzelne Patient:in oft nicht identifizieren kann.

Impfskeptische Ärzt:innen berichten unseren Forscher:innen zudem wiederholt, dass sie den behördlichen Tonfall, der sehr stark die Vorteile des Impfens betont und den Unsicherheiten und offenen Fragen wenig Raum gibt, als «Impfpropaganda» empfinden. Ja, impfskeptische Ärzt:innen lesen nicht einmal mehr Mitteilungen, die in diesem Stil geschrieben sind [3]!

Es scheint uns folglich ungenügend, auf das bisherige Kommunikationskonzept abzustützen, dass Impfskeptiker:innen ein Wissensdefizit hätten, und dass folglich die Behörden und Ärzt:innen immer wieder die Fakten richtigstellen und die Impfgegner:innen vom Gegenteil überzeugen müssten [111–114]. Denn diese «vage beruhigende», «faktenorientierte» Art von Kommunikation («wirksam und sicher») kann paradoxe Effekte bewirken und das Impf- und Behördenmisstrauen sogar verstärken und Verschwörungstheorien fördern [112, 115–117]. Eine ähnlich paradoxe Wirkung hat das wiederholte Betonen, dass Impfskepsis zu-

nimmt (dafür gibt es in der Schweiz keine Hinweise) [2, 118]; dass Impfraten sinken (in der Schweiz nehmen sie zu); oder dass zum Beispiel die Masern-Mumps-Röteln-Impfung (MMR) *nicht* zu Autismus führt.

Die regelmässige Wiederholung dieser Botschaften kann also Misstrauen fördern. Im Gegensatz zur kommerziellen Werbung besteht das Ziel der Impfberatung darin, ein Umfeld zu schaffen, «in dem die [Patient:in] offen und unvoreingenommen über die besten verfügbaren Informationen nachdenken kann» [119]. Das Ziel ist also die gute Beratung der Patient:innen und nicht «Werbung oder Persuasion («Überreden»)» [90]. Moderne Impfkommunikation betont also das Abwägen der Vor- und Nachteile und gewichtet dabei die Vertrauensbildung (auch gegenüber den Behörden) höher als die Impfrate [98, 117]: Kurz, gute Impfberatung ist positiv und persönlich (Tab. 1), und bezieht die Haus- und Kinderärzt:innen als wichtigste Vertrauenspersonen mit ein, aber auch soziale Netzwerke (Familie und Freunde), das persönliche Umfeld, Bücher und das Internet, denn auch diese spielen bei Impfentscheidungen eine wichtige Rolle [113, 120, 121].

Kommunikationsbotschaft Nr. 5: Wir sollten den Zugang zu Impfungen und zu Impfenkenntnissen optimieren.

Verpasste Impfungen haben oft nichts mit Impfskepsis zu tun [122, 123]. Dafür gibt es zahlreiche Beispiele: Impfungen werden nicht selten aus benignen Gründen ausgelassen (z.B. keine Impfempfehlung in der Schule erhalten) oder verpasst (z.B. Stress in der Schule, Stress

Kasten 2: Empfehlungen für einen besseren Zugang zu Impfungen und Impfenkenntnissen

- Vorsorgeuntersuchungen bei der Kinderärzt:in (auch zwischen 10 und 14 Jahren) sollten gefördert werden. Sie kann die Eltern und Jugendlichen über Impfungen individuell aufklären und Impfungen vornehmen. Für Kinder von impfkritisch eingestellten Eltern scheinen persönliche Vorsorgeuntersuchungen hilfreicher als Schulreihenuntersuchungen.
- Schulimpfprogramme sollten gefördert werden. Sie erhöhen die Impfrate [8, 106, 130–132] und ergänzen die pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen. Vor allem gesunde Adolescent:innen gehen selten zur Ärzt:in und verpassen so Hepatitis-B- oder HPV-Impfgelegenheiten.
- Alle empfohlenen Impfungen sollten für alle Personen dauerhaft gratis und franchisenbefreit zur Verfügung gestellt werden, wie in Grossbritannien [133].
- Alle Ärzt:innen sollten die HPV-Impfung für die empfohlenen Zielgruppen ohne Kostenfolge rezeptieren können.
- Termin-Erinnerungen sind sinnvoll und lohnen den Aufwand, den eine Praxis betreiben muss [134].

in der Familie, das Kind hatte Fieber usw.). Zudem ist der behördliche Einsatz für einen guten Zugang zu Impfungen und Impfinformationen schweizweit sehr unterschiedlich [124, 125] sowie die Kostenübernahme nicht bei allen Impfungen garantiert, z.B. HPV (Humane Papillomviren) oder Pneumokokken für Erwachsene [126, 127]. Weiter ist die unterschiedliche Priorisierung von Impfungen (Basis-, ergänzende und Nachholimpfungen [57]) teilweise komplex. Der Zugang zu Impfungen ist auch durch mangelnde Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung erschwert. In einer gross angelegten Untersuchung des BAG fanden es 30% der Schweizer:innen schwierig zu verstehen, wieso Impfungen nötig sind und die Hälfte wusste nicht, welche Impfungen empfohlen sind – doppelt so viele wie in den Nachbarländern und deutlich mehr als Immigrant:innen aus Südeuropa [128, 129]. Hier besteht grosses Verbesserungspotenzial (siehe Kasten 2).

Kommunikationsbotschaft Nr. 6: Moderne Impfkommunikation ist ausge- wogen und transparent; sie beinhaltet Vor- und Nachteile von Impfungen.

Leider arbeiten manche Ärzt:innen heute auch in der Impfberatung mit Angstmacherei, dies betrifft sowohl impfbefürwortende wie impfskeptische Ärzt:innen (siehe Tab. 1). Eine auf Angstmacherei basierte Medizin schädigt aber eine gute Beziehung von Ärzt:in und Patient:in [135, 136], weil sie seltenen Komplikationen unnötig viel Bedeutung zumisst und zu überflüssigen und gar schädlichen Abklärungen und Therapien führt. Beispiele sind das unnötige Betonen der (sehr seltenen) schweren Verläufe der Influenza bei sonst gesunden Personen <65 Jahre, das Betonen des Sterberisikos nach Masern (in der Schweiz extrem tief), oder das jährliche Durchführen der Zervixzytologie (der PAP-Abstrich wird den meisten Frauen alle drei Jahre empfohlen). Stigmatisierung ist kontraproduktiv [137, 138]: Es bringt nichts, impfskeptische Eltern für tiefe Impfraten oder Komplikationen beim ungeimpften Kind verantwortlich zu machen [2, 139], denn auch impfskeptische Personen handeln meistens bewusst, das heisst, sie wollen das Beste für die gesunde Entwicklung ihrer Kinder.

Wir sollten viel eher die zu verhindernden Krankheiten und die Vor- und Nachteile der jeweiligen Impfungen sachlich und angstfrei darstellen [3]. Auch die Behörden sollten die bisherige Zurückhaltung ablegen, etwas Negatives zu Impfungen zu sagen (aus Angst, dies könnte Impfskepsis fördern). Denn die Forschung zeigt: Ausgewogene und transparente Informationen, die Offenlegung von Unsicherheiten und ungeklärten

Tabelle 1: Schlechte versus gute Impfkommunikation.

Schlechte Impfkommunikation	Gute Impfkommunikation
– Angst schüren, autoritäre Einstellung	– Transparenz, patientenorientierte Einstellung
«Impfungen sind sicher und wirksam.» [3, 116]	«Gerne erkläre ich Ihnen einzeln die Krankheiten und Impfungen dagegen, die ich heute für Ihre Tochter empfehle.»
«Wir führen heute bei Ihrem Kind die anstehenden Impfungen durch.»	«Welche Fragen haben Sie zur Krankheit, gegen die wir heute impfen könnten?» «Welche Fragen und Sorgen haben Sie zur Impfung?» [8]
«Sie sind verantwortlich dafür, wenn Sie nicht impfen und Ihr Kind Masern kriegt. An Masern kann man sterben.»	«Masern sind mehr als eine harmlose Kinderkrankheit. Das Kind ist sehr krank und kann auch bei unkompliziertem Verlauf tagelang apathisch mit hohem Fieber im Bett liegen, kaum essen oder trinken und kaum sprechen. Es wird 2 bis 3 Wochen lang intensive Pflege brauchen – ist das für Sie in Ihrer familiären Situation möglich?» [144]
«Jedes Jahr sterben 100 000 Personen an Masern – wollen Sie das?»	«Über 99% aller Masern-Toten treten in sehr armen Ländern auf [145, 146]. Das Risiko an Masern zu sterben, ist in der Schweiz sehr tief, maximal 1–3 von 10000.» [144]
«Wer gegen Masern impft, riskiert Autismus bei seinem Kind.»	«Es stimmt, es gibt Kinder, bei denen Autismus nach einer MMR-Impfung aufgetreten ist. Sowohl die Impfung als auch eine Autismus-Diagnose fällt meist in das 2. Lebensjahr. Dies hat bei manchen Leuten zum Eindruck geführt, hier bestehe ein Zusammenhang. Zahlreiche gross angelegte, seriöse Studien konnten jedoch keinen Zusammenhang zwischen der Masernimpfung und Autismus belegen.» [147–149]
«Wenn Sie ihr Kind nicht gegen HPV impfen lassen, riskieren Sie, dass es Krebs kriegt.»	«Gerne erkläre ich Ihnen, welche Krankheiten HPV auslösen kann.» [3] «Nach natürlicher HPV-Infektion ist die Immunität schwach, nicht langfristig und nicht schützend [42]. Nach der Impfung hingegen wird das Immunsystem zu einer natürlichen Antikörperbildung angeregt, die um ein Vielfaches höher liegt und auch länger anhält [3].»
«Wer sich gegen HPV impfen lässt, riskiert, an Multipler Sklerose zu erkranken.»	«Es gibt einzelne Fallberichte von sehr seltenen Komplikationen nach der HPV-Impfung. Beruhigend sind aber grosse, von Pharmafirmen unabhängige Untersuchungen mit Millionen von Frauen, die gezeigt haben, dass die HPV-Impfung sehr sicher und meist gut verträglich ist – ein Zusammenhang der HPV-Impfung mit schweren Autoimmunerkrankungen, Thrombosen, Unfruchtbarkeit usw. konnte nicht gezeigt werden.» [106, 107, 150]
Abbildungen mit Spritzen zeigen, z.B. aus der Kampagne «Jetzt gegen die Grippe impfen – sich und andere schützen» [151] (s. Abb. 1)	Keine Spritzen zeigen, weil sie Angst und Schmerz-Assoziationen hervorrufen können [152–154]. Positive Botschaften und Bilder (s. Abb. 2) zeigen die persönlichen Vorteile eines Impfschutzes [155]: Kurzvideos mit persönlichen Statements von geimpften Peers (hierarchisch Gleichgestellten) scheinen wirksamer als Impfempfehlungen von Prominenten und Vorgesetzten [157, 158].

Fragen [140] und das Zulassen von Kontroversen *erhöhen* das Vertrauen in die Ärzt:in, die Behörden und die Wissenschaft [13, 22, 117, 141–143] und so die Impfbereitschaft [140]. Impfkritisch eingestellte Personen zirkulieren untereinander manchmal Studien, die ihre Auffassungen bestätigen. Wenn wir diese Studien in der Impfaufklärung übergehen, gewinnen sie an Bedeutung. Es ist hilfreicher, diese zu kennen, zu erwähnen und in Relation zu anderen Studien zu setzen. Das Be-



Abbildung 1: Schlechte Impfkommunikation (Abbildungen mit Spritzen). Abbildung reproduziert mit freundlicher Genehmigung durch das Bundesamt für Gesundheit [151].

nennen von Risiken fördert das Vertrauen in die Ärzt:in. Es kann vertrauensbildend sein, wenn die Ärzt:in nicht nur infovac.ch, sondern auch Webseiten wie impf-info.de und individuelle-impfentscheidung.de kennt.

Kommunikationsbotschaft Nr. 7: Das Ziel ist für alle dasselbe: das Wohlergehen der Patient:innen und ihrer Kinder.

Wir müssen eventuell den Umgang mit unseren kritischen Patient:innen neu lernen und unsere Rolle als beste Fürsprecher:innen für sie zurückgewinnen [13, 14, 159]. Wir sollten uns das gemeinsame Ziel vergegenwärtigen: die beste Gesundheit für die Patient:innen bzw. ihre Kinder [159–161]. Auch Ärzt:innen sind oft verunsichert – umso mehr, wenn sie sich nicht genügend kompetent fühlen, die Fragen der impfskeptischen Patient:innen zu beantworten [12, 162, 163]. Oft fehlt im Praxisalltag die Zeit für ausführliche Impfgespräche [164]. Das Impfgespräch soll am besten als eine medizinische Prozedur («Intervention») betrachtet werden, die wir den jungen Kolleg:innen lehren sollen, und die fachlich gut vorbereitet und geübt sein will [165].

Impfungen gehören zweifellos zu den wichtigsten medizinischen Errungenschaften [155, 166] und die offiziellen Impfempfehlungen sind wissenschaftlich gut belegt [57]. Der schweizerische Impfplan liefert uns Ärzt:innen jedoch nicht das nötige Fachwissen, um alle Fragen zu beantworten, die von gut informierten Eltern/Patient:innen rund um das Impfen gestellt werden [113, 120, 167–181]. Denn die vielen und teils widersprüchlichen Informationen zum Impfen können zu Besorgnis und Verunsicherung führen [182]. Ja, auch den Aussagen der Ärzt:in stehen Patient:innen oft kritisch gegenüber, vor allem wenn die ärztliche Haltung nicht mit dem Patient:innenwissen übereinstimmt. Das Umsetzen des schweizerischen Impfplans gehört zweifelsohne zu den Aufgaben jeder Ärzt:in. Es kann sich im Gespräch mit impfskeptischen Patient:innen lohnen, das Dilemma offen anzusprechen: Die Ärzt:in hat die beste Gesundheit der Patient:in im Auge und vertritt nicht nur die *Public Health*-Interessen der Behörden und keineswegs «Vorgaben» der Impfstoffhersteller. Die Entgegennahme von Pharmageld schadet dem Vertrauen in die Unabhängigkeit der offiziellen Impfempfehlungen [183].

Kommunikationsbotschaft Nr. 8: Guter Umgang mit impfkritisch eingestellten Patient:innen ist möglich – es braucht aber gute Kommunikationskompetenz.

Mit impfskeptischen Personen zu arbeiten ist unproblematisch, will aber gelernt sein. Es braucht mehr als nur spezielle Kommunikationsstrategien [184]. Wir sollten die Beratung von impfskeptischen Personen als wichtige und lohnende Aufgabe ansehen – und nicht als mühsam [13] (siehe Tab. 2). Wiederum lohnt sich die Vergegenwärtigung des Spannungsfelds zwischen *Public Health*-Zielen (hohe Impfraten) und individual-



Abbildung 2: Gute Impfkommunikation zeigt keine Spritzen in Bildern. Abbildung reproduziert mit freundlicher Genehmigung durch das Bundesamt für Gesundheit [156].

medizinischen Perspektiven, in dem die Impfberatung steht [13, 22, 185–187]. Die meisten impfskeptischen Eltern sind nicht grundsätzlich gegen alle Impfungen, sondern lassen ihre Kinder im Rahmen einer vertrauensvollen Ärzt:innen-Patient:innen-Beziehung impfen [188], aber häufig nicht genau gemäss dem Impfplan. Gute Kommunikation hat heute deutlich an Bedeutung gewonnen, denn mehr Patient:innen als vor 30 Jahren sind heute gesundheits- und ernährungsbewusst, vorinformiert und skeptisch gegenüber Wissenschaft, Behörden und einer industriell geprägten Medizin [3, 13, 22, 33, 189–202].

Kommunikationsbotschaft Nr. 9: Der Umgang mit Impfskepsis ist nicht problematisch – es braucht aber gutes Faktenwissen.

Eine gute Kenntnis der Faktenlage ist essenziell für einen überlegten Impfscheid bei Patient:innen – aber auch für gute Impfberatung durch die Ärzt:in. Zahlreiche Bedenken umfassen legitime Diskussionspunkte, wie die beschränkte Wirksamkeit gewisser Impfungen bei älteren Menschen (z.B. Influenza, Pneumokokken), den Impfzeitpunkt gegen Geschlechtskrankheiten (Hepatitis B bei Kleinkindern, HPV bei 11- bis 14-Jährigen), oder dass Herdenimmunität nur für gewisse Erreger (Masern [144], HPV, Pneumokokkenimpfung bei Kindern zum Schutz der Senioren [51]), aber nicht für alle Impfungen zutrifft [111, 204]. Bei Erkrankungen (z.B. Tetanus), die nicht von Mensch zu Mensch übertragen werden, spielt der Herdenschutz keine Rolle. Und es gibt Keime, die auch von Geimpften übertragen werden können (z.B. Diphtherie, Pertussis [54, 205–207], Polio [208], SARS-CoV-2 [75, 76]) – dies sollen wir offen anerkennen und von der Wirksamkeit der Impfung gegen die Erkrankung trennen. Zur Sicherheit von

Tabelle 2: Zentrale Aspekte des ärztlichen Umgangs mit impfskeptischen Personen (modifiziert nach [8, 13, 14, 22, 185, 189, 201, 203]).

Zuerst über die Krankheit diskutieren, die wir mit der Impfung verhindern wollen – erst nachher die Impfung thematisieren.

Sich Zeit nehmen und Zeit geben – allenfalls Informationsmaterial und zweiten Termin anbieten.

Kenntnisse und Wünsche der Patient:innen eruieren:	Viele haben Impftemen bereits in Büchern, im sozialen Umfeld, im Internet recherchiert. Eltern sorgen sich eher um mögliche Langzeitnebenwirkungen von Impfungen, Jugendliche eher um unmittelbare Nebenwirkungen.
----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sorgen der Patient:innen ernst nehmen. Divergierende Ansichten nicht verurteilen, sondern versuchen, diese im Gespräch zu klären.

Gesundheit und Konstitution des Kindes miteinbeziehen.

Die Impfung angemessen empfehlen; gleichzeitig Patient:innen/Eltern in ihrem Entscheidungsprozess unterstützen, sie zum Entscheid und nach ihrem Entscheid begleiten.

Auf Diskrepanz zwischen Wunsch und Realität hinweisen (z.B. nicht impfen, aber Angst vor der Krankheit; keine Zeit für Kinderbetreuung, falls Kind erkrankt).

Impfungen gibt es umfangreiche Untersuchungen [147, 148, 209–226], aber sie sind den Ärzt:innen zu wenig bekannt.

Ein weiteres ethisch komplexes Thema: Um ungeimpfte, alte, oder immunsupprimierte Personen indirekt zu schützen, empfehlen wir Impfungen, bei denen die geimpfte Personen nur einen beschränkten persönlichen Nutzen hat (z.B. Grippeimpfung des Gesundheitspersonals, COVID-19-Impfung der Kinder und Jugendlichen) [97, 204].

Um mit Impfbedenken umzugehen, brauchen Ärzt:innen eine bessere Impfausbildung [227] und neue Entscheidungshilfen [140]. Unsere Forschung zeigt: Eine grosse Mehrheit der Ärzt:innen, Hebammen, Pflegenden und Apotheker:innen wünscht zusätzliche Impfausbildung [10]. Das BAG hat dieses Problem erkannt und wird zusammen mit der Swiss School of Public Health (SSPH+) und den Impfexpert:innen unseres nationalen Forschungsprogramms NFP74 neuartige e-Learning-Ausbildungsmodule entwickeln.

Kommunikationsbotschaft Nr. 10: Der gemeinsame Entscheidungsfindungsprozess ist ein zentrales Element bei der Impfberatung.

Die Mehrheit der Bevölkerung akzeptiert den Schweizerischen Impfplan bedenkenlos [16, 17]. Eine aufwendige Detailberatung (durch die Ärzt:in) und selbstbestimmte Entscheide (durch die Patient:in) stehen hier nicht im Vordergrund [14]. Ja, gemeinsame Entscheidungsprozesse könnten bei diesen Personen unnötig sein und sie überfordern. Aber im Umgang mit den 20 bis 40% impfskeptischen Personen scheint das *Shared*

Decision Making am ehesten ein vielversprechender Weg zu sein [14].

Das Dilemma der «guten» und der «problematischen» Patient:innen haben wir erwähnt [13]: Wissbegierige, autonome und gebildete Patient:innen (alles Eigenschaften, die die impfskeptischen Patient:innen häufig auszeichnen [180]), die sich an gesundheitlichen Entscheidungen beteiligen [228], gelten als «gute» Patient:innen. In Bezug auf Impfungen werden die gleichen Eigenschaften und somit die impfskeptischen Patient:innen aber oft als «problematisch» wahrgenommen.

Die ernsthafte Wertschätzung der Patient:innen-Autonomie ist gemäss der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften ein wichtiges Gut [14] – selbst wenn uns die Patient:innenentscheide falsch scheinen! Das Impfen darf hier keine Ausnahme machen. Die Patient:innen haben grundsätzlich ein Anrecht auf einen gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozess [14, 229–234]. Die Ärzt:in soll von einem offenen Ergebnis ausgehen, qualitativ hochstehende Informationen in verständlicher Form anbieten und den Entscheid der Patient:in respektieren. Diese patientenzentrierte Einstellung kommt nicht von alleine, wir müssen sie lernen und kultivieren [14]. Zum Entscheid für oder gegen eine Impfung *darf* jede Patient:in persönlich kommen [14] – ja sie *muss* selber entscheiden, weil wir in der Schweiz Impfblogatorien ablehnend gegenüber stehen [235].

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Die sieben wichtigsten Referenzen

- Poland CM, Brunson EK. The need for a multi-disciplinary perspective on vaccine hesitancy and acceptance. *Vaccine*. 2015 Jan;33(2):277–9. 10.1016/j.vaccine.2014.11.02225448096
- Deml MJ, Buhl A, Notter J, Kliem P, Huber BM, Pfeiffer C, et al. 'Problem patients and physicians' failures': What it means for doctors to counsel vaccine hesitant patients in Switzerland. *Social Science & Medicine*. 2020 Jun;255:112946.
- Deml MJ, Notter J, Kliem P, Buhl A, Huber BM, Pfeiffer C, et al. "We treat humans, not herds!": A qualitative study of complementary and alternative medicine (CAM) providers' individualized approaches to vaccination in Switzerland. *Social Science & Medicine* (1982). 2019 Nov;240:112556.
- Kahan DM. A risky science communication environment for vaccines. *Science*. 2013 Oct;342(6154):53–4. 10.1126/science.124572424092722
- Petersen MB, Bor A, Jørgensen F, Lindholt MF. Transparent communication about negative features of COVID-19 vaccines decreases acceptance but increases trust. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2021 Jul;118(29):e2024597118. 10.1073/pnas.202459711834292869
- Karafillakis E, Larson HJ. The paradox of vaccine hesitancy among healthcare professionals. *Clin Microbiol Infect*. 2018 Aug;24(8):799–800. 10.1016/j.cmi.2018.04.00129649595.
- Greenhalgh T. 'Health for me': a sociocultural analysis of healthism in the middle classes. *British Medical Bulletin*. 2004 Dec 1;69(1):197–213.

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter www.primary-hospital-care.ch.

Prof. Dr. med. Philip Tarr
Medizinische
Universitätsklinik
Kantonsspital Baselland
CH-4101 Bruderholz
[philip.tarr\[at\]unibas.ch](mailto:philip.tarr[at]unibas.ch)

Fazit für die Praxis

- Drücke dich nuanciert aus, wenn es um Impfungen geht.
- Unterscheide zwischen impfkritischer Einstellung (häufig) und Impfgegner:innen (selten).
- Betrachte Impfungen einzeln. Die meisten impfskeptischen Menschen haben Fragen und Sorgen, sind aber nicht pauschal gegen alle Impfungen.
- Vermeide pauschale Aussagen wie «Impfungen sind wirksam und sicher».
- Fördere Vorsorgeuntersuchungen vor allem auch bei 10- bis 14-Jährigen; nutze sie für die Impfberatung; sprich die Jugendlichen direkt an; gib ihnen die nötigen Informationen; gib ihnen Zeit für ihren Entscheid. Schulimpfprogramme sind wichtig und ergänzen die Vorsorgeuntersuchungen.
- Erinnere deine Patient:innen an ihre Impftermine.
- Schaffe eine angenehme Atmosphäre und kläre angstfrei auf. Deine Sprache und deine Bilder sollen die Gesundheit in den Vordergrund stellen.
- Erkenne den Wert des Entscheidungswegs: dieser braucht gerade bei impfskeptischen Patient:innen oft mehr Zeit.
- Ärzt:innen brauchen besseres Faktenwissen zu Impfungen. Kenne die Krankheiten, die du mit der Impfung verhindern möchtest, und die Sicherheits- und Wirksamkeits-Überlegungen zu den empfohlenen Impfungen.
- Wichtig ist, dass wir die Autonomie und somit die Impfscheide der Patient:in respektieren und unterstützen.