

## Informationen für eine ausgewogene und individuelle Impfberatung

# Impfskepsis – Teil 1: Einführung

Clara Zimmermann<sup>a</sup>, Lisa Schmid Thurneysen<sup>a</sup>, Michael J. Deml<sup>b</sup>, Bernhard Wingeier<sup>c</sup>, Caesar Gallmann<sup>d</sup>, Peter Carp<sup>e</sup>, Alexandre Delfino<sup>a</sup>, Rebecca Gafner<sup>a</sup>, Sophie Schudel<sup>a</sup>, Rebecca Engel<sup>a</sup>, Martin Iff<sup>f</sup>, Henriette Hug-Batschelet<sup>g</sup>, Martin Schmidt<sup>h</sup>, Pierino Avoledo<sup>i</sup>, Gisela Etter<sup>j</sup>, Benedikt M. Huber<sup>k</sup>, Philip Tarr<sup>a</sup>

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

Das Editorial zu diesem Artikel finden Sie auf S. 35 in dieser Ausgabe.

Schon viele Jahre vor der COVID-19-Pandemie war klar: Manche Personen zweifeln die Sicherheit, Wirksamkeit und den Nutzen von Impfungen an – sie impfen ihre Kinder oder sich selbst später als empfohlen, nur teilweise oder gar nicht. Wir möchten die Haus- und Kinderärzt:innen ermutigen, Impfskepsis als Phänomen unserer pluralistischen Gesellschaft zu betrachten, das grundlegende medizinische und soziokulturelle Entwicklungen zum Ausdruck bringt. Impfskeptische Patient:innen sind eine Herausforderung und eine Bereicherung für den Praxisalltag. Sie wollen das Beste für ihre Gesundheit und die Gesundheit ihrer Familie.

<sup>a</sup> Für weitere Informationen: <http://www.nfp74.ch/de/projekte/ambulante-versorgung/projekt-tarr>

## Einleitung

Impfskepsis ist ein emotional gefärbtes Phänomen, das Ärzt:innen verunsichern kann und bei Gesundheitsbehörden für Perplexität sorgt [1–3]. In der Schweiz gibt es wenige Daten, aber global gewann Impfskepsis schon vor der COVID-19-Pandemie an Aufmerksamkeit [4]: So bezeichnete die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2015 Impfskepsis als wachsende Herausforderung [5–8] und 2019 als eine der zehn grössten Bedrohungen für die globale Gesundheit – gemeinsam mit Ebola, HIV und globalen Influenza-Pandemien [9]. Es sei dringend notwendig, die Sichtweisen und Motivationen von impfskeptischen Personen zu verstehen [5, 8, 10]. Unser Ziel ist es, in zwei PHC-Artikeln die Hintergründe zur Impfskepsis sowie praktische Empfehlungen zusammenzufassen, die wir im Rahmen unseres Nationalen Forschungsprojekts NFP74 [4, 11, 12] bei Eltern, Jugendlichen und Ärzt:innen gewonnen haben. <sup>a</sup>

## Was ist Impfskepsis?

Eine allgemein akzeptierte Definition ist erstaunlich schwierig zu finden [3, 13–15]. Im Gespräch wissen die Meisten aber sofort, worum es geht: Es geht um Personen, die Zweifel an der Sicherheit, Wirksamkeit, dem Nutzen oder Notwendigkeit von Impfungen haben [8, 16, 17]. Die skeptische *Einstellung* (psychologischer

Zustand) sollte vom *Verhalten* (bildet sich in den Impfraten ab) unterscheiden werden: Denn impfskeptische Personen impfen oft wie empfohlen, gelegentlich aber auch später oder selektiv (gewisse Impfungen, aber nicht alle) [1, 18]. Die meisten impfskeptischen Eltern sind also keine Impfgegner:innen [19, 20]. Daher ist es kontraproduktiv, sie pauschal als Impfgegner:innen zu stigmatisieren.

## Wie häufig kommt Impfskepsis vor?

20–30% der Bevölkerung in Westeuropa gelten als impfskeptisch [21–23]. Die Schweiz gehört Umfragen zufolge nach Frankreich zu den impfskeptischsten Ländern weltweit [21]; Impfungen sind in reicheren Ländern eher umstritten als in ärmeren Ländern – weil

## 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.



die mit Impfungen verhinderten Krankheiten kaum mehr sichtbar sind, könnten Impfungen Opfer ihres eigenen Erfolgs geworden sein [21, 24–29]. Nur 1–3% der Bevölkerung gelten hingegen als echte «Impfgegner» [21, 30–32]: Sie impfen aus verschiedenen Gründen gar nicht und bedienen teilweise Verschwörungstheorien [24, 26, 33–35].

### Nehmen die Impfraten in der Schweiz ab?

Nein, davon kann keine Rede sein. Diesen Eindruck könnte man aber aufgrund der Berichterstattungen bekommen. So waren viele Länder vor über 10 Jahren mit vermeintlich mit der HPV-Impfung zusammenhängenden Nebenwirkungen konfrontiert [36–42]. Japan hat gar die HPV-Impfempfehlung 2013 zurückgezogen. Die Bedenken erwiesen sich als unbegründet [43–45], das Vertrauen in die HPV-Impfung liess sich aber wegen inadäquater Behördenkommunikation

nicht wiederherstellen [39] (die Impfrate bei jungen japanischen Frauen sank von >70% auf <5% [46]). Die Bevölkerung der Schweiz ist hingegen grundsätzlich gut geimpft – die Impfraten der Kinderimpfungen sind bei uns stabil hoch bzw. steigend [47–51] (Abb. 1).

### Ist also die Durchimpfung der Schweizer Bevölkerung im gewünschten Bereich?

Noch nicht überall. Wie so oft lohnt sich eine differenzierte Betrachtung (Abb. 1):

Die **Masernimpfung** ist das am hitzigsten diskutierten Thema. Während der Epidemie 2007–2009 war die Schweiz das Land mit der bei weitem höchsten Maserninzidenz Europas [23, 52, 53]. Seither sind die Impfraten deutlich gestiegen [47, 48, 50, 51]. Das BAG-Ziel der 95% Masern-Durchimpfung, das theoretisch für einen Bevölkerungsschutz («Herdenimmunität») notwendig wäre, wird in den meisten Kantonen noch nicht erreicht: 2019 traten wieder 221 Masernfälle in der Schweiz auf [54], nachdem die WHO die Masern in der Schweiz 2018 als eliminiert deklarierte [47, 54].

Die **FSME-Impfraten** sind deutlich gestiegen, nicht zuletzt, weil seit 2008 dank Sentinella-Überwachung [53] die Zeckenstichraten breit kommuniziert werden und so ein grosses Echo in den Medien und in der Bevölkerung auslösen [56, 57].

Die folgenden Impfraten sind deutlich tiefer als das BAG anstrebt:

- Die **Hepatitis B-Impfrate** der Jugendlichen stieg in den letzten 10 Jahren nicht über 74% [48], wahrscheinlich weil Jugendliche schwierig «erreichbar» sind; d.h. die meisten Jugendlichen sind gesund und gehen nicht regelmässig zum Arzt / zur Ärztin. Daher (und nicht weil sich Säuglinge in der Schweiz mit Hepatitis B anstecken) empfiehlt das BAG seit 2019, die Hepatitis B-Impfung in die Sechsfach-Säuglingsimpfung hineinzunehmen [19].
- Die Raten der **Grippeimpfungen** stagnieren in ganz Europa [58, 59]. Das Impfziel des BAG ist, 75% der Personen >65 Jahren zu impfen [60]. Tatsächlich sind in Europa <50% [58] und in der Schweiz (repräsentative Umfrage März 2021) 38% der >65-Jährigen geimpft [61]. Mit 18–26% liegt die Impfrate beim Gesundheitspersonal noch tiefer [49, 59, 61]. Da die Grippeimpfung deutlich weniger wirksam ist als oft kommuniziert wird, scheint Impfskepsis verständlich (siehe unseren Artikel in PHC 2/2021 [62]).
- Bei der **HPV-Impfung** sind die Impfraten tief [63, 64] und die kantonalen Unterschiede gross [64]. Es besteht insbesondere Steigerungspotenzial, seit neuerdings klare Daten vorliegen, dass die HPV-Impfung nicht nur Dysplasien, sondern auch das Zervixkarzinom wirksam verhindert [65]. Neu liegen

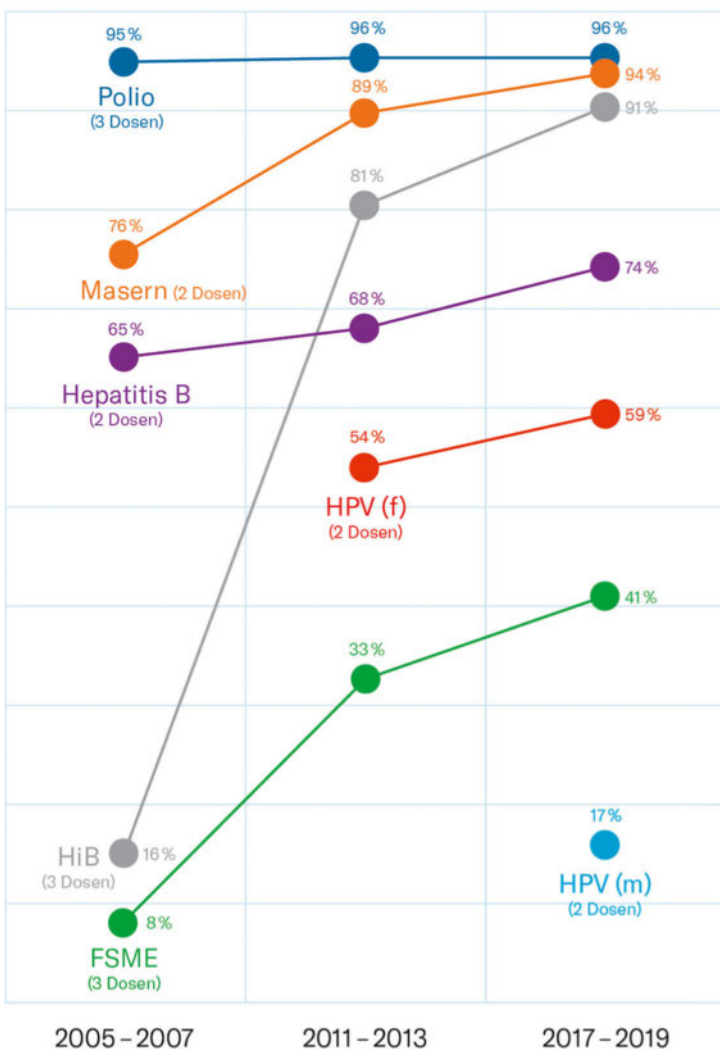


Abbildung 1: Durchimpfungen bei 16-jährigen Jugendlichen in der Schweiz (erstellt nach [50, 51]).



Im Teil 2 dieses Artikels (erscheint in PHC-Ausgabe 03/2022) machen wir konkrete Vorschläge, um die Impfberatung und -kommunikation zu verbessern. Zum Beispiel sollten wir es vermeiden, Spritzen zu zeigen, weil sie Angst und Schmerz-Assoziationen hervorrufen können. Positive Impfbotschaften und -bilder zeigen die persönlichen Vorteile des Impfschutzes. © Viktoriia Kolomiets | Dreamstime.com.

auch Zahlen für junge Männer vor [50, 51] – bei ihnen ist der Zugang zur Impfung ungenügend und die Impfpflicht (seit 2015 [66]) wurde noch zu wenig überzeugend kommuniziert [67].

### Sind ungenügende Impfquoten in der Schweiz ausschliesslich durch Impfskepsis bedingt?

Nein. Der Zugang zu Impfungen [2] kann auch in einem reichen Land wie der Schweiz problematisch sein. In Kantonen, in denen z.B. die HPV-Impfung über Schulimpfprogramme durchgeführt wird, liegt die Impfquote bei Jugendlichen höher (Frauen: 54%, Männer: 13%) als in Kantonen ohne Schulimpfprogramme (Frauen: 43%, Männer: 9%) [51, 68, 69]. Der behördliche Einsatz für einen leichten Zugang zur HPV-Impfung und für gute HPV-Impfinformationen auf den kantonalen Webseiten ist sehr unterschiedlich [70, 71]. In gewissen Kantonen scheint die Haltung zu sein, dass Impfungen eine persönliche Angelegenheit zwischen dem Individuum und ihrem Arzt oder ihrer Ärztin sind, und sich die Regierung nicht einmischen sollte [70]. Es wäre wünschenswert, dass empfohlene Impfungen für die vorgesehenen Personen in allen Kantonen gleich einfach zugänglich [72] und eine individualisierte, offene und adäquate Impfberatung gewährleistet ist. Hierfür eignen sich insbesondere die pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen im Alter von 10–14 Jahren. Neben der Impfberatung sind Fragen oder Probleme in der Schu-

le, im sozialen Umfeld, mit Sexualität, Verhütung, Medienüberkonsum oder Drogen wichtige Themen in dieser Altersgruppe.

### Wird in der französisch- und italienischsprachigen Schweiz weniger geimpft als in der Deutschschweiz?

Allgemein ist das Gegenteil der Fall – die Westschweiz und das Tessin haben beispielsweise höhere Masern- und HPV-Impfquoten als die Deutschschweiz [73, 74]. Dies wird teilweise durch sozio-politische Unterschiede erklärt (z.B. Vertrauen in eine «starke» Regierung, «etatistische» Einstellung in der Romandie) [70]. Dies sind allerdings grobe Vereinfachungen. Die Impfquoten und behördlichen Impfprogramme sind von Kanton zu Kanton und innerhalb der Sprachregionen unterschiedlich.

### Sind in der Schweiz Impfpflichten nötig, um die Impfquoten zu steigern?

Nein – auch wenn man diesen Eindruck aufgrund des Medienechos gewinnen könnte. Das BAG strebt keine Impfpflichten an. Expert:innen [75–78] und Berufsverbände [79, 80] mahnen sehr zu Zurückhaltung in dieser Frage.

### Gibt es auch impfskeptische Ärzt:innen?

Ja, [14, 17, 81–86] und dies ist ein wichtiger Punkt. Zahlreiche, v.a. Komplementärmedizinisch-orientierte Ärzt:innen stehen den offiziellen Impfpflichtungen skeptisch gegenüber; dies zeigen internationale Studien [15, 81, 82, 84, 86] wie auch unsere Schweizer Forschungsergebnisse [17, 87, 88]. Offensichtlich konnte also in der Bevölkerung und Ärzteschaft eine stabile Überzeugung in den Nutzen von gewissen Impfungen (z.B. Polio, Tetanus, FSME), nicht aber von anderen Impfungen (z.B. Influenza, HPV) aufgebaut werden [3]. Impfskepsis hat zudem eine teilweise Berechtigung, da wir über *unspezifische* (erwünschte oder unerwünschte) Wirkungen von Impfungen immer noch wenig wissen [89–92]. Impfskeptische Ärzt:innen empfehlen ihren Patient:innen Impfungen mit weniger Überzeugung [15, 85, 93, 94]. Dies kann Patient:innen dazu bewegen, nicht oder nicht nach den offiziellen Empfehlungen zu impfen [95–97].

### Wieso sind gewisse Ärzt:innen impfskeptisch?

Ärzt:innen teilen teilweise die gleichen Bedenken wie ihre Patient:innen [94,98]. Oder sie legen Wert darauf, dass nicht alle nach dem gleichen vorgelegten Plan geimpft werden. Sondern, dass dem Impfscheid ein Prozess gemäss *Shared decision making* zugrunde liegen sollte [99–101]. Andere Ärzt:innen haben nicht

## Kasten 1: Häufige Sicherheitsbedenken bezüglich Impfungen

### Masern-Impfung und Autismus

- Ein Zusammenhang zwischen der Masern-Impfung und Autismus besteht nicht [102] – dies zeigen zahlreiche solide, grossangelegte Studien [103–118].
- Andrew Wakefield, der diesen Zusammenhang 1998 suggerierte, wurde aufgrund von ethischem, medizinischem und wissenschaftlichem Fehlverhalten die ärztliche Lizenz entzogen [119].

### Keuchhustenimpfung und Asthma

- Einige Beobachtungsstudien berichteten über ein erhöhtes Risiko für Asthma und atopische Erkrankungen bei Kindern nach der Keuchhustenimpfung [120–122].
- In grossangelegten Studien konnte dieser Zusammenhang nicht festgestellt werden [123–126].

### Fünffach-Kinderimpfung (Diphtherie-Tetanus-Pertussis-Polio-Haemophilus) und Atopie

- Die Ergebnisse kleinerer Studien sind uneinheitlich [127–129].
- Grosse epidemiologische Studien konnten den Zusammenhang nicht bestätigen [130].

### Hepatitis B-Impfung und Multiple Sklerose

- Komplexe Datenlage [131–134]: In Frankreich wurde die Impfung 1998 aufgrund von Fallberichten über ZNS-Störungen nach Hepatitis B-Impfungen ausgesetzt [131, 135–139].
- Die grosse Mehrheit solider Studien konnte keinen Zusammenhang bestätigen [136, 139–147].

### Grippeimpfung, Guillain-Barré-Syndrom (GBS) und andere neurologische Komplikationen

- Einzelfälle wurden beschrieben, z.B. akute demyelinisierende Enzephalomyelitis [148–152], Enzephalitis [153], transverse Myelitis [154]; kausale Zusammenhänge gelten als sehr unwahrscheinlich [62].
- Bei 1:1 Million liegt einem GBS eine Grippeimpfung zugrunde [155, 156] – das GBS-Risiko nach Influenzaerkrankung ist jedoch deutlich höher als nach der Grippeimpfung [157, 158].

### Zusätze in Impfstoffen

- **Aluminium** und andere immunstimulierende **Adjuvantien**: in sehr geringen Mengen in gewissen Impfungen enthalten.
  - Adjuvantien können theoretisch immunologische Mechanismen triggern, die mit Autoimmunerkrankungen assoziiert sind [159–163].
  - Die Studienlage ist bescheiden, obwohl Aluminium seit 1926 in einigen Impfungen enthalten ist; es gibt keine Hinweise auf Neuro- oder andere Toxizitäten [161, 164–167].
- **Formaldehyd** dient dazu, Impfviren zu inaktivieren (abzutöten).
  - Die Konzentrationen liegen weit unter den toxikologischen Grenzwerten und gelten als unbedenklich [168, 169].
- **Quecksilber**
  - Früher als wirksames und sicheres Konservierungsmittel (Thiomersal) in vielen Impfungen und Wunddesinfektionsmitteln (z.B. Mercurochrom, Merfen) enthalten [170–174].
  - Es konnte kein Zusammenhang zwischen Neurotoxizität (für Kleinkinder) und Quecksilber in Impfungen bestätigt werden [173–177]; das Risiko für Föten, Frühgeburten und Säuglinge mit niedrigem Geburtsgewicht gilt als extrem gering [174] – Quecksilber ist heute trotzdem aus den Impfungen verschwunden, v.a. aus kommunikativen Gründen [178].
  - Die Kinetik der Quecksilberexposition im Blut (z.B. nach Fischkonsum) unterscheidet sich massgebend von derjenigen nach i.m. Gabe thiomersalhaltiger Impfstoffe [171]: Oral wird Quecksilber zu 95% absorbiert und verteilt sich in allen Geweben, einschliesslich im ZNS, und ist plazentagängig [174] → Empfehlung, während der Schwangerschaft und Stillzeit auf fetten Fisch zu verzichten [173].

genügend Zeit und Impffachwissen für die Impfberatung von gut informierten Patient:innen mit vielen Sorgen und Fragen [14, 81]. Ärzt:innen müssen unbedingt gutes epidemiologisches, infektiologisches und immunologisches Faktenwissen haben und die häufigsten Patient:innensorgen bzgl. Notwendigkeit und

Impfsicherheit kennen (Kasten 1). Es ist sonst unwahrscheinlich, dass sie gute patientenzentrierte Impfberatungen machen können [84].

### Ist Impfskepsis etwas Positives?

Absolut! Eine kritische Einstellung zu Impfungen sollte nicht – wie bisher üblich und ohne Erfolg – als Wissensdefizit [179, 180] oder als Impfgegnertum abgewertet werden. Es handelt sich meist vielmehr um ein wohlüberlegtes Hinterfragen von Impfungen, in der Absicht, die eigene oder die Gesundheit der Kinder bestmöglich zu fördern [181–183]. Wichtig ist, die Eltern bei der Auswahl geeigneter Informationsquellen zu unterstützen und den Reflexions- und Entscheidungsprozess durch sachliche Aufklärung, eine gute Beziehung und ausreichend Zeit zu fördern (die ärztliche Einstellung des *Motivational Interviewing* kann dabei hilfreich sein [184–189]).

### Sind impfskeptische Personen schwierige Patient:innen?

Sie werden oft als «schwierig» charakterisiert, weil sie teilweise ungewöhnliche Einstellungen und viele Fragen haben. Ihre Beratung wird oft als zeitintensiv und anstrengend empfunden und manche Ärzt:innen wünschen sich, dass impfskeptische Patient:innen nicht mehr zu ihnen kommen [190]. Bei der Beratung von impfskeptischen Patient:innen kommen grundlegende Paradoxa in der Ärzt:innen-Patient:innen-Beziehung zum Ausdruck [17]: Als «gute» Patient:innen gelten generell Personen, die wissbegierig sind und aktiv an Gesundheitsentscheidungen beteiligt sein wollen [17, 191–193]. Impfskeptische Personen weisen oft diese Eigenschaften auf [194]. Wenn sie jedoch die Impfeempfehlungen des Arztes oder der Ärztin hinterfragen, werden sie als «schwierig» empfunden [17, 192, 193, 195, 196]. «Gute» Ärzt:innen sind geduldige Zuhörer:innen und einfühlsame Kommunikator:innen, welche die Patient:innen in Entscheide einbeziehen. Wenn sich ihre Patient:innen nicht an die offiziellen Impfeempfehlungen halten wollen, laufen Ärzt:innen aber Gefahr, in den Augen der Behörden und Kolleg:innen zu «schlechten» Ärzt:innen zu werden [17]. Diese widersprüchlichen Erwartungen, die unterschiedlichen Impfeinstellungen im sozialen Umfeld und der «Informationsüberfluss» in den elektronischen Medien können die Ärzt:innen und ihre gut informierten Patient:innen verunsichern [197].

### Welche Faktoren bestimmen den Impfscheid?

Der Entscheid zu impfen, wird heute als Prozess angesehen, der massgebend durch das soziale [198,199] und kulturelle [3] Umfeld beeinflusst wird: In einem impf-

## Kasten 2: «Healthism» und grundlegende soziokulturelle Veränderungen in den letzten 50 Jahren

(modifiziert nach [218, 219, 221, 226, 227])

- Patient:innen haben heute Zugang zu wesentlich mehr Informationen in sozialen Medien und elektronischen Netzwerken als früher.
- Steigendes Misstrauen gegenüber Ärzt:innen und der Wissenschaft, teils bedingt durch die Masse an verfügbaren, widersprüchlichen Informationen.
- Medizinalisierung aller Lebensbereiche (Lebensmittelauswahl, Freizeitaktivitäten, Bewältigung von Lebensereignissen) → hohes Gesundheitsbewusstsein.
- Abnahme der Toleranz gegenüber leichten körperlichen Symptomen (Somatisierung); durch Medizinalisierung sind unrealistische Erwartungshaltungen entstanden.
- Kommerzialisierung der individuellen Gesundheit. Zunehmendes mediales Interesse an Gesundheitsthemen → Klima der Unsicherheit und Besorgnis über Krankheiten.
- Genereller Trend hin zur Selbstreflexion und -wahrnehmung («the cult of the individual»).
- Grosse Fortschritte in den Gesundheitstechnologien: Reduktion der Sterblichkeit durch akute Infektionskrankheiten, Erhöhung der Lebenserwartung → hohe Gesundheitserwartungen.
- Durch Globalisierung sind auch Risiken global: Fokus der Patient:innen liegt eher auf Risiken und Nebenwirkungen als auf Nutzen.

skeptischen persönlichen Umfeld wird weniger gepflegt als in einem unkritischeren Umfeld [199]. Der wichtigste Faktor in zahlreichen Untersuchungen ist das Vertrauen in den behandelnden Arzt oder die Ärztin [14, 138, 200–203]: Wenn sich Patient:innen bei Ärzt:innen gut aufgehoben fühlen, dann werden sie eher der ärztlichen Impfpflicht folgen [14, 204, 205]. Wichtige Einflussfaktoren sind zudem das Wissen des Arztes oder der Ärztin, eine patientenzentrierte Einstellung und ein Kommunikationsstil, der die Sorgen der Patient:innen ernst nimmt und sich genügend Zeit nimmt [81, 204, 206–216]. Interessant: Diese Charakteristika entsprechen am ehesten der Impfaberaterstätigkeit von komplementärmedizinisch tätigen Ärzt:innen [217].

### Entspricht Impfskepsis dem Zeitgeist?

Impfskepsis sollte nicht als isoliertes Phänomen, sondern im Kontext von grösseren soziokulturellen Trends betrachtet werden [2, 3, 138, 218–220]. Damit sind Phänomene wie «postmoderne Medizin» [221] oder «Healthism» [219] gemeint (Kasten 2). In den letzten 50 Jahren hat das Hinterfragen von wissenschaftlichen Erkenntnissen zu- und das Vertrauen gegenüber Ärzt:innen, Behörden und anderen Autoritätspersonen abgenommen [24, 222, 223]. Dadurch sind die Anforderungen an die Ärzt:innen-Patient:innen-Beziehung und an die ärztliche und behördliche Kommunikation stark gestiegen. Dies sind nicht kurzlebige Trends, d.h. Impfskepsis ist kaum ein «Modephänomen», das bald wieder verschwindet. Viele Patient:innen begnügen sich heute nicht mehr mit der

«passiven» Entgegennahme von Anweisungen, die sie von ärztlichen oder behördlichen «Autoritäten» erhalten. Sie wollen vermehrt aktiv an Diskussionen teilnehmen, Eigenverantwortung übernehmen [72, 138, 217, 224] und wünschen sich individuelle Beratungen durch den Arzt oder die Ärztin. In den Medien, an den Universitäten und in der Wissenschaft ist patientenzentrierte, «personalisierte» bzw. «individualisierte» Medizin zwar bestens etabliert [99, 225], Impfungen machten dabei aber bisher eine bemerkenswerte Ausnahme.

### Kann ein Arzt oder eine Ärztin gleichzeitig die öffentliche Gesundheit berücksichtigen und eine patientenorientierte, individualisierte Medizin praktizieren?

Ja. Impfen findet immer in diesem Spannungsfeld statt, welches Ärzt:innen aushalten müssen. Die Impfprogramme der Gesundheitsbehörden sind nur mit hohen Impfraten wirksam. Die Behörden erwarten daher von den Ärzt:innen, dass sie die Basisimpfungen empfehlen [17, 19, 228]. Das abstrakte Konstrukt der «öffentlichen» Gesundheit ist allerdings nicht einfach zu vermitteln: Wenn z.B. ein einzelner Arzt einer einzelnen Patientin gegenübersteht, dann handelt es sich um eine individuelle ärztliche Beziehung. Der Arzt muss sich bei der Impfberatung Überlegungen zur öffentlichen Gesundheit machen, ohne die individuellen Wünsche, Sorgen und den sozial-familiären Kontext der Patientin und deren Entscheidungsautonomie zu vernachlässigen [217]. Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften weist darauf hin: Eine patientenzentrierte Einstellung besteht nicht automatisch – sie muss von Ärzt:innen kultiviert werden [101]. Bei den 70-80% der Bevölkerung, die keine Bedenken zur Sicherheit und zum Nutzen von Impfungen haben, hat eine individualisierte Impfberatung allerdings keine Priorität.

### Was hat Komplementärmedizin (KM) mit Impfskepsis zu tun?

Komplementärmedizin erfreut sich grosser Beliebtheit: 25-50% der Schweizer Bevölkerung geben an, KM zu nutzen [229–231]. Die Inanspruchnahme von KM korreliert mit Impfskepsis [219][232]: Personen, die KM anwenden, sind impfskeptischer als KM-Nichtanwender [233–238]. Das Misstrauen in die Schulmedizin scheint dabei der weitaus wichtigere Faktor zu sein als das Vertrauen in KM [233]. Impfskeptische Personen nehmen Schulmedizin zum Teil als unpersönlich, industriell, rigid und korrumpierbar wahr. Sie betonen oft ihre eigene Expertise und Autonomie und werden von KM-Ärzt:innen und anderen KM-Anbieter:innen

in ihrer Impfskepsis oft unterstützt [222]. Sie bevorzugen «individualisierte» Impfpläne, die sie im sozialen Umfeld oder in gemeinsamer Entscheidungsfindung mit KM-Anbieter:innen entwickeln. KM-Ärzt:innen spielen daher bei der Impfberatung von impfskeptischen Eltern eine wichtige *public health*-Rolle [72, 217]. Leider gibt es nur wenig Forschung zu Impfskepsis, die explizit KM-Ärzt:innen einbezieht – oft wurden sie pauschal als Impfgegner:innen abgewertet [3, 205, 222, 239]. Im Rahmen unseres Nationalen Forschungsprojekts [4,11] arbeiten wir mit KM-Ärzt:innen zusammen, um ihre Motivationen und Arbeitsweisen besser zu verstehen [5, 8, 10]. Unsere Ergebnisse, wie auch offizielle Stellungnahmen der anthroposophischen und homöopathischen Ärztesgesellschaften [240–242] zeigen, dass KM-Ärzt:innen und deren Patient:innen, entgegen des gängigen Stereotyps [73], nicht kategorisch gegen Impfungen sind.

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

### Können wir etwas von unseren komplementärmedizinisch tätigen Kolleg:innen lernen?

Ja unbedingt – dies scheint der Schlüssel zu einem patientenzentrierten, entspannten und erfolgreichen Umgang mit impfskeptischen Personen zu sein. Im

## Fazit für die Praxis

- Die Schweizer Bevölkerung ist grundsätzlich gut geimpft.
- Impfskepsis existiert bei Patient:innen und Ärzt:innen.
- Ca. 20–30% der Bevölkerung gelten als impfskeptisch – sie impfen ihre Kinder, aber nicht immer den offiziellen Empfehlungen entsprechend.
- Nur 1–3% der Bevölkerung gelten als Impfgegner:innen.
- Wichtigster Faktor beim Impfscheid ist das Vertrauen und das offene Gespräch mit dem Arzt oder der Ärztin.
- Impfskeptiker:innen haben viele Fragen und Sorgen – sie sollten in Impfscheide einbezogen werden.
- Impfskepsis muss im Kontext von grösseren soziokulturellen Veränderungen betrachtet werden

Rahmen unseres Forschungsprojekts haben wir bereits gemeinsam mit KM-Kolleg:innen mehrere Artikel für Hausärzt:innen geschrieben [67, 243, 244] und die gemachten Erfahrungen wissenschaftlich analysiert [12]. Diese Ansätze (Zeit nehmen, transparentes Informieren über Vor- und mögliche Nachteile von Impfungen, Impfsorgen ernst nehmen, Patient:innen in Impfscheide einbeziehen) scheinen uns ein vielversprechender und innovativer Weg, um die Impfberatung von impfskeptischen Eltern zu verbessern. In der PHC Ausgabe 3/2021 werden wir praktische Vorschläge für eine erfolgreiche Impfberatung und -kommunikation vorstellen.

### Disclosure statement

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

### Die fünf wichtigsten Referenzen

- 3 Peretti-Watel P, Ward JK, Schulz WS, Verger P, Larson HJ. Vaccine Hesitancy: Clarifying a Theoretical Framework for an Ambiguous Notion. *Public Libr Sci PLoS Curr*. 2015
- 17 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. *Soc Sci Med*. 2020 Jun;255:112946. 10.1016/j.socscimed.2020.11294632311515
- 181 Ward P. Labelling anti-vaxxers as bad parents doesn't help - it just leads to more distrust in science [Internet]. *The Guardian* 13 May 2019. <https://www.theguardian.com/commentisfree/2019/may/13/labelling-anti-vaxxers-as-bad-parents-doesnt-help-it-just-leads-to-more-distrust-in-science>
- 217 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. *Soc Sci Med*. 2019 Nov;240:112556. 10.1016/j.socscimed.2019.11255631563005The page range was updated but differs from the author's original: 1–10.)
- 219 Greenhalgh T, Wessely S. 'Health for me': a sociocultural analysis of healthism in the middle classes. *Br Med Bull*. 2004;69(1):197–213. 10.1093/bmb/ldh01315226207

### Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter [www.primary-hospital-care.ch](http://www.primary-hospital-care.ch).