

Wolfgang Böhm
Vorsitzender

An alle
Mitglieder des Bundestages

Wilhelm-Kopf-Straße 15
71672 Marbach am Neckar
Tel.: 0 71 44 – 86 25 35
Fax: 0 71 44 – 86 25 36

Den 05.11.2006

Entwurf des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

Einwendungen gegen § 20 d im Gesetzentwurf, die beitragen, Ausgaben der GKV in Milliardenhöhe einzusparen

Sehr geehrte Damen und Herren,

während Sie im Rahmen der Beratungen dieses Gesetzentwurfes intensiv mit der Einnahmeerhöhung durch weitere Beitragszahler und der Deckelung der Behandlungskosten durch Leistungseinschränkungen beschäftigt werden, wird ein Bereich, der Milliardenkosten verursacht, völlig unzureichend unter die Lupe genommen: die Prävention. Bereits mit dem 2001 in Kraft getretenen Infektionsschutzgesetz wurden Impfungen zu den sichersten und wirksamsten Maßnahmen der Prävention erhoben, ohne dass der Nachweis der Wirksamkeit von Impfungen bis heute vorgelegt werden konnte.

Mit dem o. g. Gesetzentwurf wird dieser nicht nur für die GKV (finanz-)schädigende Weg weiter beschritten. Mit diesem Gesetz sollen die Krankenkassen gezwungen werden, zukünftig die Kosten aller von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Impfungen zu übernehmen (siehe § 20 d). Die GKV schreibt hierzu in ihrer politischen Bewertung des Referentenentwurfes eines GKV-WSG vom 12.10.2006: „Die einseitige Verpflichtung der GKV zur Übernahme aller Schutzimpfungen entlasten die öffentlichen Haushalte und Arbeitgeber. Sie verursacht zusammen mit arbeitsschutzpflichtigen Impfungen, gerade erweitertem Standardimpfkatalog (Pneumokokken, Keuchhusten, Meningokokken) sowie weiteren von der STIKO vorbereiteten Empfehlungen **einen Kostenschub von geschätzt mindestens 1,6 Mrd. Euro (GKV-Ausgaben 2005: 0,9 Mrd. Euro) mit jährlichen Folgekosten.**“

Als Regulativ ist zwar noch der Gemeinsame Bundesausschuss dazwischen geschaltet. Da jedoch davon ausgegangen wird, dass die Fachkompetenz bei der STIKO angesiedelt ist, bedarf es einer besonderen Begründung innerhalb einer bestimmten Frist, falls der Gemeinsame Bundesausschuss von den Empfehlungen der STIKO abzuweichen beabsichtigt.

Ein solches Vorgehen wäre gerechtfertigt, wenn Impfungen als Präventionsmaßnahme tatsächlich, wie in der Begründung zu § 20 d behauptet wird,

a) den Geimpften vor Infektionskrankheiten mit mitunter schwerwiegenden Komplikationen, darunter auch Krankheiten, für die es keine oder nur begrenzte Therapiemöglichkeiten gibt, schützen und eine Schädigung des Ungeborenen durch eine Infektion in der Schwangerschaft für einige Erreger verhindert werden könnte;

b) den Ausbruch und die Weiterverbreitung von Epidemien durch einen Kollektivschutz verhindern könnte;

c) zu den kosteneffektivsten Präventionsmaßnahmen zählten, Krankheitskosten vermeiden helfen und teilweise sogar zu Kosteneinsparungen führen würden.

Dies ist aufgrund der heute vorliegenden medizinisch-wissenschaftlichen Evidenz nicht der Fall!

Die wenigen nachfolgenden Beispiele zeigen, dass es andere Gründe gibt, die für das Verschwinden von Infektionskrankheiten entscheidend sind, das Verschwinden aber von der Pharmaindustrie und von ihr beeinflussten Organisationen aus nicht gerechtfertigten Gründen als Erfolg der Impfung gewertet wird. Es ist deshalb grob fahrlässig, den § 20 d in dieses Gesetz aufzunehmen, bevor nicht in einem öffentlichen wissenschaftlichen Diskurs, dem nur Tatsachen und keine Hypothesen zugrunde gelegt werden, die Sinnhaftigkeit und die Wirksamkeit von Impfungen geprüft worden sind.

Die Herausnahme des § 20 d aus dem Gesetzentwurf führt zu keiner Verschlechterung des Wettbewerbsstärkungsgesetzes - im Gegenteil: während andere Regelungen den Wettbewerb unter den Krankenkassen fördern, werden sie durch die Regelungen in § 20 d zu einheitlichem Handeln verpflichtet, was dem Wettbewerbsgedanken geradezu widerspricht, da sich die Prävention dadurch auf Impfungen konzentriert. § 20 d gehört seinem Inhalt und den Zielen gemäß in den geplanten Entwurf des Präventionsgesetzes aufgenommen. Dies hätte auch den Vorteil, im Vorfeld des Verfahrens des Präventionsgesetzes das Impfdogma überprüfen zu können, ohne dass die Gesundheitsreform dadurch ins Stocken geriete.

Wir fordern Sie deshalb im Interesse aller Bürger auf,

- **die Aufnahme des § 20 d in dieses Gesetz abzulehnen und**
- **einen öffentlichen Diskurs über das Impfdogma durchzuführen, bevor diese und andere Regelungen Impfungen betreffend in den Entwurf des Präventionsgesetzes aufgenommen werden (zu diesem Vorgang verweisen wir auf unsere E-Mails vom 1.7.2006, die wir dieser Mail vorsorglich noch einmal als pdf-Dateien beigefügt haben).**

Nun einige Beispiele von Impfungen, die zeigen, dass der Nutzen der Impfungen keinesfalls gegeben ist:

Kinderlähmung (Poliomyelitis)

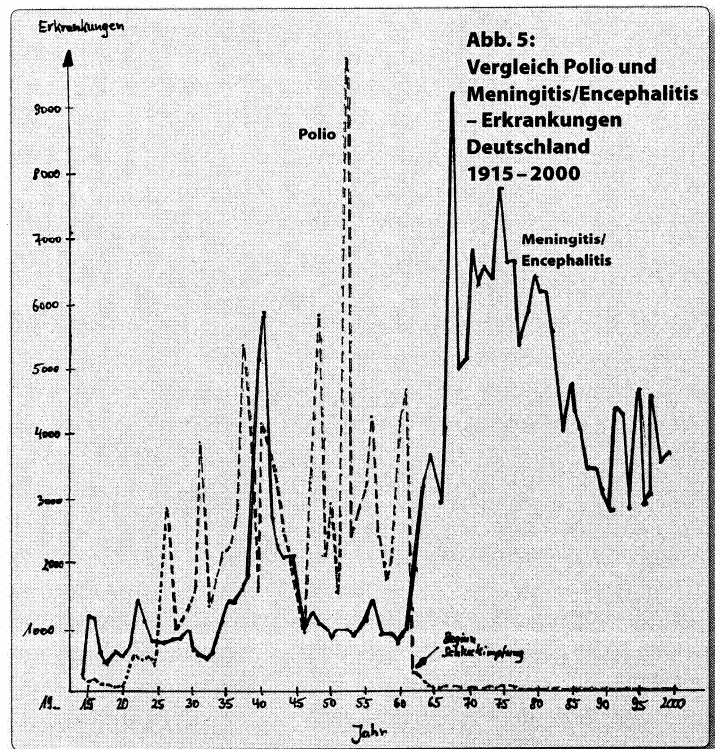
Die Kinderlähmung (Poliomyelitis) wird regelmäßig als klassisches Beispiel für den Erfolg von Impfungen hervorgehoben. Diese ist nach Meinung der Experten durch die Impfung in Europa ausgerottet worden. Zum Zeitpunkt der Einführung der Schluckimpfung gingen die Erkrankungszahlen tatsächlich stark gegen Null zurück, wie Sie unschwer in der nachstehenden Abbildung an der gestrichelten Kurve erkennen können (Quelle für Erkrankungszahlen: Statistisches Bundesamt). Dieser Rückgang ist nach Meinung der

Experten der eindeutige Beweis für die Wirksamkeit der Impfung. Tatsächlich können wir in der Abbildung jedoch nur einen zeitlichen Zusammenhang zwischen der Einführung der Schluckimpfung und dem Rückgang der Erkrankungen feststellen, nicht jedoch, wie uns die Experten glauben machen, einen ursächlichen. Es fehlt der Nachweis, dass die Schluckimpfung tatsächlich ursächlich den Rückgang der Erkrankungen verursacht hat und keine anderen Gründe für den Rückgang der Erkrankungszahlen verantwortlich sind.

Hierzu wäre insbesondere ein genaues Erfassungssystem

vor und nach Impfbeginn erforderlich gewesen mit Angaben über die Anzahl der durchgeführten Impfungen, den Impfstatus Erkrankter, Hinweise über die Definition der Krankheit und das Meldeverhalten. Solche Erfassungssysteme gibt es bis heute nicht (siehe auch unten zu Hib).

Wie wichtig ein solches sorgfältig geführtes Erfassungssystem ist, zeigt die zweite (durchgezogene) Kurve über den Verlauf von Meningitis/Enzephalitis im gleichen Zeitraum mit einem starken Anstieg von Erkrankungen nach Einführung der Schluckimpfung. Hierfür gibt es nur eine Erklärung: Die 1962 eingeführte Polio-Schluckimpfung hatte keinen Einfluss auf den Rückgang der Polio-Erkrankungen. Denn unabhängig davon wäre die Zahl der Polio-Fälle auf jeden Fall zurückgegangen und die Zahl der Meningitis/Enzephalitis stark angestiegen. Was heute vermutlich kaum noch jemand weiß, ist, dass mit der Einführung der Impfung die Definition des Krankheitsbildes geändert wurde. Zwar sind auch weiterhin der Verdacht, die Erkrankung und



der Tod an Polio zu melden gewesen, gezählt werden als Polio ab diesem Zeitpunkt aber nur noch Lähmungen, die 60 Tage und länger dauern. Das bedeutete, **dass ab diesem Zeitpunkt 99 % der Erkrankungen per Definition nicht mehr als Polio anzusehen waren!**

Da die kurzfristigen Lähmungserscheinungen und Erkrankungen ohne Lähmung trotz Impfung weiterhin auftraten, musste für diese eine andere Diagnose gestellt werden – nämlich Meningitis/Enzephalitis. (Hinweise: Die dritte Phase der Polio wurde auch aseptische Meningitis genannt. Außerdem wurde es zum Zeitpunkt der Impfung möglich, Coxsackie-Infektionen und aseptische Meningitis von Polio zu unterscheiden, wodurch es zu weiteren Differenzierungen in der Diagnose kam.)

In den USA, wo mit Einführung der Polio-Impfung ebenfalls die Definition des Krankheitsbildes geändert wurde, gab es dazu sogar eine Anhörung im Kongress, die belegt, dass die Krankheit wegen der Neudefinition und der erweiterten Diagnosemöglichkeiten rein statistisch verschwand. Der statistische Rückgang der Polio-Fälle hatte also rein gar nichts (!) mit der Impfung zu tun (Neustaedter, Vaccine Guide, North Atlantic Books, 2002, S. 237-38). Man kann es auch anders ausdrücken: Heute sprechen wir nicht mehr von Polio, sondern von Meningitis/Enzephalitis!

Auffällig ist, dass in den 50er Jahren durchschnittlich ca. 1.000 Meningitis/Enzephalitis-Erkrankungen gezählt wurden, die Erkrankungszahlen seit Mitte der 80er Jahre sich jedoch auf hohem Niveau von durchschnittlich ca. 4.000 Erkrankungen eingependelt haben. Wo ist hier der Erfolg der Impfung zu erkennen?

Milliarden von Euro wurden also umsonst für Impfstoffe ausgegeben, Millionen von Kindern dem Risiko von Impfschäden ausgesetzt.

Dass dies kein Einzelfall ist, können Sie an den weiteren Beispielen sehen.

Tuberkulose

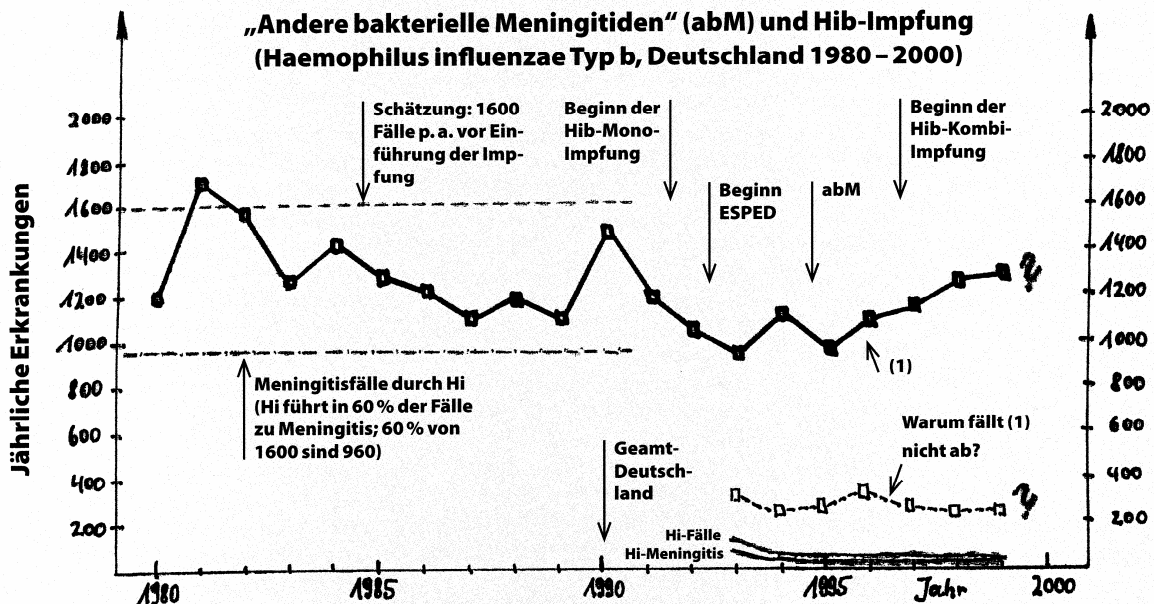
Fast 75 Jahre wurde der BCG-Impfstoff gegen Tuberkulose ohne Wirksamkeitsnachweis Millionen von Menschen verimpft. Erst im Jahre 1998, mehr als 20 Jahre nach Abbruch eines Feldversuches der WHO, der nicht nur die Unwirksamkeit, sondern auch die Schädlichkeit der Impfung nachwies, stand in der Zeitschrift „Der Kinderarzt“ (29. Jg. 1998), dass die STIKO nicht mehr vertreten kann, in Anbetracht „der nicht sicher belegbaren Wirksamkeit und der nicht seltenen schwerwiegenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen des BCG-Impfstoffes diese Impfung zu empfehlen“.

Haemophilus influenzae Typ b (Hib)

Wegen der gefürchteten bakteriellen Meningitis sollen alle Säuglinge und Kleinkinder gegen Haemophilus influenzae Typ b (Hib) geimpft werden. Doch schon Anfang der 90er Jahre gab es aus den USA mehrere Beiträge, die eindeutig belegten, dass die

schweren Krankheitskomplikationen bereits vor Einführung der Impfung bei Säuglingen und Kleinkindern fast verschwunden waren (z. B. Decline of Childhood Haemophilus influenzae Type b Disease in the Hib Vaccine Era, Adams, u.a., JAMA 1993, 269: 221-6). Dass die Einführung der Impfung auch in Deutschland nichts brachte, können Sie auf der Abbildung unten erkennen (Quelle für Erkrankungszahlen: Statistisches Bundesamt). Vor Einführung der Impfung gab es kein Überwachungssystem für Hib; man schätzte deshalb großzügig durchschnittlich 960 Meningitisfälle durch Hib pro Jahr. Erst im Sommer 1992, ein Jahr nach Impfbeginn, wurde das Erfassungssystem ESPED (Erfassungssystem für schwere pädiatrische Erkrankungen in Deutschland) eingeführt. Ab 1993 wurden danach nur noch ca. 70 Fälle/Jahr ermittelt. Der behauptete Erfolg der Impfung besteht nun in der Differenz zwischen 960 geschätzten und 70 erfassten Fällen.

Bild 1: „Andere bakterielle Meningitiden“ (abM) und Hib-Impfung (Haemophilus influenzae Typ b, Deutschland 1980 bis 2000).



Quelle: Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Bonn (Fridrich); andere bakterielle Mengitiden werden seit 1980 erfaßt, Meldepflicht endete 12/2000)

Der Beweis, dass dieser (vermeintliche) Rückgang um 890 Fälle auf die Impfung zurückzuführen ist, wurde nie geführt. Hätte die Impfung gewirkt, hätte nach deren Einführung die Zahl aller anderen bakteriellen Meningitiden auf die gestrichelte Kurve rechts unten zurückgehen müssen. Tatsächlich kann man von einem positiven Einfluss der Impfung nicht reden, da die Meningitisfälle insgesamt nicht weniger wurden. Entweder hat es die früher geschätzten durchschnittlich 960 Fälle nicht gegeben, oder andere Erreger sind an die Stelle von Hib getreten. Dann hätte man den Teufel mit dem Beelzebub ausgetrieben. Tatsächlich kann man also von einem positiven Einfluss der Impfung nicht sprechen, da die Meningitisfälle insgesamt nicht weniger

wurden. Wenn man vor Einführung einer Impfung (grob fahrlässig) auf sorgfältige Untersuchungen verzichtet, dann kommt man zu solchen Ergebnissen.

Leider wurde die Meldepflicht für so genannte „andere bakterielle Meningitis“ mit Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) am 1.1.2001 beendet. So kann jetzt jeder eine Wirksamkeit bakterieller Impfstoffe behaupten! Dies gilt besonders für die dieses Jahr von der STIKO neu empfohlenen Impfungen gegen Pneumokokken und Meningokokken. Im arznei-telegramm steht zu dieser Thematik in der Ausgabe 10/2006 auf Seite 89 im Zusammenhang mit der STIKO-Empfehlung für die **Pneumokokken-Impfung**:

"Auch eventuelle negative Folgen der neuen Impfstrategie können in Deutschland derzeit nicht adäquat überwacht werden. Wieso die letzten Jahre nicht genutzt wurden, ein geeignetes Surveillance-System einzurichten bzw. das bestehende zu optimieren, um sowohl die Basis für eine Entscheidung pro oder contra Impfstoff zu verbessern als auch die auf eine Massenimpfung folgenden Entwicklungen kontrollieren zu können, ist nicht nachvollziehbar."

Risiko/Nutzen-Abwägung

In der Begründung zu § 20 d ist zu lesen: „Bei den Mitgliedern der STIKO handelt es sich um ausgewiesene Experten aus verschiedenen Fachgebieten, die über umfangreiche wissenschaftliche und praktische Erfahrungen zu Schutzimpfungen verfügen. Eine Impfempfehlung durch die STIKO erfolgt nach einer wissenschaftlichen Risiko/Nutzen-Abwägung unter Berücksichtigung des jeweiligen aktuellen Standes der medizinischen und epidemiologischen Wissenschaft und Technik.“

Wir müssen uns fragen, ob in der STIKO die richtigen Experten sitzen, wenn sie die o. g. und andere Tatsachen seit Jahrzehnten ignorieren.

Wie können diese Fachleute aufgrund einer wissenschaftlich fundierten Risiko/Nutzen-Abwägung guten Gewissens Impfempfehlungen abgeben, wenn Professor Dittmann, der Mitglied der STIKO war, im Bundesgesundheitsblatt feststellt, dass zu 2/3 aller möglichen Impfkomplicationen nach Impfungen im Kindesalter **keine Bewertung möglich ist, weil es keine geeigneten Untersuchungen gibt** (Dittmann; Risiko des Impfens und das noch größere Risiko, nicht geimpft zu sein; Bundesgesundheitsblatt 2002, 45:316-22).

Kann man den Impfempfehlungen der STIKO trauen, wenn nach Heininger; Leiter der Abteilung für Infektiologie und Vakzinologie am Universitätskinderspital in Basel und eines von 17 Mitgliedern der STIKO, „eine wirklich valide Nutzen-Risiko-Analyse, wie die Impfgegner sie fordern, für Deutschland mangels aussagekräftiger Daten nicht möglich ist“? Entspricht es dem Stand der medizinischen Wissenschaft, wenn Heininger aus älteren amerikanischen Studien eine Wahrscheinlichkeit für Impfkomplicationen von weniger als eins zu einer Million ableitet (Quelle: DIE ZEIT, 21.09.2006 Nr. 39, <http://www.zeit.de/2006/39/MS-Impfen>)?

Wir halten es für einen fachlich groben Fehlgriff, dass neben den Ärzten auch den Kassen ein „Maulkorb“ umgehängt werden soll, indem sie „im Zusammenwirken mit den Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind, unbeschadet der Aufgaben anderer, gemeinsam und einheitlich Schutzimpfungen ihrer Versicherten **zu fördern** und sich durch Erstattung der Sachkosten an den Kosten der Durchführung zu beteiligen“ **haben**.

Wir fordern Sie auf, sich ein eigenes Bild von der Impfproblematik zu machen, indem Sie den öffentlichen Diskurs einfordern, bevor Sie Ihre Entscheidungen zu § 20 d des Gesetzentwurfes treffen. Nur so sind Entscheidungen zum Wohle der Bevölkerung möglich. Gerne stehen wir Ihnen für persönliche Gespräche zur Verfügung sowie unterstützen Sie auch gerne bei einer Anhörung im Bundestag mit fachlich kompetenter Auskunft.

Mit freundlichen Grüßen



Wolfgang Böhm
Vorsitzender

Libertas & Sanitas e.V. (lat. Freiheit und Gesundheit) ist ein gemeinnütziger Verein, der aus einer Kooperationsmaßnahme der beiden größten deutschen impfkritischen Organisationen AEGIS Deutschland e.V. (Eltern für Gesundheit, Impffreiheit und Selbstbestimmung) und EFI Deutschland (Eltern für Impfaufklärung) hervorgegangen ist. Libertas & Sanitas e.V. fördert die öffentliche Gesundheitspflege durch die Aufklärung der Bevölkerung mittels fundierter und unabhängiger Informationen. Dies gilt besonders für Impfungen, aber auch für andere Eingriffe in den menschlichen, tierischen und pflanzlichen Organismus.