

LIBERTAS & SANITAS e.V.

Forum für Impfproblematik, Gesundheit und eine bessere Zukunft

Hat impfkritische Arbeit Erfolg? Versuch einer selbstkritischen Analyse

Überall lesen wir von Evaluierung, also der Kontrolle des Wertes z.B. einer bestimmten Maßnahme. Im Bundesgesundheitsblatt 11/2009 (S. 1011-18: Durchführung von Surveillanceprogrammen zur Überprüfung der Wirksamkeit von Impfprogrammen) schreiben KALIES und SIEDLER:

Momentan reichen die in Deutschland verfügbaren Routinedaten nicht aus, um die Wirksamkeit von Impfprogrammen zu evaluieren.

Sie gestehen damit ein, dass sich der objektive Wert dieser Maßnahmen nicht beschreiben lässt. Da auch keine belastbaren Angaben zur Häufigkeit von Impfkomplicationen vorliegen, können weder Wirksamkeit noch Risiko der Impfungen konkret beschrieben werden. Somit ist eine Nutzen-Risiko-Abwägung mangels ausreichender Daten nicht möglich.

Darüber und über viele andere Aspekte des Impfens haben wir – gemeint sind alle, die sich öffentlich kritisch zu Impfungen positionieren, einschließlich wir bei Libertas & Sanitas e.V. – seit vielen Jahren geschrieben und gesprochen.

Doch was haben wir erreicht?

Woran lässt sich, wenn vorhanden, ein Erfolg messen; lässt sich unsere Arbeit evaluieren? Oder, mit anderen Worten, macht das Sinn, was wir tun?

Ziel unserer Arbeit ist u.a., Menschen Informationen zum Impfen zur Verfügung zu stellen, die es ihnen besser ermöglicht, eine selbst verantwortete Entscheidung für oder gegen (einzelne) Impfungen zu treffen, falls sie dies anstreben. Ziel ist es auch, die Möglichkeit für eine freie Impfscheidung zu erhalten.

Weiterhin versuchen wir Menschen zu unterstützen, die im Zusammenhang mit Impfungen den Rechtsweg beschreiten (Impfschadensverdacht, Schulausschluss u.a.).

Führt unsere Arbeit nun z.B. dazu, dass sich mehr Menschen entscheiden, weniger, später oder nicht zu impfen?

Erreichen wir eigentlich Menschen, für die sich bisher gar nicht die Frage stellte, über Impfungen nachzudenken?

Oder finden diese uns erst, wenn sie schon in Not sind?

Werden unsere Informationen überwiegend unter denen wahrgenommen, die Impfungen schon kritisch hinterfragen?

Schwierig ist es, wenn wir zu bewerten versuchen, wie viele Menschen eine solche freie Impfscheidung überhaupt wollen oder anstreben.

Oder zu ermitteln, wie viele Menschen, die wir mit unseren Informationen erreichen, sich deshalb anders entscheiden, als sie es vorher beabsichtigten.

Eine weitere Unbekannte dabei ist, wer sich von denen, die unsere Argumente für nachvollziehbar halten, in der Lage sieht, eine mögliche andere Entscheidung auch umzusetzen.

Ein kurzer Vergleich mit einem anderen Bereich bietet sich an.

Ca. 98% aller Geburten finden in Deutschland in einer Klinik statt. Es wäre interessant zu erfahren, wie groß darunter die Zahl derer ist, die diesen Ort wählen, weil sie sich dort besonders wohl fühlen.

Die Geburt erscheint als eine ähnlich fundamentale Situation, mit Verantwortung konfrontiert zu werden, wie dies bei einer Impfentscheidung der Fall ist.

Bin ich schuld, wenn es etwa zuhause zu Geburtskomplikationen kommt und das Kind in Gefahr gerät? Weil es doch viel sicherer wäre, in der Klinik zu entbinden, wie allgemein zu hören ist – ohne dass dies allerdings nüchterne Daten belegen.

Bin ich verantwortlich, wenn mein nicht geimpftes Kind (schwer) etwa an Masern erkrankt, wo es doch dagegen geimpft sein könnte?

Wer steht dann zu mir, wenn ich aus Sicht der großen Mehrheit die falsche Entscheidung getroffen habe – Hausgeburt oder

keine Impfung – und mein Kind in Gefahr gerät oder gar Schaden nimmt?

Wenn es bei einer Klinikentbindung Probleme gibt, wird mir kaum jemand einen Vorwurf machen. Wenn mein Kind durch eine Impfung geschädigt wird, ist es ähnlich.

Wie kann Menschen geholfen werden, die vor einer solchen Entscheidung stehen, die sich aber auch Sorgen darüber machen, was mögliche Verantwortung und Schuld betrifft?

Ist Angst zu erzeugen ein geeigneter Weg, um sie zu unterstützen? Angst vor Erregern und Krankheiten wird durchaus hervorgehoben. DR. BUCHWALD sprach von „Impfen, das Geschäft mit der Angst“.

Ist es sinnvoll, jemanden von einer Klinikentbindung oder einer Impfung abhalten zu wollen, indem man mehr Angst davor auslöst, als vor einer Hausgeburt oder Erregern besteht?

Solche und ähnliche Aspekte sind von Bedeutung.

Natürlich auch, wie die „impfkritische Seite“ kommuniziert – mit anderen und untereinander.

Eine Möglichkeit, den Erfolg unserer Aktivitäten zu bemessen, besteht darin, die Entwicklung der Impfraten zu analysieren: Sind sie rückläufig? Vielleicht sogar wegen unseren Aktivitäten?

In Deutschland ist eine solche Analyse dadurch über einen gewissen Zeitraum möglich, weil im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung auch der Impfstatus der Kinder erfragt wird.

Dies spiegelt dann die Situation bei den ca. 4- bis 6-Jährigen wider. Dadurch ist nicht erfassbar, ob die Kinder z.B. zeitgerecht entsprechend der Impfpfehlungen der STIKO (beginnend meist mit dem vollendeten zweiten Lebensmonat) geimpft wurden, oder Impfungen aus deren Sicht verspätet verabreicht werden.

Seit Kurzem werden auch die Abrechnungsdaten der Ärzteschaft mit den gesetzlichen

Krankenkassen ausgewertet. Dadurch kann jetzt für ca. 85 % der Kinder die Impfsituation zeitnah abgebildet werden. In Kürze wird das auch für privat Versicherte möglich sein.

Aktuelle Daten dazu sind dem Epidemiologischen Bulletin des Robert Koch-Instituts 16/2017 (vom 20. April) zu entnehmen, in dem die Impfquoten dargestellt werden, die bei der Schuleingangsuntersuchung des Jahres 2015 erfasst wurden.

Den Impfausweis legten ca. 92 % der Eltern vor. Im Vergleich zu früheren Jahren bedeutet das eine leichte Zunahme (2002 ca. 90 %). Die nachfolgenden Impfraten beziehen sich auf diese. Da die Quoten bei Kindern ohne vorgelegtes Impfdokument etwas niedriger liegen, werden damit die Impfraten leicht überschätzt.

Für die typischen Impfungen des Säuglingsalters betragen die deutschlandweiten durchschnittlichen Impfraten (in Klammern: min/max nach Bundesländern) mit vier Dosen bei Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten und Kinderlähmung ca. 95 % (91 bis 98 %), für *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib) 93 % (90 bis 96 %) und für Hepatitis B (HB) ca. 88 % (79 bis 95 %).

Die niedrigere Rate für HB spiegelt vielleicht wider, dass teilweise Eltern und Ärzte diese Komponente in jungen Jahren nicht für notwendig erachten und zeitweilige Diskussionen über Risiken der Sechsfachimpfung dies verstärkten.

Die Daten legen nahe, dass der Großteil der geimpften Kinder wohl die Sechsfachimpfung erhält, und einige die Vierfach- bzw. die Fünffachimpfung.

Beim Vergleich mit den Jahren 2005 und 2010 fällt auf, dass die Impfraten schon etwa 10 Jahre auf diesem hohen Niveau verharren. Die erste Masernimpfung erhalten fast 97 % (95 bis 98 %) der Kinder und die zweite beinahe 93 % (89 bis 96 %). Die Werte für Mumps und Röteln sind vergleichbar hoch, es wird fast ausschließlich die Dreifachkombination MMR eingesetzt (bzw. MMRV mit Windpockenanteil (V)).

Die Impfungen gegen Windpocken (zwei Dosen), Meningokokken C (eine Dosis) und Pneumokokken (vier, neuerdings drei Dosen) werden erst seit ca. 10 Jahren empfohlen. Letztere wird zeitgleich mit der obigen Säuglingsimpfung verabreicht, die beiden anderen etwa ab dem ersten Geburtstag (wie erste Masernndosis).

Die erste Windpocken-Impfung erhalten ca. 87 % (73 bis 95 %), die zweite 84 % (68 bis 92 %). Gegen Meningokokken sind 89 % (84

bis 95 %) und gegen Pneumokokken 86 % (79 bis 91 %) geimpft.

In kurzer Zeit wurden auch bei den neueren Impfungen hohe Impfraten erreicht, obwohl damit weitere Spritzen im Impfplan verbunden sind. Und das, obwohl Windpocken nicht als sehr bedrohlich gelten und die Impfung eher aus ökonomischen Gründen (Kinderbetreuung bei Krankheit) empfohlen wird.

Interessant ist es, die Entwicklung der Impfraten noch etwas weiter in der Vergangenheit beginnend zu beobachten.

Die Keuchhustenimpfung wurde erst 1991 wieder empfohlen. Bei der Schuleingangsuntersuchung 1996 betrug die Impfquote ca. 34 %, 2002 schon ca. 87 %. Durch die ab ca. 2000 verfügbare Sechsfachimpfung erreichen sie jetzt das Niveau der anderen Impfungen von ca. 95 %.

Die Hepatitis B-Impfung wird für Säuglinge seit 1995 empfohlen. Die Daten für 1996 ergeben 8 %, 2002 schon 68 %, 2007 ca. 90 %.

Bei Masern waren es für die erste Impfdosis 1996 ca. 87 %, 2002 91 % und 2007 dann 95 %. Die zweite Spritze hatte 1996 noch niemand erhalten, in 2000 waren es 18 %, 2002 dann 33 % und in 2007 88 %.

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass bei den schon länger etablierten Impfungen weiterhin sehr hohe Impfraten erreicht werden. Besonders erwähnenswert ist die zweite Dosis gegen Masern, wo innerhalb von ca. 20 Jahren eine stetige Steigerung – fast auf das Niveau der ersten – erreicht wurde. Die neueren werden schnell in den vorhandenen Impfplan integriert und deren Quoten liegen nicht mehr weit unter denen der älteren.

Ein „bremsender Einfluss“ unserer Arbeit auf die Impfquoten lässt sich daraus nicht ableiten.

Eine aktuelle Auswertung der Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen wurde im Bulletin 1/2017 (vom 5. Januar) veröffentlicht. Mit diesen kann u.a. ermittelt werden, ob die Impfungen zeitgerecht im Sinne der STIKO-Empfehlungen verabreicht werden und damit ein frühzeitiger Impfschutz für die Säuglinge erreicht wird. Auch lassen sich die Impfquoten bis auf Kreisebene abbilden, was große regionale Unterschiede zeigt.

Erstmals wurde dabei die Schluckimpfung gegen Rotaviren-Durchfallinfekte berücksichtigt.

Deren allgemeine Empfehlung durch die STIKO erfolgte im Sommer 2013 (zuvor hatten einzelne Bundesländer diese schon empfohlen). Bereits der Geburtsjahrgang 2014 war zu 66 % (54 bis 80 %) geimpft.

Zu Masern (ohne Bremen) ergaben sich für die Geburtsjahrgänge 2012 und 2013 folgende Ergebnisse:

Die erste Impfung hatten 87 % (75 bis 90 %) spätestens im Alter von 15 Monaten erhalten (auf Kreisebene 56 bis 96 %), mit 24 Monaten waren es 96 % (94 bis 97 %) und mit 36 Monaten bereits 98 % (97 bis 99 %). Die zweite Dosis erhielten ca. 76 % (70 bis 81 %) bis zum 24. Lebensmonat (Landkreise: 39 bis 88 %) und 88 % (83 bis 90 %) bis zum 36. Monat. Für die 2. Masernimpfung ist Sachsen nicht berücksichtigt worden, da diese dort erst mit 60 Monaten (neuerdings 48) empfohlen wird.

Das zeigt, dass auch die jüngsten Kinder schon sehr hohe Impfraten gegen Masern erreichen, wenn auch immer noch später, als von der STIKO empfohlen. Auch daraus lässt sich kein Einfluss unserer Aktivitäten auf das Impfverhalten der Eltern erkennen.

In dieser Veröffentlichung wird auch auf die HPV-Impfung (Gebärmutterhalskrebs) und die Influenza-Impfung eingegangen.

Gegen HPV zu impfen, wird von der STIKO seit 2007 empfohlen. Bis 2014 war die Zielgruppe die Altersgruppe 12 bis 17 Jahre (drei Dosen), seitdem sind es die 9 bis 14-Jährigen (zwei Dosen).

Bei dieser Impfung bestehen verschiedene Faktoren, die man als Hindernisse beim Impfen bezeichnen könnte. Zumindest die anfängliche Altersgruppe der Mädchen war schwieriger zu erreichen, als die Säuglinge und Kleinkinder, da es keine regelmäßigen U-Untersuchungen gibt, bei denen die Kinderärzte diese als typische Impfpflicht betreiben. Dies zeigen Erfahrungen aus anderen Ländern, die die Mädchen z.B. durch Impfkampagnen in den Schulen erreichten und damit Impfquoten von 70 bis 80 % erzielt haben.

Die neue Regelung gibt die Möglichkeit, mehr Mädchen durch die Termine zur Jugenduntersuchung zu erreichen.

Die Frauenärzte, die die Mädchen im Rahmen etwa der Verordnung der Pille aufsuchen, sind bisher nicht typische Impfpflicht. Die anfänglichen Werbeaktionen für die HPV-Impfung und die kritische Sicht eines Teils der Ärzteschaft, sowie mögliche schwere Nebenwirkungen, die auch in den Medien diskutiert wurden, sorgten ebenfalls dafür, dass die Impfraten moderat blieben.

Bei den 15-Jährigen waren ca. 31 % (21 bis 53 %) vollständig geimpft; bei den 17-Jährigen sind es ca. 43 % (33 bis 65 %).

Zu beachten ist auch, dass junge Menschen ab 16 Jahren ohne Zustimmung der Eltern über ein Impfangebot entscheiden können. Aus diesen Darstellungen lässt sich ein Ein-

fluss unserer Aktivitäten auf die Impfquoten nicht ableiten.

Aus Sicht der Impfbefürworter enttäuschend ist die Situation neben der HPV auch bei der Influenza-Grippe-Impfung. Von der Saison 2008/2009 bis 2015/2016 sank die Impfrate bei den Erwachsenen ab 60 Jahren (für die die STIKO diese empfiehlt) von ca. 48 % auf ca. 35 %.

In Deutschland wurde diese Impfung schon immer „schlecht“ angenommen, in anderen Ländern werden z. T. Impfraten von 70 bis 80 % erreicht.

Deren Schutzwirkung wurde auch in Ärztekreisen bemängelt, worüber u. a. das deutsche Ärzteblatt und das Epidemiologische Bulletin des RKI berichteten. Ein wesentlicher Rückschlag für die Akzeptanz dieser Impfung war 2009 die lange öffentliche Diskussion um die „Schweinegrippe-Impfung“. Deren direkte Folge war nicht nur, dass sich dagegen nur ca. 8 % der Bevölkerung impfen ließen.

Schlimmer war, dass die völlig misslungene Kommunikation durch die Impfexperten sowohl das Vertrauen der Bevölkerung im allgemeinen, als auch der Ärzteschaft erschütterten. Der damalige Präsident des RKI sprach mehrfach vom „kommunikativen Supergau“, unter dem die Umsetzung der Impfung bis heute „leidet“. Zum Teil befürchtet man unter

den Experten auch, dass das eine Gefahr für die Akzeptanz für alle Impfungen bedeutete.

Allerdings waren die Leitmedien, trotz meiner damaligen Anschreiben, nicht bereit, nach der Diskussion über die „Schweinegrippeimpfung“ auch eine solche zu anderen Impfungen, etwa gegen Masern, zu führen. Kurz ein Blick zu unseren südlichen Nachbarn.

In Österreich (Daten vom Ministerium für Gesundheit und Frauen) versucht man erst seit kurzem, die Impfquoten systematisch zu erfassen. Ca. 95 % der Kinder werden einmal gegen Masern geimpft, ca. 85 % zweimal. Die Rotavirusimpfung stand ab 2007 „kostenlos“ zur Verfügung, schon 2008 wurde eine Impfquote von 87 % erreicht. Gegen FSME sind 87 % geimpft, obwohl weite Bereiche des Landes kein Risikogebiet sind.

Aus der Schweiz stehen für die Masernimpfung Daten vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) seit 1999 bis 2015 zur Verfügung. Bei den 2-Jährigen stieg die Quote für die erste Dosis von 82 % auf 94 %, für die zweite werden 89 % erreicht (Daten ab 2005 verfügbar: 71 %). Bei den 8-Jährigen gab es eine Zunahme von 88 % auf 94 % (1x) bzw. 37 % auf 93 % (2x), bei den 16-Jährigen von 94 % auf 97 % (1x) bzw. von 54 % auf 94 % (2x).

Für die Regionen „Deutschschweiz“ und „Romandie“ liegen auch Daten für 20 bis

29-Jährige vor: 2012 waren 93 % einmal und 77 % zweimal geimpft, in 2015 waren es 97 % bzw. 87 %.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich ein Einfluss unserer Aktivitäten auf das Impfverhalten nicht erkennen lässt: die Impfquoten erscheinen davon unbeeindruckt. Das schmälert nicht die Bedeutung unserer Arbeit, was die Unterstützung für zahlreiche Hilfesuchende betrifft. Sei es im Rahmen des Impfsorgetelefons, oder von Vorträgen und Veröffentlichungen, einschließlich Schwarzbuch und Co. Auch ist die freie Impfscheidung bei uns – im Gegensatz zu manchen anderen Ländern auch in Europa – weiterhin möglich, worauf unsere Aktivitäten immer wieder abzielten.

Welche Folgen andere Faktoren haben werden, etwa durch die Diskussion zu „Masernimpfung und Autismus“, die in USA durch den Whistleblower Thompson neue Nahrung erhalten hat, wird sich mit der Zeit zeigen.

Der Ihnen vorliegende Beitrag soll einen Anstoß leisten, über andere, bisher nicht beschrittene Wege nachzudenken. Dazu bedurfte es dieser nüchternen Analyse.

Auf Vorschläge und Anregungen Ihrerseits, liebe Leserinnen und Leser, freuen wir uns.

Kitas sollen Impfgegner den Gesundheitsämtern melden – Minister Gröhe geht gegen Impfmuffel vor

So oder ähnlich wurde Ende Mai/Anfang Juni in den Medien berichtet. Das führte zu teilweiser Beunruhigung von Eltern, deren Kinder vor der Aufnahme in einen Kindergarten oder eine Kindertagesstätte standen und bisher nicht geimpft waren.

Was war geschehen?

Der Deutsche Bundestag hat am 1. Juni 2017 das „Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten“ beschlossen. Darin war u. a. ein Passus enthalten, der das Infektionsschutzgesetz (IfSG) ändert.

Der Minister hätte nun den Medien ganz unspektakulär vermitteln können, dass man damit nur nachholt, was man bei der Änderung des IfSG im Jahre 2015 versäumt hatte. Damals war im §34 folgender Absatz 10a eingefügt worden:

„Bei der Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung haben die Personensorgeberechtigten gegenüber dieser einen schriftlichen Nachweis darüber zu erbringen, dass zeitnah vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz des Kindes erfolgt ist. Wird der Nachweis nicht erbracht, kann das Gesundheitsamt die Personensorgeberechtigten zu einer Beratung laden. Weitergehende landesrechtliche Regelungen bleiben unberührt.“

In manchen Bundesländern besteht gegenüber den Behörden die Pflicht, eine Bescheinigung vorzulegen, dass das Kind alle empfohlenen Impfungen erhalten hat, oder schriftlich zu erklären, dass man diesen nicht zustimmt.

In der Begründung zu § 34, Absatz 10a, heißt es u. a.:

... „Die Durchführung der Schutzimpfungen ist freiwillig. Das Bestehen eines vollständigen Impfschutzes wird auch nicht als Voraussetzung für die Aufnahme in die Kindertageseinrichtung geregelt ... Der Nachweis ist gegenüber der Leitung der Tageseinrichtung zu erbringen. Die Aufgabe des Personals der Tageseinrichtung bei Aufnahme beschränkt sich auf die Kontrolle der jeweiligen Bescheinigung im Hinblick auf den sich daraus ergebenden Termin der ärztlichen Vorstellung. Medizinisches Fachwissen ist nicht erforderlich.“

Das bedeutet, dass die Sorgeberechtigten (meist also die Eltern) an einem ärztlichen Beratungsgespräch teilzunehmen haben, eine Bescheinigung erhalten, dass dieses stattgefunden hat und dieser Nachweis in

der Kita vorzulegen ist. Darin ist nicht enthalten, ob das Kind geimpft ist oder wurde.

Warum wurde nun 2017 eine Änderung des Gesetzes notwendig?

Weil 2015 nicht geregelt worden war, dass die Kitas die Gesundheitsämter informieren müssen. Man hatte einfach versäumt, klar zu regeln, dass und wie letztere davon Kenntnis erlangen sollen, wenn der Kita kein Nachweis über ein Beratungsgespräch vorgelegt wurde. Im Gesetzestext wurde daher folgender Passus eingefügt:

„Wenn der Nachweis nicht erbracht wird, benachrichtigt die Leitung der Kindertageseinrichtung das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, und übermittelt dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben.“

Das Gesundheitsamt erhält also Anschrift und/oder Telefonnummer, um die Eltern kontaktieren zu können.

Warum gibt es überhaupt dieses Beratungsgespräch?

Auf politischer Seite gehört dies zu den Maßnahmen, um die Beteiligung an Schutzimpfungen zu erhöhen. Einerseits hat man sich gegenüber der WHO verpflichtet, etwas gegen zu niedrige Impfraten zu unternehmen, andererseits soll damit eine Impfpflicht vermieden werden.

Durch das Gespräch sollen diejenigen erreicht werden, bei denen dies bisher mangels ausreichender Ansprache nicht gelang. Es richtet sich also nicht gegen „Impfgegner“, die (manche) Impfungen nicht wahrnehmen. Echte Impfgegner glaubt man nicht erreichen zu können und will vielmehr unter den „Versäumern“ genug erreichen, um die angestrebten Impfraten zu erzielen.

Praktisch wird es wohl häufig gar kein Gespräch geben, sondern der Arzt wird bescheinigen, dass ein Gespräch schon stattgefunden hat, wenn das zeitnah war. Andererseits bedeutet das einen aus ärztlicher Sicht überflüssigen Aufwand, da auch alle eine Bescheinigung brauchen, die schon vollständig geimpft sind – die also gar kein Beratungsgespräch brauchen.

Das Gespräch und manche andere gesetzlichen Regelungen mag mancher als Druck empfinden, doch gerade das Beratungsgespräch ist auch eine Chance, die eigene Haltung zum Impfen mit dem Arzt zu kommunizieren.

Stellen Sie offene Fragen, viele Anregungen dazu finden Sie im „Schwarzbuch Impfen“ oder in unseren Rundbriefen.

Nachfolgend finden Sie einige Beispiele, die Sie am wirkungsvollsten mit Kopien aus den Originalquellen unterlegen und diese bei jedem einzelnen Gesprächspunkt dem Arzt aushändigen:

- Die deutschen Gesundheitsinstitute weisen in ihrer Zeitschrift „Bundesgesundheitsblatt“ darauf hin, dass der Wirksamkeitsnachweis für die Impfprogramme mangels belastbarer Daten nicht vorliegt. Wie kommt die STIKO dann in ihren Empfehlungen zu der Behauptung, dass Impfungen zu den wirksamsten Maßnahmen der medizinischen Prophylaxe gehören? Wie kann aus Ihrer Sicht dann der Nutzen der Impfungen objektiv beschrieben werden?

- Dort finden wir auch den Hinweis, dass aus demselben Grund keine Häufigkeitsangaben zu Impfkomplicationen möglich sind. Wieso kann die STIKO in ihren Empfehlungen dann schreiben, dass schwere Impffolgen sehr selten sind? Wie bewerten Sie dann das Risiko?

- Wenn weder Nutzen noch Risiko der Impfungen bekannt sind, wie kann dann das Paul-Ehrlich-Institut Impfstoffe zulassen, was ja eine Nutzen-Risiko-Abwägung voraussetzt? Auf welcher Grundlage können Sie als Arzt und wie sollen wir als Eltern dann eine Entscheidung treffen?

- Wussten Sie das? Schon 1964 wurde in Deutschland beschrieben, dass der Rückgang der Maserntodesfälle in den entwickelten Ländern, auch bei uns, schon fast vollständig erfolgt war, ehe es überhaupt eine Masernimpfung gab? Bevor sie bei uns ab Mitte der 70er Jahre eingesetzt wurde, betrug dieser schon 99,5%? (Dabei die Tabelle und Abbildung überreichen.)

- Ist Ihnen bekannt, dass nur ca. 5 % der schwerwiegenden Impfreaktionen gemeldet werden? Das bedeutet doch, dass von ca. 95 % keine Meldung erfolgt und diese damit auch nicht bewertet werden können. Wie oft haben Sie überhaupt schon einen Verdacht gemeldet, was seit dem Jahr 2001 gesetzliche Pflicht ist?

Auch folgende Hinweise dürften den Arzt zum Nachdenken bringen:

- Haben Sie die Veröffentlichung des US-Instituts der Wissenschaft IOM gelesen, das die weltweite Datenlage zu möglichen Impfkomplicationen analysiert hat? Sie stellten 2012 fest, dass es in 85 % aller Fälle mangels ausreichender Daten nicht möglich ist, einen kausalen Zusammenhang zu bestätigen oder

zurückzuweisen. Wie können aus Ihrer Sicht diese großen Wissenslücken zur Sicherheit der Impfungen geschlossen werden? (IOM (Institute of Medicine), 2012: Adverse effects of vaccines: Evidence and causality. Washington, DC: The National Academics Press.)

- Ist Ihnen die Veröffentlichung des Robert Koch-Instituts (RKI) bekannt, dass Ärzte außerhalb von Masernausbrüchen bis zu 44 mal mehr Masernfälle mit den Krankenkassen abrechnen, als sie – trotz gesetzlicher Meldepflicht schon für den Verdacht seit 2001 – dem Gesundheitsamt melden? Wie kann dies aus Ihrer Sicht verbessert werden? (METTE U. A., Under-Reporting of Measles, Dtsch Arztebl Int 2011; 108(12): 191-6)

- Wie erklären Sie es sich, dass der deutsche Internistenkongress in diesem Jahr eine Podiumsdiskussion darüber durchführte, warum Ärzte selbst wenig geimpft sind? Kann das keine Gefahr für den Arzt und die Patienten darstellen? (Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM), Jahrestagung 2017 vom 29. April bis 2. Mai 2017, Expertensymposium 1. Mai: Ungeimpfte Ärzte – Risiko nicht nur für Patienten).

Suchen Sie sich einzelne Punkte heraus oder finden Sie selbst weitere im Schwarzbuch oder in den Rundbriefen. Und dann wünschen wir ein angenehmes Gespräch – vielleicht mit einem „Aha-Erlebnis“.

Jürgen Fridrich
Lindenstraße 41, 56290 Sevenich

IMPRESSUM

Herausgeber Libertas & Sanitas e.V., Marbach.

Geschäftsstelle Wilhelm-Kopf-Straße 15, 71672 Marbach, Telefon (071 44) 86 25 35, E-Mail: info@libertas-sanitas.de, Internet: www.libertas-sanitas.de.

Vorsitzende Marianne Kräck, Wolfgang Böhm, Jürgen Fridrich.

Anfragen, Beiträge oder Leserbriefe an

Libertas & Sanitas Rundbrief-Redaktion. Anfragen werden unentgeltlich beantwortet. Allerdings bitten wir, einen freigegebenen, rückadressierten Umschlag (DIN A 4) beizulegen.

Libertas & Sanitas e.V. ist als gemeinnütziger Verein anerkannt. Gerne senden wir eine Spendenquittung zu.

Bankverbindung Sparkasse Eichstätt
IBAN DE25 7215 1340 0020 1362 22, BIC BYLADEM1EIS

Die Artikel und die sich daraus ergebenden Ratschläge werden mit größter Sorgfalt recherchiert. Dennoch können daraus gewonnene Erkenntnisse überholt oder veränderungswürdig sein, weshalb eine Garantie für die Ratschläge nicht übernommen werden kann. Eine Haftung ist ausgeschlossen. Jeder Autor ist nach dem Pressegesetz allein für den von ihm verfassten Artikel verantwortlich. Die hier veröffentlichten Texte sind urheberrechtlich geschützt. Dennoch erteilen wir die Erlaubnis, einzelne Seiten oder Artikel zu kopieren, solange die Quelle ersichtlich bleibt. Die Redaktion behält sich vor, zur Veröffentlichung eingereichte Manuskripte zu kürzen, umzuarbeiten oder zu ergänzen. Gedruckt in Deutschland.

Beschluss des BGH vom 3. Mai 2017: Vater setzt Impfung für Kind durch

So oder ähnlich informierten die Medien über eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs (XII ZB 157/16).

Damit dürfte es zukünftig für den Elternteil, der ein Kind nicht impfen lassen möchte, schwieriger werden, dies durchsetzen zu können.

Wenn sich Eltern in einer Angelegenheit von erheblicher Bedeutung für das Wohl des Kindes nicht einigen, überträgt das Familiengericht die Entscheidungsbefugnis dem Elternteil, dessen Lösungsvorschlag dem Kindeswohl besser gerecht wird.

Die Entscheidung über die Impffrage gilt in der Rechtsprechung nicht als eine von alltäglicher, untergeordneter Bedeutung. Daher bedarf es einer einvernehmlichen Haltung der Eltern.

In dem verhandelten Falle waren sich die getrennt lebenden, gemeinsam sorgeberechtigten Eltern uneinig über die Impfungen ihrer Tochter.

Der Vater strebte solche nach den Empfehlungen der STIKO an, die Mutter wollte, dass das Kind nicht geimpft wird.

Der Vater stand Impfungen offen gegenüber, zeigte sich als der tolerantere, auf die Belange des anderen Elternteils eher eingehende Elternteil und nahm mehr die Perspektive des Kindes mit seinen Bedürfnissen wahr.

Die Mutter war nur dann zu Impfungen bereit, wenn ärztlicherseits Impfschäden mit Sicherheit ausgeschlossen würden. Nach ihrer Meinung seien die STIKO-Empfehlungen „das interessengebundene Produkt unheilvoller Lobbyarbeit der Pharmaindustrie und der Ärzteschaft“ und umstritten.

Dieser Vorwurf war zu unkonkret und nicht spezifizierbar, um ihn anhand einer Beweiserhebung über bestimmte Tatsachen verifizieren oder widerlegen zu können. Daher führte dies zu keinen weiteren Ermittlungen. Spezifische Umstände des Einzelfalls (z. B. Unverträglichkeiten des Kindes) lagen nicht vor. Das Kind war ca. ein Monat vor der Anhörung der Eltern am OLG schon gegen Tetanus und Diphtherie geimpft worden und hatte dies nach Aussage beider Eltern gut vertragen.

So begründete das Oberlandesgericht Thüringen seinen Beschluss (4 UF 686/15) und übertrug das Entscheidungsrecht für Impfungen hinsichtlich folgender Krankheiten dem Vater: Tetanus, Diphtherie, Pertussis (Keuchhusten), Pneumokokken, Rotaviren, Meningokokken C, Masern, Mumps und Röteln.

Der BGH hat diese Entscheidung bestätigt und die Beschwerde der Mutter zurückgewiesen, ihr die Entscheidung über Impfungen zu übertragen.

Zu beachten ist, dass der BGH den Fall nicht nochmals neu aufrollt, sondern nur überprüft, ob das vorinstanzliche Gericht gegen Denkgesetze oder Erfahrungssätze verstoßen oder Verfahrensfehler gemacht hat.

Bemerkenswert ist nun, dass sowohl OLG als auch BGH sich wesentlich an den Empfehlungen der STIKO orientieren, diese aber offensichtlich in ihrem sachlichen Umfang nicht ausreichend kennen.

Nach der STIKO ist die Rotavirusimpfung spätestens mit der 32. Lebenswoche abzuschließen. Das Kind war bei der Entscheidung des OLG aber schon etwa dreieinhalb Jahre und bei der des BGH fast fünf Jahre.

Die Pneumokokken-Impfung wird nur bis zum 2. Geburtstag empfohlen.

Dagegen fehlen die Impfungen gegen Kinderlähmung und Hepatitis B, die von der STIKO vorgesehen sind.

Dies zeigt, dass auch Beschlüsse höchster Gerichte durchaus kritisch auf ihren sachlichen Gehalt zu prüfen sind.

Welche Chancen bestehen jetzt bei zukünftigen Entscheidungen für den Elternteil, der sein Kind nicht entsprechend der STIKO impfen lassen möchte?

Es sind sachlich diejenigen Aspekte aufzugreifen, die der BGH in seinem Urteil erwähnt: mögliche Verstöße gegen Denkgesetze oder Erfahrungssätze.

Zu nutzen sind dazu verschiedene Fakten, die wir in unseren Rundbriefen und im „Schwarzbuch Impfen“ immer wieder dargestellt haben.

Die STIKO beschreibt in ihren jährlichen Empfehlungen z. B.:

„Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven medizinischen Maßnahmen. Moderne Impfstoffe sind gut verträglich; bleibende unerwünschte gravierende Arzneimittelwirkungen werden nur in sehr seltenen Fällen beobachtet.“

Im Bundesgesundheitsblatt können wir jedoch lesen:

„Die Wirksamkeit der Impfprogramme kann nicht evaluiert werden“ und „Es sind keine Häufigkeitsangaben zu Impfkomplicationen möglich“.

Dies widerspricht obigen Aussagen der STIKO, die damit nicht haltbar sind. Sie verstoßen gegen Denkgesetze und Erfahrungssätze:

Wenn ich die Wirksamkeit und die Komplikationsrate nicht kenne, dann fehlt die Grundlage für die Aussagen, dass Impfungen zu den wirksamsten Maßnahmen gehören und Komplikationen sehr selten beobachtet werden.

Mithin fehlt damit die Basis für eine Nutzen-Risiko-Abwägung, die einer Empfehlung zugrunde liegen muss, weil beide nicht bekannt sind.

Sowohl OLG als auch BGH stützen sich auch auf ein früheres Urteil des BGH, das die STIKO-Empfehlungen als medizinischen Standard beschreibt (VI ZR 48/99 v. 15. September 2000).

Mit den eben dargestellten Fakten besteht auch die Notwendigkeit, diesen Beschluss des BGH aus dem Jahr 2000 zu überprüfen. Stand der Wissenschaft kann nur sein, was einer Überprüfung standhält, lautet ein wichtiger Denk- und Erfahrungssatz der Wissenschaft.

Zu beachten ist auch, dass zum damaligen Zeitpunkt die STIKO ihre Empfehlungen noch aussprach, ohne eine ausführliche evidenzbasierte Bewertung vorzunehmen. Diese erfolgte zum ersten Mal im Jahr 2013 mit der Empfehlung zur Rotavirusimpfung. Auch wurde erstmals im Infektionsschutzgesetz (IfSG), das am 1. Januar 2001 in Kraft trat, die Aufgabe der STIKO gesetzlich geregelt.

Zu möglichen schweren Impfkomplicationen ist auf eine Veröffentlichung aus dem Bundes-

gesundheitsblatt hinzuweisen, dass höchstens 5 % aller Fälle gemeldet werden. Das bedeutet, dass 95 % ungemeldet bleiben und daher auch nicht bewertet werden können.

Dies lässt die STIKO bis heute unberücksichtigt.

Außerdem geht sie bisher nicht darauf ein, dass im Jahr 2012 das US-Wissenschaftsinstitut IOM eine ausführliche Bewertung der weltweiten Datenlage zu solchen Komplikationen veröffentlicht hat. Darin stellt es fest, dass zu 85 % aller Fälle die vorhandenen Daten unzureichend sind, um einen kausalen Zusammenhang zu Impfungen bestätigen oder zurückweisen zu können.

In 12 % aller Fälle sah das IOM eher einen solchen als gegeben an, und in 3 % eher als nicht bestehend.

Trotz gesetzlicher Vorgabe, ihre Empfehlungen stets an den Stand der Wissenschaft anzupassen, versäumt das die STIKO: letztmalig im Jahr 2007 hat sie über den Aufklärungsbedarf für Ärzte zu Komplikationen veröffentlicht.

Wegen der beiden BGH-Urteile werden wir uns direkt an den BGH wenden, um zu prüfen, in welcher Weise diese unsere Sachinformationen bewerten.

Außerdem weisen wir auf Artikel 100 des Grundgesetzes hin:

„Hält ein Gericht ein Gesetz, auf dessen Gültigkeit es bei der Entscheidung ankommt, für verfassungswidrig, so ist das Verfahren auszusetzen, und wenn es sich um die Verletzung der Verfassung eines Landes handelt, die Entscheidung des für Verfassungsstreitigkeiten zuständigen Gerichts des Landes, wenn es sich um die Verletzung dieses Grundgesetzes handelt, die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts einzuholen.“

Bei einer Gerichtsverhandlung, wo etwa beim Impfen das Infektionsschutzgesetz (IfSG) von Bedeutung ist, könnte dieser Weg beschritten werden. Denn das IfSG geht von der Notwendigkeit der Schutzimpfungen aus, die aber durch obige Tatsachen infrage gestellt wird.

Bitte beachten Sie, dass wir keine Rechtsberatung durchführen dürfen. Wir sind jedoch gern bereit, unsere Erfahrungen bei einem Rechtsstreit einzubringen und etwa mit Anwälten zusammenzuarbeiten.

Jürgen Fridrich

Lindenstraße 41, 56290 Sevenich

EuGH-Urteil zum Impfen: Impfschaden anerkannt, ohne Beweiserhebung (?)

Das Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom 21. Juli 2017 (Rechtssache C-621/15) wurde in den Medien überwiegend kritisch beleuchtet. Worum ging es?

In Frankreich war ein Mann 1998 und 1999 gegen Hepatitis B geimpft worden und hatte danach Beschwerden entwickelt, schließlich Ende 2000 die Diagnose Multiple Sklerose (MS) erhalten. Er hatte 2006 Klage gegen den Impfstoffhersteller Sanofi Pasteur erhoben und war 2011 gestorben. Seine Hinterbliebenen verfolgten die Klage weiter.

Das mit der Beschwerde befasste französische Gericht wandte sich an den EuGH, weil es wissen wollte, ob es sich trotz eines fehlenden wissenschaftlichen Konsens über einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Impfung und der MS auf ernsthafte, klare und übereinstimmende Indizien stützen könne, um den ursächlichen Zusammenhang mit hinreichend hoher Wahrscheinlichkeit festzustellen.

Solche waren u. a., dass der Mann vorher gesund war, in der Familie auch keine MS vorlag, die Beschwerden nach der Impfung auftraten und von anderen Fällen berichtet wird, wo die Krankheit nach solcher Impfung aufgetreten ist. Das haben die nationalen Gerichte ernsthaft zu prüfen, so der EuGH.

Das Gericht urteilte, dass wenn sich die Beweisführung nur auf dem aus der medizinischen Forschung sicheren Beweis gründe, dies die Durchsetzung von Ansprüchen übermäßig erschwert, oder, wenn ein ursächlicher Zusammenhang weder bewiesen noch widerlegt werden kann, gar unmöglich macht.

Die Reaktionen in Deutschland zu diesem Urteil zeigen, dass dessen Kritikern die Gesetzeslage und der Ablauf eines Anerkennungsverfahrens für einen Impfschaden bei uns nicht ausreichend bekannt ist. Im Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist schon seit 2001 im § 61 festgeschrieben, was Kritiker bemängeln: *„Zur Anerkennung eines Gesundheitsschadens als Folge einer Schädigung im Sinne des § 60 Abs. 1 Satz 1 (der beschreibt die Schädigung durch eine öffentlich empfohlene Impfung) genügt die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs. Wenn diese Wahrscheinlichkeit nur des-*

halb nicht gegeben ist, weil über die Ursache des Leidens in der medizinischen Wissenschaft Ungewissheit besteht, kann mit Zustimmung der für die Kriegsopferversorgung zuständigen obersten Landesbehörde der Gesundheitsschaden als Folge einer Schädigung im Sinne des § 60 Abs. 1 Satz 1 anerkannt werden. Die Zustimmung kann allgemein erteilt werden.“

Es gilt also schon länger, dass die Wahrscheinlichkeit für eine Anerkennung ausreicht (es spricht mehr für als gegen die Impfung als Ursache) und dass Ungewissheit in der Wissenschaft es unmöglich macht, den Vollbeweis antreten zu können. Sowohl unsere Gesetzeslage als auch das Urteil des EuGH sehen da wohl eine Bringschuld der Wissenschaft, Wissenslücken zu schließen.

Auch Vorwürfe der Willkür – einfache Behauptungen (Betroffener oder gar von Impfgegnern?) könnten jetzt zu einer Anerkennung eines Impfschadens führen – entbehren der Wirklichkeit: Der Betroffene hat sich impfen lassen (war also zumindest vor der Impfung kein Impfgegner) und will den Schaden jetzt entschädigt bekommen.

In Deutschland ist in der Versorgungsmedizinverordnung seit 2008 der Ablauf eines solchen Verfahrens beschrieben. Diese löste die zuvor gültige, darin inhaltsgleichen Anhaltspunkte (AHP) ab. Der Betroffene muss den Nachweis führen, dass die Impfung stattgefunden hat, akute Erstreaktionen eingetreten sind und eine bleibende Schädigung vorliegt. Zwischen diesen drei geforderten Gliedern muss dann die Wahrscheinlichkeit aufgezeigt werden, dass die Impfung wesentliche Ursache war. So könnte auch in Frankreich z. B. der Impfstoffhersteller aufzeigen, dass es eine andere Ursache statt der Impfung gibt, die überwiegend wahrscheinlich die Schädigung zur Folge hatte. Von dessen Benachteiligung kann also keine Rede sein.

Wir dürfen gespannt sein, inwieweit deutsche Gerichte sich jetzt mehr an dieser Rechtsprechung orientieren, als es § 61 IfSG bisher ihnen schon erlaubte.

Jürgen Fridrich

Lindenstraße 41, 56290 Sevenich

Leserbriefe zu den Urteilen

Leserbrief zu DÄ 22-23/2017 vom 5.6. (A 1082): Bundesgerichtshof – Schutzimpfungen haben „erhebliche Bedeutung“

Jürgen Fridrich
Lindenstraße 41, 56290 Sevenich
16. Juni 2017

Deutsches Ärzteblatt, Redaktion,
Reinhardtstraße 34, 10117 Berlin

Überschrift und Text geben den Inhalt und Sinn des BGH-Urteils unzutreffend wieder. Der BGH stellte fest: „Die Schutzimpfung eines Kindes ist auch dann eine Angelegenheit von erheblicher Bedeutung für das Kind, wenn es sich um eine sogenannte Standard- oder Routineimpfung handelt. ... Bei der Beurteilung der Folgen verdeutlicht vielmehr sowohl das durch eine Impfung vermeidbare und mit möglichen Komplikationen verbundene Infektionsrisiko als auch das Risiko einer Impfschädigung, dass es sich nicht um eine Alltagsangelegenheit handelt, sondern um eine Angelegenheit mit erheblicher Bedeutung für das Kind.“

Schon die Vorinstanz (Thüringer Oberlandesgericht) formulierte: „Die Impffrage kann

aus Sicht des Senats nicht zu einer Angelegenheit untergeordneter Bedeutung herabgestuft werden ... Vielmehr ist ... von einer erheblichen Bedeutung ... auszugehen.“

Eine Gerichtsentscheidung war auch nur nötig und möglich, weil sich die Eltern in der Impffrage nicht einig waren.

Die Vorwürfe der Mutter wurden vom Gericht als „nicht hinreichend konkretisierbar“ und nicht ausreichend spezifiziert beschrieben und führten daher nicht zu weiteren Ermittlungen. Es wurden von ihr keine Verstöße gegen Denkgesetze oder Erfahrungssätze aufgezeigt, wie der BGH ausführte. Der Vater wurde als toleranter und kompromissbereiter eingeschätzt.

Ihm wurde die Entscheidungsbefugnis auf Schutzimpfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Pneumokokken, Rotaviren, Meningokokken C, Masern, Mumps und Röteln übertragen.

Da das Kind beim Urteil fast 5 Jahre alt war, sind die Impfungen gegen Rotaviren (bis 4 Monate) und Pneumokokken (bis 2 Jahre)

nicht STIKO-konform – entgegen den Ausführungen von BGH und OLG. Außerdem fehlen Impfungen gegen Hepatitis B und Polio, die ebenfalls medizinischen Standard als STIKO-Empfehlungen sind. Windpocken hatte das Kind schon gehabt, wie das OLG beschrieb.

Der BGH geht in seiner Begründung auf die Verhinderung der Weiterverbreitung übertragbarer Krankheiten im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes ein, schließt dabei aber Tetanus nicht aus.

Der BGH weist damit einerseits auf Ansatzpunkte für Kritik an den STIKO-Empfehlungen als „medizinischer Standard“ hin. Andererseits zeigen die Urteile, dass die Rechtsprechung durchaus hinterfragt werden kann.

Das kennzeichnet einen demokratischen Rechtsstaat.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Fridrich
(Vorsitzender Libertas & Sanitas e.V.)

Leserbrief zu FAZ Wissen vom 3. Juli 2017: Obwohl Beweise fehlen? (Sonja Kastilan)

Jürgen Fridrich
Lindenstraße 41, 56290 Sevenich
12. Juli 2017

Frankfurter Allgemeine Zeitung FAZ
Hellerhofstraße 2-4, 60327 Frankfurt/M.

Das EuGH-Urteil zu einem möglichen Zusammenhang zwischen der Impfung gegen Hepatitis B und Multipler Sklerose greift auf, was in Deutschland schon seit 2001 im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes gilt. In dessen §61 steht: „ Zur Anerkennung eines Gesundheitsschadens ... genügt die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammen-

hangs. Wenn diese Wahrscheinlichkeit nur deshalb nicht gegeben ist, weil über die Ursache des festgestellten Leidens in der Wissenschaft Ungewissheit besteht, kann ... der Gesundheitsschaden ... anerkannt werden.“

Die seit 2008 gültige Versorgungsmedizin-Verordnung (und davor die sogenannten AHP) beschreibt die Vorgaben bei einem Verfahren zur Impfschadensanerkennung. Zu beweisen ist, dass die Impfung stattgefunden hat, akute Erstreaktionen erfolgten und ein bleibender Gesundheitsschaden vorliegt. Zwischen diesen dreien genügt es dann, eine überwiegende Wahrscheinlichkeit aufzuzeigen, dass die Impfung dessen

Ursache ist (es muss mehr dafür als dagegen sprechen, 51%).

Dies sorgt dafür, dass nicht „willkürlichen Behauptungen Tür und Tor geöffnet“ wird.

Die Behauptungen der im Beitrag zitierten Wissenschaftler legen nahe, dass sie weder die Gesetzeslage, noch das Urteil ausreichend studiert haben.

Das gilt auch, was den Stand der Wissenschaft zur Hepatitis B-Impfung und Multipler Sklerose betrifft.

Das US-amerikanische Wissenschaftsinstitut IOM hat 2012 veröffentlicht, dass die Beweislage unzureichend ist, um einen kausalen Zusammenhang zwischen beiden

als Impffolge bestätigen oder zurückweisen zu können. Dazu hat das IOM die weltweite Studienlage analysiert und festgestellt, dass dieser Mangel für 85% aller potentiellen schweren Impffolgen gilt.

Das bedeutet, dass große Wissenslücken bestehen, worüber die Bevölkerung, einschließlich Ärzteschaft, aufzuklären ist.

In verschiedenen Ausgaben der medizinischen Fachzeitschrift „Bundesgesundheitsblatt“ (sie wird u.a. von den Experten des Robert Koch-Instituts und des Paul-Ehrlich-Instituts herausgegeben) kann jeder nachlesen, dass für die Impfprogramme der objektive Nachweis der Wirksamkeit und der Häufigkeit von Impfkomplicationen fehlt und sie daher nicht evaluiert werden können.

Das EuGH-Urteil und unsere Gesetzeslage sehen quasi eine Bringschuld bei der Wissenschaft.

Der BGH wurde kürzlich von Impfbefürwortern gelobt, weil er einem Vater in einem Sorgerechtsstreit die Entscheidung über Impfungen zusprach, der sich u.a. an den STIKO-Empfehlungen orientierte. Der EuGH wird jetzt kritisiert, weil sein Urteil impfkritisch erscheint.

Objektivität sollte angestrebt werden. Dazu hilft es auch beim Impfen, Expertenaussagen nicht ungeprüft zu übernehmen, sondern sorgfältig zu recherchieren.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Fridrich

Interessenskonflikte:

Bin Vorsitzender von Libertas & Sanitas e.V.; Autor der Bücher „Schwarzbuch Impfen“ und „Impfen mit den Augen des Herzens betrachtet – Tatsachen statt Expertenmeinungen“ sowie Autor und Referent zahlreicher Beiträge, die sich sachlich-kritisch mit der ungenügenden Datenlage beim Impfen befassen, insbesondere unter dem Aspekt der juristisch fragwürdigen Zustimmung zu Impfungen.

Habe an allen fünf Nationalen Impfkongressen teilgenommen, weil Dialog auch in der Wissenschaft ein empfehlenswerter Weg ist.

Kopien der Quellen anbei

Leserbrief zu „Impfschäden: Urteil des Europäischen Gerichtshofs schafft keine neue Evidenz“ (27.6.) mit der Bitte um Veröffentlichung gedruckt und/oder online

Jürgen Fridrich
Lindenstraße 41, 56290 Sevenich
Tel. 06762/8556
6. Juli 2017

Deutsches Ärzteblatt
Wissenschaftliche Redaktion,
Dieselstraße 2, 50859 Köln

Das Institute of Medicine stellte nach Auswertung der weltweiten Datenlage zum möglichen Zusammenhang zwischen Hepatitis-B-Impfung und Multipler Sklerose (MS) fest, dass die vorhandene Beweislage nicht ausreicht, um einen kausalen Zusammenhang bestätigen oder zurückweisen zu können. Sie kommen zu dem Schluss, dass dies für 85% aller möglichen schweren Impffolgen gilt. In verschiedenen Ausgaben des Bundesgesundheitsblattes kann jeder nachlesen, dass für Impfprogramme der objektive Nachweis der Wirksamkeit und der Häufigkeit von Impfkomplicationen fehlt und sie daher nicht evaluiert werden können. Schon seit 2001 gilt in Deutschland das Infektionsschutzgesetz. Im §61 heißt es: „Zur Anerkennung eines Gesundheitsschadens ... genügt die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs. Wenn diese Wahrscheinlichkeit nur deshalb nicht gegeben ist, weil über die Ursache des festgestellten Leidens in der Wissenschaft Ungewissheit besteht, kann ... der Gesundheitsschaden ... anerkannt werden.“ Die seit 2008 gültige Versorgungsmedizin-Verordnung beschreibt die Vorgaben bei einem Verfahren zur Impfschadensanerkennung. Willkürlichen Behauptungen wird dadurch nicht Tür und Tor geöffnet, wie Cornelia Betsch meint. Zu beweisen ist, dass die Impfung stattgefunden hat, dass akute Erstreaktionen erfolgten und ein bleibender Gesundheitsschaden vorliegt. Zwischen diesen dreien genügt es dann, eine überwiegende Wahrscheinlichkeit, dass die Impfung die Ursache ist, aufzuzeigen.

Zum Aspekt, dass ein Zusammenhang laut WHO biologisch plausibel sein muss, sei auf die Veröffentlichung von Dittmann 2002 verwiesen (damals war er Mitglied der

STIKO und der WHO): Als Ursachen für die Wissenslücken nannten die Experten u.a. fehlendes Verständnis der einer Impffolge zugrunde liegenden biologischen Abläufe, ungenügende oder widersprüchliche Studienergebnisse, begrenzte Aussagekraft bestehender Meldesysteme hinsichtlich Kausalität.

Erfreulich ist, dass der STIKO-Vorsitzende Prof. Mertens auf die Mängel des Meldesystems für Impfreaktionen verweist.

Die Gesetze und die Gerichte sehen eine Bringschuld der Wissenschaft. Wer Gerichte scharf kritisiert, sollte die Gesetze und Urteile sowie die wissenschaftliche Literatur genau lesen. Vertretern der Medien sei zu empfehlen, auch beim Impfen sorgfältig zu recherchieren und Expertenaussagen nicht ungeprüft zu übernehmen; das gilt auch für das kürzliche BGH-Urteil zu Impfen und Sorgerecht.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Fridrich

Interessenskonflikt:

Vorsitzender von Libertas & Sanitas e.V.; Autor der Bücher „Schwarzbuch Impfen“ und „Impfen mit den Augen des Herzens betrachtet – Tatsachen statt Expertenmeinungen“; Autor und Referent von Beiträgen, die sich sachlich-kritisch mit der ungenügenden Datenlage beim Impfen befassen, insbesondere auch unter dem Aspekt, dass damit eine informierte Zustimmung zu einer Impfung im juristischen Sinn fragwürdig ist.

Teilnehmer an allen fünf Nationalen Impfkongressen, um im Dialog die Sachlage zu bewerten.

Kopien der Quellen anbei