LIBERTAS & SANITAS e.V.
Forum für Impfproblematik, Gesundheit und eine bessere Zukunft

# Impfen oder nicht, gibt es sonst keine Herausforderungen? – Impfpflicht – Alkoholverbot – Rauchverbot – Krankenhausverbot?

Jürgen Fridrich

Wegen einiger hundert an Masern Erkrankten erschallt wieder einmal der Ruf nach einer Impfpflicht. Dies geschieht besonders dann, wenn ein einzelner Mensch während oder nach Masern verstirbt.

Warum nicht mal den Blick auf andere Bereiche richten?
Wo nicht nur der Konsument Schäden erleidet, sondern auch Kinder von den Folgen betroffen sind.
**Alkoholverbot? Warum nicht, angesichts der Fakten?**
Je nach Untersuchung werden für Deutschland pro Jahr zwischen 15.000 und 74.000 Todesfälle genannt. **Das sind ca. 40 bis 200 Tote - jeden Tag!**
40.000 Gewalttaten jährlich erfolgen unter Alkohol.
Steuereinnahmen von ca. 3 Mio. € stehen ca. 40 Mio. an Folgekosten gegenüber. **Das sind täglich 110 Mio. Euro!**
Welches Leid erfahren Kinder durch Gewalt wegen Alkoholkonsums eines Elternteils oder beider Eltern?
Wie viele werden z.B. als Mitfahrer im Auto geschädigt und könnten durch technische Lösung mit geringen Kosten davor bewahrt werden (Alkoholsensor)?
Ca. 2.000 Kinder kommen jährlich mit einem Fetalen Alkoholsyndrom (FAS) auf die Welt. Lebenslang geschädigt, weil die Mutter zum ungünstigen Zeitpunkt in der Schwangerschaft Alkohol konsumierte.
Ca. 8.000 weitere Kinder erfahren dadurch leichtere Schädigungen (Fetal Alcohol Spectrum Disorder - FASD).

**Wann handeln hier Politiker, Ärzteschaft und Medien, denen doch beim Impfen –wie sie behaupten– das Wohl der Kinder so am Herzen liegt?**

**Wie wäre es mit Rauchverbot?**
Man geht von 110.000 und 120.000 Todesfälle pro Jahr aus, das sind täglich über 300.
Es entstehen jährliche Kosten für Krankenbehandlung von 80 Milliarden Euro, also ca. 220 Millionen Euro Tag für Tag, bei Steuereinnahmen von 14 Milliarden.
Der derzeitige Nichtraucherschutz geht an der Gruppe der Kinder weitgehend vorbei. Wie viele von ihnen verbrachten ihre Freizeit in einer Raucherkneipe, wie viele waren durch Rauch in der Gaststätte oder am Bahnhof betroffen, wie lange und wie oft?
Aber wer schützt sie dort, wo sie wirklich gefährdet sind - zuhause, wenn ein oder beide Elternteile rauchen, oder im Auto? Auch hier böten Sensoren Hilfe.

**Wo bleibt der Schutz durch den Staat? Was tun die Medien für sie und was die Ärzteschaft, die sich beim Impfen so um die Kinder sorgt?**

**Naheliegend erscheint auch ein Krankenhausverbot!**
Schätzungen gehen von jährlich 10.000 bis 40.000 Todesfällen in Kliniken als Folge von Hygienemängeln aus. Das sind ca. 30 bis 110 jeden Tag.
Geschädigt wird eine 6stellige Zahl von Patienten.
Wesentliche Ursache ist Zeitmangel für Händedesinfektion wegen zu geringer Personaldecke. Durch technische Überwachung, auch durch Attrappen, lässt sich wie Studien zeigen ein Rückgang um geschätzt 80% der Fälle erreichen.

**Wo bleibt Zivilcourage und Engagement aller, die eine Impfpflicht fordern, um angesichts dieser Situation nicht nur zuzuschauen?**

Seniorenheime / Pflegeheim?

Überall, wo Personalmangel vorliegt, entstehen erhebliche gesundheitliche Folgen für Bewohnerinnen und Bewohner.
Wenn also schon wenige 100 an Masern Erkrankte (jährlich!) und Einzelfälle von daran Verstorbenen wochenlange Medienberichterstattung und Forderungen von Politikern und Ärztevertretungen nach einer Impfpflicht hervorrufen, **wie viele Aktivitäten müsste es dann erst zu den hier aufgeführten Problembereichen geben?**
Ist es glaubhaft, wenn aus Ärzteschaft, Politik und Medien eine Impfpflicht gefordert wird, weil doch die Kinder ein Recht auf Gesundheit und Impfung haben? **Aber niemand an die Kinder in den genannten anderen Lebenssituationen denkt?**

Warum sind die Impfraten in der Ärzteschaft selbst unbefriedigend? **Müssen deren Patienten nicht vor Ansteckung durch Frau und Herrn Doktor geschützt werden, besonders die jungen Säuglinge beim Kinderarzt und die Schwangeren beim Frauenarzt?**

Wundert sich niemand, dass aus Hildesheim zum aktuellen Masernausbruch zwar Zahlen Erkrankter und vom Unterricht Ausgeschlossener genannt wurden, aber anfangs keine Angaben erfolgten, wie viele darunter vollständig oder teilweise geimpft waren? Selbst exakte Angaben über das Alter fehlten: wie viele Kinder, Jugendliche und Erwachsene waren betroffen?

Wieso wird nirgends in den Medien über die Berichte in der medizinischen Fachliteratur informiert, die das Versagen der Masernimpfung trotz sehr hoher Impfraten beschreiben – und dabei vollständig Geimpfte betroffen sind?

Warum zitiert niemand die WHO, wenn diese **druckfrisch im April 2019** im Bundesgesundheitsblatt über die europaweiten Masernfälle im Jahr 2018 berichtet, und dabei das Versagen selbst der 2-fachen Impfung ganz ehrlich darstellt?
Von insgesamt 82.596 Fällen ist bei 62.524 (also nur 76%) der Impfstatus bekannt: 21.6% (13.504!) waren 2x geimpft, 16.2% (10.103!) 1x.
Das Impfversagen war besonders ausgeprägt unter den 10-19-Jährigen, bei denen mehr geimpfte Personen erkrankten, als nicht geimpfte.

Darunter waren auch Ausbrüche in Portugal unter vollständig Geimpften, wo zuvor 12 Jahre die Masern als eliminiert galten und seit vielen Jahren mehr als 95% 2x geimpft werden. **74,1 % waren 2x bzw. 3x geimpft! Das Durchschnittsalter der Erkrankten betrug 30 Jahre! Nur ein 1x geimpftes Kind unter 18 Jahren erkrankte!**
Als Ursachen für das Versagen und die Ausbrüche wurden dort genannt, dass die Immunität nach Impfung – im Gegensatz zu der nach Durchleben der Krankheit – schwächer ist und nicht lebenslänglich anhält. Und **Erkrankungen Geimpfter oft (fast 50%) nicht erkannt werden**, weil diese nicht alle typischen Symptome aufweisen.
**Das bedeutet, dass man von doppelt so vielen Masernfällen bei Geimpften ausgehen muss, als gemeldet werden.**

**Diese Fakten zeigen, dass langanhaltende, gar lebenslange Immunität nach Masernimpfung genauso eine Illusion ist, wie ein ersehnter Herden- oder Gemeinschaftsschutz**, mit dem man gern an die Verantwortung anderen gegenüber appelliert.

**Fakten der STIKO** bestätigen auch, dass Säuglinge deshalb gefährdet sind, an Masern zu erkranken, weil deren Mütter selbst als Kinder dagegen geimpft wurden, und infolgedessen diesen keinen ausreichend starken und andauernden Nestschutz übertragen können.
Demnach könnte SSPE eine Spätfolge der Impfung sein! 7 von 31 in einer Studie der Universität Würzburg erfassten an SSPE Erkrankten waren, meist nach der Masernerkrankung 1x geimpft, 10 sogar 2x! Von den übrigen 14 ist der Impfstatus nicht bekannt. Warum wird nicht geprüft, ob diese Impfungen einen Einfluss auf den Verlauf der Krankheit gehabt haben?

Alle hier genannten Aspekte stellen keine überraschenden Geschehnisse dar, mit denen niemand rechnen konnte: auf deren Eintreten wurde schon vor 50 Jahren hingewiesen. Weitere Informationen zu Masern finden Sie im Schwarzbuch Impfen und in unseren Rundbriefen zu Masern.

Diese Faktoren sollten alle diejenigen kennen und berücksichtigen, die sich mit der Forderung zu einer Impfpflicht hervortun. Und zwar ehe sie mit dieser Impfplicht die Grundrechte anderer Menschen einschränken wollen.
*


* **Quellen:**
* DHS Jahrbuch Sucht 18
* Muscat u.a., Eliminierung der Masern aus der Europäischen Region der WHO – Herausforderungen bleiben, Bundesgesundheitsblatt 4/2019, S. 440-49
* Augusto, u.a., Challenging measles case definition: three measles outbreaks in three Health Regions of Portugal, February to April 2018, Euro Surveill. 2018: 23(28)pii 1800328
* STIKO, Änderung der Empfehlung zur Impfung gegen Masern, Epi Bull 32/2010, S. 315-22
* Schönberger u.a., Epidemiology of Subacute Sclerosing Panencephalitis (SSPE) in Germany from 2003 to 2009: A Risk
* Estimation, PLOS One, July 2013, Vol. 8, Iss. 7, e68909.

# Fragwürdige Berichterstattung über eine WHO-Veröffentlichung in der Presse, TV und Internet

Jürgen Fridrich

**Machen wir als Impfkritiker weiter wie bisher, oder erkennen wir darin eine Chance, die Veränderung ermöglicht?**

Hält die WHO Impfgegner für eine globale Gesundheitsbedrohung, wie es Berichte einiger Medien behaupten?

Die WHO, durchaus beliebtes Ziel für Angriffe durch Menschen, die Impfungen kritisch hinterfragen – **was schreibt sie, und was nicht?**

Und weiter: **Wer schreibt was über die WHO?**
Schließlich: **Was sagt das aus über**
- den Umgang verschiedener Medien und mancher Politiker mit Fakten, Realität, Interpretation, Selektion und konstruierter Wirklichkeit?
- die Bedeutung von Recherche: Wer liest noch Originalquellen und welche Quellen liefern Belege?

Aber besonders wichtig erscheint dabei auch:

**Wie damit umgehen?**
**Welche Chancen bieten diese oberflächlichen Medienberichte und die offensichtlich mangelnde (wissenschaftliche) Politikberatung?**

Die WHO-Veröffentlichung „Ten threats to global health in 2019“ (übersetzt: Zehn Gefahren /Bedrohungen für die weltweite Gesundheit im Jahr 2019), auf die in den Medien Bezug genommen wird, erschien am 10.1.2019 auf der WHO-Internetseite: who.int/news-room/spotlight (nur Ankündigung mit dem Titel) und who.int/emergencies.

Zunächst einige Quellen, die die diese Veröffentlichung im Zeitraum vom 19.1. bis 24.1.2019 mit folgenden Überschriften ankündigten:
- WHO erklärt Impfgegner zur globalen Bedrohung (SPIEGEL, WELT)
- Ungeimpfte sind so gefährlich wie Ebola (WELT)
- „Die Einschätzung von Impfgegnern durch die Weltgesundheitsorganisation teile ich voll und ganz“, sagte Karl Lauterbach, SPD-Gesundheitsexperte (WELT)
- WHO: Impfmüdigkeit gefährdet globale Gesundheit (FAZ, dpa)
- WHO: Impfgegner bedrohen die Weltgesundheit (Viernheimer Tageblatt)
- WHO: Impfgegner sind eine der zehn größten globalen Bedrohungen (Epoch Times)
- Impfgegner sind die Pest (taz)
- Soll man gegen Masern impfen? Die Weltgesundheitsbehörde warnt vor Impfskepsis. Was dagegen hilft? Die Fakten zu nennen (ZEIT)

Wie zu erwarten, gab es – wohl unvermeidbar beim Thema Impfen - die gewohnten 2 Reaktionen im Netz:
Die Gruppen der Seiten „Pro Impfen“ und „Kontra Impfen“ lieferten sich eher selten einen heftigen Wortwechsel mit gegenseitigen Angriffen. Meist blieben beide unter Gleichdenkenden.

**Gibt es noch andere Möglichkeiten, mit einer solchen Situation umzugehen?**

**Greifen wir den Vorschlag der „Zeit“ auf, Fakten zu nennen.**

Dazu bietet es sich zunächst an, die Bezugsquelle zu lesen.
**Was hatte die WHO veröffentlicht?**
Ten threats to global health in 2019
Nachfolgend *kursiv* meine Übersetzung des englischen Textes, den die WHO mit allgemeinen Ausführungen beginnt, ehe sie auf die zehn Punkte (Ten threats) einzeln eingeht.

*Die Welt steht vielfachen gesundheitlichen Herausforderungen gegenüber.*
*Diese reichen von Ausbrüchen impfpräventabler Krankheiten, wie Masern und Diphtherie, zunehmenden Berichten über Krankheitserreger, die gegen Medikamente resistent sind, wachsende Raten bei Fettleibigkeit und körperliche Inaktivität, bis zu gesundheitlichen Auswirkungen von Umweltverschmutzung, Klimawandel und vielfachen humanitären Krisen.*
*Auf diese und andere Bedrohungen gerichtet, ist 2019 der Ausgangspunkt für einen neuen Strategieplan der WHO – das 13. generelle Tätigkeitsprogramm. Dieser Plan konzentriert sich auf ein dreifaches Milliardenziel: sicherstellen, dass eine weitere Milliarde Menschen vom Zugang zu allumfassender Gesundheitsversorgung profitieren, eine weitere Milliarde von Menschen durch gesundheitliche Notfallversorgung geschützt werden und eine weitere Milliarde Menschen sich besserer Gesundheit und Wohlbefindens erfreut. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es nötig, die Gesundheitsbedrohungen aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten.*

*Nachfolgend* **10 der vielen Probleme***, die 2019 die Aufmerksamkeit der WHO und der Partner im Gesundheitsbereich erfordern:*

1. *Luftverschmutzung und Klimawandel*
2. *Nicht übertragbare Krankheiten (z.B. Diabetes, Krebs, Herzkrankheiten; machen 70% der globalen Todesfälle aus)*
3. *Weltweite Influenza-Pandemie*
4. *Umgebungsbedingungen, die anfällig machen (z.B: Dürre, Hungersnot)*
5. *Resistenz von Krankheitserregern gegen Medikamente*
6. *Ebola und andere hoch bedrohliche Krankheitserreger*
7. *Schlechte primäre Gesundheitsversorgung*
8. ***Zögern / Unschlüssigkeit beim Impfen***
9. *Dengue*
10. *HIV*

Die WHO hat zu jedem Punkt kurz kommentiert.

Nur zu Punkt 8 übersetze ich nachfolgend *kursiv* den Kommentar, weil dieser die obigen Reaktionen in den Medien und die daraus resultierende Diskussion hervorrief (**Fettdruck** von mir).

*Zögern / Unschlüssigkeit beim Impfen (vaccine hesitancy) – der Widerwille (reluctance) oder die Ablehnung (refusal) zu impfen* **trotz Verfügbarkeit von Impfstoffen** *– droht, den Fortschritt rückgängig zu machen, der bei der Bewältigung der durch Impfungen vermeidbaren Krankheiten gemacht wurde. Impfen ist einer der kosteneffektivsten Wege, Krankheit zu vermeiden – es verhindert zur Zeit 2-3 Millionen Todesfälle pro Jahr, und weitere 1,5 Millionen könnten vermieden werden, wenn sich die globalen Impfraten verbesserten.*
*Bei Masern beispielsweise hat sich eine Zunahme der weltweiten Fälle um 30% ergeben.* **Die Ursachen für diesen Anstieg sind vielschichtig, und nicht alle diese Fälle sind vom Zögern beim Impfen verursacht. Aber einige Länder, die nahe daran waren, die Krankheit zu eliminieren, haben deren Wiederaufleben erfahren.**
**Die Gründe, warum es Menschen vorziehen, nicht zu impfen, sind vielschichtig.** *Eine Gruppe, die die WHO zu Impfungen berät, identifizierte Bequemlichkeit, umständlichen Zugang zu Impfstoffen und* **Mangel an Vertrauen** *als wichtigste Gründe, die der Unschlüssigkeit zugrunde liegen. Mitarbeiter im Gesundheitsdienst, besonders im Gemeinwesen, bleiben die Berater und Einflussnehmer bei der Impfentscheidung, denen am meisten vertraut wird, und sie müssen dabei unterstützt werden,* **bewährte, glaubwürdige Informationen zu Impfstoffen zur Verfügung zu stellen**.
*Im Jahr 2019 wird die WHO u.a. ihre Tätigkeit ausbauen, um weltweit den Gebärmutterhalskrebs durch Steigerung der HPV-Impfraten zu eliminieren. 2019 könnte auch das Jahr sein, in dem die Übertragung des Polio-Wildvirus in Afghanistan und Pakistan unterbrochen wird. Letztes Jahr wurden aus beiden Ländern weniger als 30 Fälle gemeldet. Die WHO und ihre Partner sind verpflichtet, diese Länder dabei zu unterstützen, jedes einzelne Kind zu impfen, um diese lähmende Krankheit endgültig auszurotten.*

**Fazit:**
**Die WHO schreibt weder über Impfgegner, noch über Impfmüdigkeit als globale Bedrohung!**
Das bedeutet, dass diese Berichterstattung in den Medien im Widerspruch zu den Publizistischen Grundsätzen (Pressekodex), Ziffer 1 und 2, steht: Wahrhafte Unterrichtung der Öffentlichkeit ohne Sinnverfälschung.
Das heißt auch, dass **in den Medien eine von diesen selbst konstruierte, eigene Wirklichkeit geschaffen und veröffentlicht wird.**

**Was ist zum Kommentar der WHO noch zu sagen?**

Wenn jeder ein gefährlicher Zögerer ist, der verfügbare Impfstoffe nicht anwendet, **dann gilt das z.B. auch für die Impfkommission STIKO.** Diese empfahl z.B. die Rotavirus-Impfung erst 6 Jahre nach deren Zulassung, und verweigert die allgemeine Empfehlung, gegen Meningokokken B zu impfen, bis heute.

**Sind die Mitglieder der sächsischen SIKO dann auch eine globale Gefahr**, weil sie die zweite Masernimpfung erst mit 4-5 Jahren empfehlen, statt – wie die STIKO – mit 2 Jahren?
Und die Impfkommissionen anderer Länder, die weder Impfungen gegen Windpocken, noch gegen Rotaviren oder Hepatitis B empfehlen, wie z.B. die europäische Impfinstitution ECDC veröffentlicht?
Es gibt offensichtlich unter den Impfexperten verschiedener Länder den Konsens gar nicht, den die WHO-Aussage eigentlich voraussetzt, nämlich einen verfügbaren Impfstoff auch überall anzuwenden. Es findet wohl eine Bewertung der jeweiligen Impfstoffe statt, die u.a. länderspezifische Besonderheiten berücksichtigt, und auch von unterschiedlicher Einschätzung des Krankheitsrisikos geprägt wird.

**So sind die von den Medien angegriffenen, zögernden Impfgegner ja sogar in bester Gesellschaft mit den weltweiten Impfexperten - oder?**

**Wie steht es nun mit den von der WHO behaupteten Angaben, die von den Medien ohne Prüfung übernommen wurden?**

2 bis 3 Millionen Todesfälle jährlich werden durch Impfungen verhindert, und weitere 1,5 Millionen könnten mit höheren Impfraten vermieden werden, so schreibt die WHO (ohne eine Quellenangabe für diese Zahlen).

Schon die große Spanne von 2-3 Millionen deutet an, dass es sich dabei **um eine Schätzung handelt**.
Ehret stellte 2003 die Tabelle vor, in der diese Zahlen errechnet wurden (1, 2). Sie nennt darin die Ursprungsquelle, die von GAVI aus dem Jahr 2001 stammt (3). GAVI und die WHO haben mir diese auf Nachfrage bisher nicht zur Verfügung gestellt.

Ehrengut zeigte schon 1964 Daten aus **Industrieländern**, woraus zu entnehmen ist, dass der **Rückgang der Todesfallzahlen an Masern zwischen 1900 und 1958 dort schon zu fast 100% erfolgt war, ehe es überhaupt eine Impfung gegen Masern gab** (4).
**Was unzweifelhaft belegt, dass es für diese Entwicklung einen Grund oder mehrere Gründe geben musste. Aber die Impfung daran keinen Anteil haben konnte, weil es sie in diesem Zeitraum noch gar nicht gab; sie wurde erstmals ab 1963 u.a. in USA eingesetzt.**

2001 wurde sogar im Bundesgesundheitsblatt vom **„Ende des Mythos - Der Sieg über die großen europäischen Seuchen war keineswegs primär ein Sieg der Medizin“** berichtet, und darüber, dass **„medizinisches Forschung und Dienste fehlgeleitet sind, weil man von falschen Annahmen über die Grundlagen menschlicher Gesundheit ausgeht“** (5).
Der Autor Rosenbrock nahm dabei Bezug auf Bücher des englischen Professors für Sozialmedizin, McKeown. „Die Bedeutung der Medizin“ war schon 1982 erschienen, das englische Original „The role of medicine“ bereits 1979.

Herausgeber der Zeitschrift „Bundesgesundheitsblatt“ sind u.a. das Robert Koch-Institut (RKI), die oberste deutsche „Seuchenbehörde“, und das Paul-Ehrlich-Institut (PEI), zuständig für die Zulassung und Sicherheitsüberwachung der Impfstoffe.

**Die beiden genannten Aussagen aus dem Bundesgesundheitsblatt wurden nicht in Frage gestellt oder gar widerlegt.**

Die Menschen starben vor 100 Jahren u.a., weil sie hungerten, sauberes Wasser fehlte, schlechte Lebens-, Wohn- und Arbeitsverhältnisse und mangelhafte sanitäre Bedingungen bestanden.

Wenn in den vergangenen Jahrzehnten etwa in Afrika, Asien oder Südamerika Impfkampagnen durchgeführt wurden, sah man Verbesserungen oft als deren Folge an, und **berücksichtigte nicht, dass mit den Kampagnen auch andere Veränderungen einhergingen.**
Exemplarisch wurde das 1999 zu Impfaktionen mit der BCG-Impfung gegen Tuberkulose berichtet, die zum Impfprogramm der WHO gehört:
**Der scheinbare Erfolg mancher BCG-Impfkampagnen hängt mit der zeitgleichen Einführung von Verbesserungen auf sozialen, ökonomischen und öffentlichen Gesundheitsgebieten zusammen (6).**
Es ist naheliegend, dass das auch für andere Impfstoffe galt. Zumindest war ja Gesundheitspersonal vor Ort, das die Impfungen durchgeführt hat, und z.B. durch Infusionen Todesfälle wegen Durchfall verhindern konnte, oder durch Gabe von Vitamin A bei Masernerkrankungen.

**Somit war ein möglicher Nutzen der Impfprogramme gar nicht zu belegen, da andere Einflussfaktoren unberücksichtigt blieben.**

Was die Ausführungen der WHO noch nahelegen:
**Wenn Erkrankungszahlen von Masern zunehmen, dann sind nicht geimpfte Menschen Schuld daran.**

Diese Vorstellung kann allerdings nur aufrecht erhalten, **wer aktuelle und frühere Veröffentlichungen in der Fachliteratur ignoriert.** Dort werden Masernausbrüche aus Ländern berichtet, die schon viele Jahre die geforderten hohen Impfraten (95% für beide Impfdosen) erreichen und wo z.T. nur vollständig Geimpfte erkranken.
Korea meldete 2017 die Zunahme der Zahl von Menschen, die nach Impfungen für Masern empfänglich sind. Man weist darauf hin, dass die **Immunität nach Impfung schwächer ist und weniger lange anhaltend, als die nach der Erkrankung** (7).
Ähnliches ist aus Portugal zu erfahren, wo man auch feststellte, dass mit der üblichen Definition **für Masernerkrankungen viele Fälle bei Geimpften nicht erkannt werden können und konnten** (8). Denn diese weisen oft nicht die typischen Symptome auf. Die Autoren sprachen von fast 50% Betroffenen, d.h. das Problem ist viel größer, als gedacht, und dürfte früher nur nicht realisiert worden sein.
Bei den jetzigen Ausbrüchen in Portugal waren 74% der Erkrankten 2x bzw. 3x gegen Masern geimpft. **Schützt die Impfung, kann man ernsthaft von Schutzimpfung sprechen?**

**Solche Zusammenhänge sind allerdings gar nicht neu**. Wir haben darüber - erstmals vor über zehn Jahren – berichtet, u.a. in unseren Rundbriefen und Büchern, sowie in einer Übersicht „Tatsachen zur Masernimpfung" (9, 10, 11, 12).

**Selbst die STIKO** hatte bereits 2010 (13) auf das Problem verwiesen, dass geimpfte Mütter, im Vergleich zu Müttern, die selbst Masern durchlebt haben, ihren Neugeborenen einen schwächeren Nestschutz übertragen, und dieser auch nicht lange anhält. Sie erwähnt dort 12 (!) frühere Quellen zu diesen Problemen, die älteste von Lennon stammt aus dem Jahr 1986 (14)!
Maldonado berichtete z.B. 1995, dass mit Anwendung der Masernimpfung 70% aller Kinder zwischen 9 und 15 Monaten, deren Mütter als Kinder damit geimpft wurden, für Masern als empfänglich gelten; **in der Vorimpfära waren diese durch ihre Mütter, die selbst echte Masern hatten, geschützt** (15).
Schon 1977 hatte Stickl darauf hingewiesen, dass wegen der Anwendung der Masernimpfung später Probleme mit zunehmenden Erkrankungen von Säuglingen aufgrund fehlendem Nestschutz, und von Erwachsenen wegen nachlassender Wirksamkeit der Impfung auftreten werden (16).

Das bedeutet, dass die STIKO jahrzehntelang die Masernimpfung empfohlen hat, ohne auf die damit verbundenen Risiken hinzuweisen. Ihre Strategie gefährdet Altersgruppen, die bisher nicht von Masern betroffen waren, und bei denen mehr Komplikationen auftreten.

Die impfende Ärzteschaft hat infolgedessen die Eltern vor Impfungen mangelhaft aufgeklärt, sodass diese im juristischen Sinn gar keine wirksame, informierte Zustimmung gegeben haben und die Durchführung der Impfung eine Straftat darstellt.
Das gilt bis heute für alle Impfungen, da nicht ausreichend über Wissenslücken zu Nutzen und Risiken informiert wird.

Dies alles zeigt nachdrücklich, dass eine Überprüfung von Aussagen auch bei den offiziellen Impfexperten unbedingt nötig ist.

Zum Aspekt „Zögern / Unschlüssigkeit beim Impfen" (Vaccine Hesitancy) gibt es von der WHO ausführliche Untersuchungen durch deren Beratungsgruppe SAGE (17, 18).
**Selbst dort tauchen unter den Ursachen für das Zögern Impfgegner oder Impfmüdigkeit überhaupt nicht auf.**
Vielmehr erarbeitete man Strategien, um die Zögerer zu erreichen.
Man nennt das z.B. „Tailoring Immunization Program TIP", also ein auf diese Zielgruppen zugeschnittenes Impfprogramm: Zögerer identifizieren, deren Bedarf und Hindernisse diagnostizieren und geeignete Antworten entwickeln.

**Welche Gründe gibt es nun für die oben genannten Beispiele von nicht zutreffenden Überschriften und Beiträgen, die die Medien verbreiten?**

Was passiert in (fast) allen (deutschen) Medien, wenn es ums Impfen geht?

Es setzt ein Automatismus ein, der die Journalisten, Reporter und Redakteure daran hindert, viele Grundlagen ihrer Arbeit anzuwenden, wie z.B.:

Recherche, Objektivität, Meinungsvielfalt, Ausgewogenheit in der Berichterstattung, Abstand zu Meinungsmachern, Faktenbezug, Vorsicht bei Interpretation und Selektion, Unabhängigkeit vom „Mainstream", Hinterfragen von Expertenaussagen, ernsthafte Befragung der Impfungen kritisch gegenüberstehenden Menschen.

Stattdessen wird u.a. durch Selektion und fragwürdige Interpretation eine eigene, von den Medienleute erwünschte Wirklichkeit, die den Mainstream bedient, konstruiert.
Diese Vorgehensweise widerspricht nicht nur Denkgesetzen und jeglicher (wissenschaftlichen) Logik, sondern auch dem Auftrag, den das Grundgesetz sowie Presse- und Medienrechte eigentlich vorsehen.

Es gibt dazu aus meiner Sicht ein **sehr empfehlenswertes Buch zum Thema**, in dem sich führende Menschen der „Leitmedien" (etwa Spiegel, Zeit, Süddeutsche, ARD) und Medienfachleute sehr selbstkritisch mit der Arbeit der Medien befassen:
**Lügenpresse – Anatomie eines politischen Kampfbegriffs** (Hrsg. Lilienthal und Neverla, KiWi-Verlag).
Darin werden obige Aspekte, wie fehlende Recherche, ausführlich beleuchtet und auch Auswege aus dieser Krise der Medien aufgezeigt.

Es erstaunt in den eingangs zitierten Pressemeldungen, dass man es vermeidet, sich mit Sachargumenten auseinander zu setzen, die es von Impfkritikern und -gegnern ja durchaus gibt.
Nur dann ließe sich ja aufzeigen, was bei letzteren belastbare Tatsachen sind, oder nur „eigene Fakten".

**Bleibt die Frage: Was könnte sich ändern und welche Auswege gibt es?**
(Solche nennt sogar das o.g. Buch „Lügenpresse"!)

Macht es Sinn, sich von impfkritischer Seite nur an den ständig zum Impfen wiederkehrenden Diskussionen etwa in den „sozialen" Medien zu beteiligen? Was meist mit viel Zeiteinsatz und hochkochenden Emotionen verbunden ist.

Was bewirken all die Beiträge etwa auf den Internetseiten, wo sich Menschen beider Seiten in der Diskussion jeweils in ihrer Welt bewegen?
Ohne den Versuch zu unternehmen, ob man etwa bei Sachargumenten Konsens finden könnte. Z.B., dass der Rückgang der Maserntodesfälle in den Industrieländern schon fast vollständig erfolgt war, ehe es eine Masernimpfung gab. Was Ehrengut schon 1964 zeigte (4).
Oder, dass der Verlust des Nestschutzes bei Säuglingen eine Folge der Masernimpfung ist. Was selbst die STIKO bereits 2010 eingestand (13).

Denn, wenn darüber kein Konsens möglich ist, bleibt doch nur die eine Konsequenz, nämlich, die „Diskussion" abzubrechen, oder?

**Wer ist bereit, sich die Frage zu stellen, wie solche Medien-Meldungen genutzt werden können, um etwas zu erreichen? Um dann Antworten zu finden, und schließlich zu handeln!**

Dazu bietet überraschenderweise (?) das oben erwähnte Buch „Lügenpresse" viele Anregungen, z.B., um eine Richtigstellung von falschen Behauptungen oder sogar eine Gegendarstellung zu erreichen.
Ein normaler Leserbrief wird vielleicht nicht veröffentlicht („Wir erhalten so viele, da konnte Ihrer nicht berücksichtigt werden").
Aber andere Vorgehensweisen könnten dabei erfolgversprechend sein.

Dabei können Menschen sich u.a. berufen auf:

* Pressekodex (z.B. Ziffer 3: Richtigstellung von Nachrichten und Behauptungen, die sich nachträglich als falsch erweisen)
* Landespressegesetze (z.B. Hamburgisches Pressegesetz § 11 Gegendarstellung)
* Rundfunkstaatsvertrag (z.B. § 11 Ausgewogenheit oder § 56 Gegendarstellung)
* Verfassung des Freistaates Bayern (Art. 111a Ausgewogenheit)
* Grundgesetz (z.B. Art. 1-6)
* Menschenrechte (z.B. Art. 2 Diskriminierung)

Ein Beispiel dafür folgt nach den Quellenangaben.

Es wäre wünschenswert, wenn die Menschen, die Impfungen in Frage stellen, und einen solchen Weg beschreiten wollen, **ihre diesbezüglichen Aktivitäten miteinander abstimmen.**
Dabei ist es notwendig, sich bei den Aktivitäten **an Tatsachen zu orientieren**, bloße Meinungen zurückzustellen und Angriffe auf Dritte zu unterlassen.

**Quellen:**
1. Ehret, The global value of vaccination (Der weltweite Nutzen des Impfens), Vaccine 2003, 21, 596-600
2. Ehret, The value of vaccination: a global perspective (Der Nutzen des Impfens: eine weltweite Betrachtung), Vaccine 2003, 21, 4105-4117
3. Global Alliance For Vaccines and Immunisation (GAVI) (Weltweite Vereinigung für Impfstoffe und Impfungen) , Fact Sheet (Tatsachen-Blatt) no.169, March (März) 2001
4. Ehrengut, Impffibel, S.197, Tab.12, Schattauer-Verlag 1964
5. Rosenbrock, Was ist New Public Health? (Was ist ein Neues öffentliches Gesundheitswesen), Bundesgesundheitsblatt 8/2001, S.753-62

6. Smith/Starke, **B**acille **C**almette-**G**uerin Vaccine (BCG-Impfstoff gegen Tuberkulose Tbc), Vaccines 1999: 111-139
7. Kang, An increasing potentially measles-susceptible population over time after vaccination in Korea (Ein im Laufe der Zeit nach Impfung zunehmender Anteil in der Bevölkerung, der potentiell für Masern empfänglich ist), Vaccine 2017, Vol.35, Iss.33, 4126-32
8. Augusto, Challenging measles case definition: three measles outbreaks in three Health Regions of Portugal, February to April 2018 (Herausforderung für die Falldefinition bei Masern: drei Masernausbrüche in drei Gesundheitsregionen Portugals von Februar bis April 2018), Euro Surveill 2018, 23(28) 1800328
9. Fridrich, Impfen mit den Augen des Herzens betrachtet – Tatsachen statt Expertenmeinungen, Pirol 2006
10. Fridrich, Tatsachen zur Masernimpfung, Libertas & Sanitas e.V., 10.5.2008
11. Fridrich, Masern 2013 in Deutschland – kommt die Impfpflicht? Rundbrief 1/2013, Libertas & Sanitas e.V.
12. Fridrich/Böhm, Schwarzbuch Impfen, Libertas & Sanitas e.V., Pirol-Verlag 2015
13. STIKO, Änderung der Empfehlung zur Impfung gegen Masern, Epidemiologisches Bulletin 32/2010, S.315-22
14. Lennon/Black, Maternally derived measles immunity in era of vaccine protected mothers (Mütterliche Masernimmunität im Zeitalter geimpfter Mütter), J Pediatr 1986, 108(5): 671-6
15. Maldonado, Early loss of passive measles antibody in infants of mothers with vaccine-induced immunity (Frühzeitiger Verlust passiver Masernantikörper bei Kindern von Müttern mit durch Impfung hervorgerufener Immunität), Pediatrics 1995, 96: 447-50
16. Stickl, Impfdurchbrüche nach Masern-Lebendimpfung, Bundesgesundheitsblatt 1977, 7/8 (v. 7.4.77): 100-103
17. SAGE Vaccine Hesitancy Working Group (Arbeitsgruppe zur Unschlüssigkeit beim Impfen), Vaccine hesitancy, Weekly Epidemiological Report (WHO) No. 50, 12.12.2014
18. Summary WHO SAGE conclusions and recommendations on Vaccine Hesitancy (Zusammenfassung der Schlussfolge rungen und Empfehlungen der SAGE-Arbeitsgruppe der WHO zur Unschlüssigkeit beim Impfen), who.int, January 2015

An das
Viernheimer Tageblatt, Rathausstr. 43, 68519 Viernheim

Ihre Beiträge im Viernheimer Tageblatt vom 21.1.2019 „Impfgegner sind Gefahr“ und „WHO: Impfgegner bedrohen die Weltgesundheit“ verstoßen in wesentlichen Punkten, die nachfolgend aufgeführt sind, gegen die publizistischen Grundsätze (Pressekodex).
Daher fordere ich Sie im Sinne von Ziffer 3 Pressekodex auf, die Richtigstellung an selber Stelle, wie Ihre Beiträge, unverzüglich zu veröffentlichen.

Verstoß gegen folgende Ziffern des Pressekodex:
1. Ziffer 1 (Wahrhafte Unterrichtung der Öffentlichkeit und Wahrung der Menschenwürde): Das Wort „Impfgegner“ taucht in der Veröffentlichung der WHO nicht auf, daher sind ihre Aussagen falsch. Sie würdigen gleichzeitig Menschen herab, die eine begründete andere Haltung zum Impfen einnehmen; somit auch mich.
2. Ziffer 2 (Sorgfältige Recherche, wahrheitsgetreue Wiedergabe ohne Sinnentstellung): Offensichtlich wurde nicht sorgfältig recherchiert oder die dpa-Meldung sogar ohne Recherche übernommen. Diese gibt den Inhalt des Textes der WHO wahrheitswidrig wieder und entstellt deren Sinn. Dass es sich bei den angegebenen Zahlen (2-3 Millionen jährlich verhinderte Todesfälle und zusätzlich 1,5 Mio. vermeidbare Fälle bei höheren Impfraten) nur um Schätzungen handelt, die andere Faktoren unbeachtet lassen, konnten Sie mangels eigener Recherche nicht erkennen. Gleiches gilt für den vermittelten Eindruck, dass wegen mangelnder Impfbereitschaft nicht Geimpfte für die Zunahme der Masernfälle um 30% verantwortlich seien. Recherche ergibt z.B., dass Masernausbrüche auch unter vollständig Geimpften auftreten, z.B. 2017 in Korea und 2018 in Portugal, obwohl dort seit vielen Jahren hohe Impfraten erreicht werden. Ursache ist laut Autoren der Studien die nachlassende Wirksamkeit der Impfung und der mangelnde Nestschutz, den geimpfte Müttern ihren Säuglingen übertragen
3. Ziffer 8 (Schutz der Persönlichkeit): Sie verunglimpfen alle Menschen, die sich beim Impfen anders verhalten; also auch mich. Sensation geht dabei vor Interessen Andersdenkender.
4. Ziffer 9 (Schutz der Ehre): Ihre Darstellung verletzt unangemessen meine Ehre.
5. Ziffer 12 (Diskriminierung): Ihre Ausführungen diskriminieren mich, weil ich eine andere Überzeugung habe.
6. Ziffer 14 (Medizin-Berichterstattung): Ihre Darstellung ist unangemessen sensationell und erwecken beim Leser unbegründete Befürchtungen.
Sollten Sie nicht zur unverzüglichen Richtigstellung bereit sein, werde ich mich umgehend an den Presserat wenden. Gleichzeitig behalte ich mir vor, den Rechtsweg zu beschreiten. Unabhängig davon, fordere ich Sie auf, meine Gegendarstellung abzudrucken.

Mit freundlichen Grüßen Jürgen Fridrich

# Antwort der Bundesregierung auf FDP-Anfrage bestätigt große Wissenslücken zum Impfen bei Regierung und den sie beratenden Experten! Wie aus einer kleinen Anfrage eine große Chance werden kann - Kommunikation wagen!

**Zusammenfassung:**
Am 4./5. Dezember 2017 richtete der Abgeordnete Dr. Wieland Schinnenburg und die Fraktion der FDP eine „Kleine Anfrage" an die Bundesregierung (Drucksache 19/179), deren Titel „Defizite bei Impfquoten" lautet und die auf 2 Seiten, nach einigen Vorbemerkungen, 16 Fragen, betreffend den Zeitraum ab 2007, umfasst.
Die Bundesregierung antwortete darauf mit 10 Seiten (Drucksache 19/320) am 22.12.2017.
Darüber berichteten u.a. „Die Welt", Tagesschau, Focus, Stern, taz und Ärzteblatt.
Dies hatte 2 bemerkenswerte Stellungnahmen zur Folge. Eine von Angelika Müller (Eltern für Impfaufklärung, EFI-online.de), die sich an „Die Welt" wandte und die Datengrundlage zu den 280 SSPE-Fällen in Frage stellte. Und die zweite von Dr. med. Steffen Rabe (impf-info.de), der auf einen Twitter-Beitrag der Tagesschau Bezug nahm, und die behaupteten 190.000 Todesfälle an „impfpräventablen" Erkrankungen überprüfte: er fand stattdessen ca. 19.000.
Am 5.2.2018 (Drucksache 19/695) erfolgte dann auf eine Nachfrage der FDP aufgrund der Ausführungen von Angelika Müller eine Richtigstellung durch die Bundesregierung: Statt 280 SSPE-(Todes)Fälle gab sie nur noch 29 an!
Am 1.3.2018 veröffentlichte dies auch „Die Welt": Regierung muss Impfgegnern in einem Punkt recht geben.

**Die Analyse des Gesamtvorgangs zeigt erhebliche Wissenslücken auf Seiten der Impfexperten der Bundesregierung**, die unsere Ausführungen im „Schwarzbuch Impfen" bestätigen.
Dies führt, wenn wir das nicht kommunizieren, unweigerlich dazu, dass von Regierungsseite Entscheidungen getroffen werden, denen eine valide Grundlage fehlt. **Das gilt auch für die derzeitige Diskussion zur Impfpflicht.**

**Unsere Lobbyarbeit ist angesagt, um unsere Sicht der Dinge beim Impfen der Bundesregierung bekannt zu machen. Denn: Was die nicht weiß, macht sie nicht heiß.**

Daher nehmen wir o.g. Antwort der Bundesregierung zum Anlass, aktiv mit den Menschen dort und im Bundesgesundheitsministerium, sowie mit deren Fachleuten zu kommunizieren.

Dabei stellen wir eine gemeinsame Veröffentlichung von Prof. Kurth, dem ehemaligen Präsidenten des Robert Koch-Instituts (RKI), und Frau Glasmacher in den Mittelpunkt:
Was ist gute wissenschaftliche Politikberatung? Darüber referierten sie im Rahmen der Veranstaltungsreihe „Wissenschaftliche Politikberatung im demokratischen Verfassungsstaat" (1).

Darin verweisen sie u.a. auf die notwendige Transparenz und Belastbarkeit von Daten gerade bei Veröffentlichungen von Bundesinstituten, und darauf, dass externe Expertise erforderlich ist.

**Die Expertise von Libertas & Sanitas e.V. bieten wir der Regierung an.**
Wir setzen damit unseren bei den Nationalen Impfkonferenzen beschrittenen Weg aktiver Kommunikation mit Menschen fort, die eine ganz andere Sicht zum Impfen haben, als wir.

**Entscheidungen fallen auf politischer Ebene. Standpunkte - z.B. die unseren - die dort nicht bekannt sind, können auch nicht berücksichtigt werden.**

Nachfolgend sind die Fragen im Wortlaut und Auszüge aus den Antworten der Bundesregierung aufgeführt.

1. Welche Impfquoten setzt die Bundesregierung für die Impfungen gegen Masern, Rotaviren, HPV (humane Papillomviren) und Grippe als Ziel?
2. Wie verbindlich sind diese Impfquoten, und wo werden sie festgelegt?
3. Wann sollen diese Impfquoten erreicht werden?
4. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen und wird sie ergreifen, um die Impfquoten zu erhöhen?
5. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen und wird sie ergreifen, um nicht geimpfte erwachsene Personen zu impfen?

6. Wie erklärt sich die Bundesregierung, dass Deutschland in Europa bei der Masernelimination Schlusslicht ist?
7. **Welche Anzahl an Impfschäden ist nach Kenntnis der Bundesregierung bei Impfungen seit dem Jahr 2007 in Deutschland aufgetreten, welche davon mit bleibenden Schäden und welche davon mit Todesfällen?**
8. Welche Anzahl an Masernerkrankungen gab es nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland seit dem Jahr 2007, und **welche Anzahl an Erkrankten behielten bleibende Schäden, welche Anzahl an Erkrankten verstarben an der Masern-Erkrankung?**
9. Welche Anzahl an Säuglingen (bis 12 Monate) erkrankte nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland seit dem Jahr 2007 an Masern, **welche Anzahl leidet unter Spätfolgen oder ist aufgrund der Erkrankung verstorben?**
10. Welche Anzahl an Personen ist nach Kenntnis der Bundesregierung seit dem Jahr 2007 in Deutschland **verstorben oder behielt bleibende Schäden durch Erkrankungen, gegen die eine Impfung möglich ist?**
11. Welche Kosten sind nach Kenntnis der Bundesregierung seit dem Jahr 2007 jährlich durch die Impfstoffe und deren Verabreichung für die Impfungen gegen Masern, Rotaviren, HPV und Grippe entstanden?
12. Welche Kosten sind nach Kenntnis der Bundesregierung seit dem Jahr 2007 jährlich durch Personen, die an Masern, Rotaviren, HPV und Grippe erkrankt sind, entstanden?
13. Gibt es seitens der Bundesregierung Planungen, den Impfpass zu digitalisieren und etwa verbindlich auf der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern?
14. **Welche Konsequenzen drohen Impfverweigerern?**
15. Ist seitens der Bundesregierung eine Verschärfung der Konsequenzen bei der Verweigerung einer Impfung geplant, wenn ja, in welcher Art, und wann?
16. Sieht die Bundesregierung eine Impfpflicht als Möglichkeit an, die Impfquoten zu erhöhen? Wenn nein, warum nicht?

Diese Anfrage, wie auch die Antwort der Bundesregierung, ist im Internet im vollständigen Wortlaut frei verfügbar. Falls Sie dieses nicht nutzen, können Sie von uns eine Kopie anfordern.

Nachfolgend werden wesentliche Inhalte davon zusammengefasst und kommentiert, sowie auf 2 bemerkenswerte Stellungnahmen (von Angelika Müller und Dr. Steffen Rabe) und deren Wirkung eingegangen.

Anschließend wird unsere Aktivität dargestellt, **die zum Ziel hat, dass Bundesregierung und Gesundheitsministerium das Wissen von Libertas & Sanitas e.V. als externe Expertise beim Impfen heranziehen.**

Dabei stellen wir o.g. Beitrag des früheren Präsidenten des Robert Koch-Instituts (RKI), Prof. Kurth, den er zusammen mit Fr. Glasmacher veröffentlichte, in den Mittelpunkt: „Was ist gute wissenschaftliche Politikberatung?

**Zunächst zur Kleinen Anfrage:**

Die Vorbemerkung des Fragestellers nimmt Bezug auf Hinweise des RKI zu massiven Defiziten bei Impfungen, insbesondere gegen Masern bei Kindern bis zum Alter von 24 Monaten, die sich aus der Auswertung der Abrechnungsdaten der Ärzteschaft mit den kassenärztlichen Vereinigungen ergaben. (2) Deutschland sei Schlusslicht bei der Masernelimination in Europa. Statt der dafür nötigen 95% oder mehr der Bevölkerung, die nach WHO geimpft sein müssen, seien nur 86% der 36 Monate alten Kinder zweimal geimpft.
**Fehlende Masernimpfungen gefährdeten insbesondere Säuglinge** vor dem Zeitpunkt ihrer Impfung, die gegen Masern erst ab 11. Lebensmonat erfolgt.
Probleme mit den Impfquoten werden auch bei den Impfungen gegen Rotaviren, Grippe und HPV gesehen.

Die Anfrage beinhaltet o.g. 16 Fragen und umfasst den Zeitraum ab 2007. Die ersten 5 Fragen beziehen sich auf angestrebte Impfquoten und Maßnahmen, wie die Bundesregierung diese erreichen will.
Nach einer Frage für eine Erklärung der Schlusslichtposition bei Masern folgt interessanter Weise die **nach Impfschäden, einschließlich derer mit bleibenden Folgen oder sogar dem Tod**.

Aus dem Fragenkatalog wird ersichtlich, dass die Fragesteller konkrete Daten erfahren möchten, die eine **Nutzen-Risiko-Bewertung** und eine Antwort darauf ermöglichen könnten, ob mit Impfungen sogar Kosten einzusparen sind.

**Dieses Bestreben ist grundsätzlich begrüßenswert.**

**Kommentar zu den Vorbemerkungen und Fragen:**

Vorab sei darauf hingewiesen, dass es eigentlich um die Immunität - welche durch Erkrankung oder Impfung erzeugt werden kann - von mindestens 95% in der Gesamtbevölkerung geht, nicht um deren Durchimpfungsrate.
Wird diese erreicht, geht man davon aus, dass sich die Masern nicht mehr weiter verbreiten könnten.

Solche Impfraten wären nur zu erreichen, wenn man systematisch auch alle Jugendlichen und Erwachsenen geimpft hätte, was aber nicht der Fall ist. Man nimmt an, dass fast alle vor 1971 geborenen Menschen die Masern durchlebt haben und daher immun sind. Einige Studien bestätigen hohe Immunität bei über ca. 40jährigen.
Das bedeutet aber, dass man neben den Kleinkindern auch konsequent die bisher nicht immunen Jugendlichen und nach 1970 geborenen Erwachsenen impfen müsste, um das Immunitätsziel von 95% der Bevölkerung zu erreichen.
Selbst dann wäre zu berücksichtigen, dass **die Immunität nach Masernerkrankung stärker ist, als nach Impfung, und im Gegensatz zu dieser (fast immer) lebenslang anhält.**
Daten vom RKI zeigen jedoch, dass bei 10% und mehr der vollständig Geimpften von einer unzureichenden Immunität auszugehen ist.
Wer dies beachtet, hat berechtigte Zweifel daran, dass eine 95%ige Immunität der Gesamtbevölkerung je erreichbar ist. Vor der Impfära war diese sogar höher als heute, da schon ca. 95% der über 15jährigen infolge der durchlebten Masernerkrankung immun waren.
Geimpfte brauchen zudem Kontakt zu Masernkranken, damit der Impfschutz länger anhält (man spricht von Boosterung).
Versagen trotz höchster Impfraten und unter vollständig Geimpften sind in der Literatur beschrieben.
**Dass Säuglinge durch Masern bedroht sind, ist**, wie die STIKO (Ständige Impfkommission) 2010 berichtete, **eine Folge der Impfung** von deren Müttern (mit geringerer Leihimmunität „Nestschutz") und der fehlenden Boosterung wegen vergleichsweise geringer Masernerkrankungszahlen. (3)
Das war keine Überraschung, sondern schon in den 1970er Jahren angekündigt und aus anderen Ländern in den 1990ern bestätigt, die schon früher als wir mit Massenimpfungen gegen Masern begannen.
Bei den Kosten für die Impfungen fehlen die, welche zur Behandlung von Impfkomplikationen und für die Versorgung bleibend Geschädigter anfallen.

**Antwort der Bundesregierung:**

Mit Drucksache 19/320 (10 Seiten) vom 22.12.2017 antwortete die Bundesregierung auf die Kleine Anfrage.
Eine Fußnote auf Seite 1 lautet: Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 20. Dezember 2017 übermittelt.

In ihrer Vorbemerkung beschreibt sie kurz einige gesetzliche Rahmenbedingungen und den Aufbau des deutschen Impfsystems. Selbst **der als sehr gering angesehene Anteil der Impfgegner wird erwähnt** und Impflücken werden als Folge von Nichtwissen, Vergesslichkeit oder Angst vor Nebenwirkungen betrachtet.

Während der Fragesteller auf die Defizite bei den Impfquoten der 2-3jährigen Kindern hinweist *(die Kinder werden später geimpft als von der STIKO empfohlen)*, nimmt die Bundesregierung nur Bezug auf die Impfquoten bei den jährlichen Schuleingangsuntersuchungen, die meist im guten bis sehr guten Bereich liegen.

Die Fragen nach den Impfquoten werden u.a. wie folgt beantwortet:

Es gibt keine gesetzlich vorgeschriebenen Impfquoten. Der Nationale Impfplan (NIP) enthält die Zielvorgaben der WHO zu Masern. **Richtigerweise wird von Immunität von 95% in der Bevölkerung gesprochen**. Konkret sollten bis Ende 2016 95% der 15 Monate alten Kinder einmal MMR (Masern, Mumps und Röteln) und 95% der Schulanfänger des Jahres 2016 zweimal geimpft sein. Für Rotaviren und HPV gibt es keine solchen Ziele. Gegen Grippe sollen mindestens 75% der Senioren ab dem 60. Lebensjahr und der chronisch Kranken geimpft werden.
Zu Maßnahmen für die Erhöhung von Impfraten wird u.a. darauf verwiesen, die Bereitschaft zu fördern, dass Ärzte impfen und sich medizinisches Personal *(dazu gehören auch Ärzte!)* impfen lässt.
*Mehrere Veröffentlichungen hatten nämlich gezeigt, dass dort erhebliche Impflücken bestehen, die z.T. größer sind, als in der Normalbevölkerung. Dies ist ein echtes Impfhindernis, wenn selbst die Impfärzte unvollständig geimpft sind, und jeder solche Studien einsehen kann. Im Frühjahr 2017 fand auf dem Internistenkongress am 1. Mai ein Expertensymposium mit dem Thema „Ungeimpfte Ärzte: ein Risiko nicht nur für Patienten" (auf www.dgim-online.de) statt.*
**Wie sollen Menschen von der Notwendigkeit der Impfungen überzeugt werden, wenn die Impfraten der Ärzteschaft unbefriedigend sind?**
Es wird u.a. auf die Bedeutung der Arbeit von RKI, STIKO und BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) verwiesen. Zweimal wird betont, dass es wichtig ist, den öffentlichen Gesundheitsdienst zu stärken.

Um die erkannten Impflücken für Masern bei Erwachsenen (nach 1970 geboren) zu verringern, sieht der NIP vor, dass mindestens 80% der Bevölkerung einer MMR-Impfung positiv gegenüber stehen sollen.
Na, dann wird das aber nichts mit einer Bevölkerungsimmunität von 95%.

Dass Deutschland Schlusslicht in Europa bei der Masernelimination ist, lässt sich durch Fakten nicht belegen, da es Länder (z.B. Italien, Frankreich) gibt, wo mehr Masernfälle auftreten und schlechtere Impfraten vorliegen.

**Hochinteressant wird es dann bei der Antwort auf Frage 7, wo es um Impfschäden einschließlich bleibender oder tödlicher Folgen geht.**

Eine Bundesstatistik über die Zahl der Anträge und die Zahl anerkannter Impfschäden wird nicht geführt.
Man verweist auf die zuständigen Behörden der Länder.
**Es scheint selbst für Bundesregierung und Gesundheitsministerium schwierig zu sein, von dort aussagefähige Daten zu erhalten.** Denn sonst müsste man doch Zahlen über Jahrzehnte vorlegen können. Einschließlich Informationen darüber, wie hoch die Entschädigungen sind und welche Kosten (z.B. für lebenslange Renten und Reha-Maßnahmen) den Bundesländern entstehen.
Stattdessen zieht man – in der Antwort von Dezember 2017! - den Nationalen Impfplan (NIP) vom 1.1.2012 heran. Dort sind im Abschnitt 5.5 „Häufigkeit von Anträgen auf Anerkennung von Impfschäden und anerkannte Impfschäden in Deutschland 2005 – 2009“ (ab S.119) einige Daten aufgelistet.
In dem Fünfjahreszeitraum wurden 1036 Anträge gestellt und es erfolgten 169 Anerkennungen. Das sind im Schnitt 207 bzw. 34 pro Jahr. Ein direkter Bezug der beiden Zahlen ist nicht möglich, da es sich nicht um dieselben Fälle handelt: oft erfolgen Anerkennungen erst viele Jahre, bisweilen Jahrzehnte nach der Antragstellung. **Die formale Anerkennung ermöglicht keinen Rückschluss über Schwere und Dauer der Schädigung.**
Man müsse die Zahlen vor dem Hintergrund von z.B. 45 Mio. verimpften Impfdosen (Jahr 2008) allein zu Lasten der GKV sehen.
In Tabelle 5-1 des NIP sind die absoluten Zahlen der Anträge und Anerkennungen nach Bundesländern für 2005 – 2009 aufgeschlüsselt. Tab. 5-2 zeigt die deutschlandweite Anerkennungsraten pro 100.000 Einwohner. Dann werden in Tab. 5-3 – **aus nur 7 Bundesländern!** – anerkannte Impfschäden bei verschiedenen Impfstoffen aufgelistet. Schließlich werden in Tab. 5-4 die Antrags- und Anerkennungszahlen aufeinander bezogen.
Detaillierte Daten zum Schweregrad der Schädigung liegen nicht vor. Die starke Streuung der Anerkennungsquoten **zeige den Bedarf für qualitätssichernde Maßnahmen im Sinne vereinheitlichter Begutachtungskriterien und einer Angleichung der Grundlage für Verwaltungsentscheide der Länder**.
Die Quoten schwanken zwischen 0% in Mecklenburg-Vorpommern und 28,6% (Rheinland-Pfalz) bzw. 28,8% (Bayern), im Durchschnitt beträgt sie 16,3%.
Meine eigene Berechnung aus Tab. 5-4 ergibt darüber hinaus, dass schon die Antragsquote sehr unterschiedlich ist: in Rheinland-Pfalz werden nur 5 Anträge pro 1 Mio. Einwohner gestellt, in Mecklenburg-Vorpommern 24!
Das heißt, in Rheinland-Pfalz werden sehr wenige Anträge gestellt, aber vergleichsweise viele anerkannt, in Mecklenburg-Vorpommern ist es genau umgedreht.

Hier sei der Hinweis erlaubt, dass ich zwar in Rheinland-Pfalz wohne, aber weder für die dort geringe Antragszahl, noch die hohe Anerkennungsrate verantwortlich bin. Libertas & Sanitas e.V. ist deutschlandweit aktiv.

**Die Bundesregierung kann nur unzureichende Daten zur Verfügung stellen** und die wenigen, die sie präsentiert, bedürfen oft weiterer Analyse, um überhaupt irgendetwas daraus schließen zu können.

**Im Fazit des NIP (S.124/125) zog sie zumindest eine kritische Bilanz:**
Die Information der Bevölkerung zu Überwachungssystemen müsse verbessert werden, **das Vorgehen bei vermuteten Impfschäden muss besser kommuniziert werden und sei auch in der Ärzteschaft oft nicht genügend bekannt. Das gelte selbst für die gesetzliche Meldepflicht** im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) für „über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende gesundheitliche Schädigungen“.

Kein Hinweis erfolgt dazu, dass das vorhandene System gerade eine Anerkennung einer Impfschädigung sehr erschwert, da sowohl Versorgungsämter und Gutachter, als auch Gerichte ihre Aufgabe darin zu sehen scheinen, solche Anträge abzulehnen. Anerkennung ist z.T. mit sehr hohen Kosten für das jeweilige Bundesland verbunden.

**Bei einer öffentlichen Impfempfehlung erwarten Betroffene gerade das Gegenteil der bisherigen Realität: dass nämlich der Staat beweisen muss, dass eine Schädigung keine Impffolge ist, und nicht der Betroffene eine Schädigung durch Impfung**.
Dieser oder seine Angehörigen sind durch das Geschehen schon belastet genug. Sie brauchen Unterstützung, statt Ablehnung.
Man spricht von „Aufopferung“ für ein gesellschaftliches Ziel, wenn man durch Impfungen Schaden genommen hat.

Bei der Bewertung eines Impfschadens ist **insbesondere auf bestehende Wissenslücken in der Wissenschaft zu verweisen**.
Bis diese geschlossen sind, ist konsequent im Sinne potentiell Geschädigter der § 61 IfSG (Gesundheitsschadenanerkennung) anzuwenden:

„Zur Anerkennung eines Gesundheitsschadens als Folge einer Schädigung im Sinne des § 60 Abs. 1 Satz 1 genügt die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs. **Wenn diese Wahrscheinlichkeit nur deshalb nicht gegeben ist, weil über die Ursache des festgestellten 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.“**

Genau das trifft nämlich häufig zu: **Gutachter stellen fest, dass die Ursache des Leidens unbekannt ist, sind sich aber sicher, dass es keine Impffolge sei.**
**Dabei weisen sie die Gerichte nicht auf bestehende Wissenslücken hin.** Sie erwecken dadurch, verstärkt bisweilen durch die Kraft ihres Titels „Professor“, bei Richterinnen und Richtern den **Eindruck von gesichertem Wissen, obwohl nur die Wissenslücken sicher sind.**

Außerdem gibt es keine Qualifikation zum Gutachter, also keine entsprechende Weiterbildung.

**Solche Wissenslücken** werden sogar im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht. Dieses geben u.a. RKI, Paul-Ehrlich-Institut (PEI) und BZgA heraus, die beim Impfen wesentlichen Bundesinstitute im Verantwortungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

**Dort steht u.a. bis heute unwidersprochen zu lesen:**
- Das vorhandene System zur Überwachung der Sicherheit von Impfprogrammen ermöglicht **keine Angaben zur Häufigkeit von Impfreaktionen.** *Wer kann dann sagen, dass diese selten seien und auf jeden Fall seltener als Komplikationen der entsprechenden Erkrankungen? Wie ist so eine Abwägung zwischen Nutzen und Risiken überhaupt möglich, wenn zumindest das Risiko gar nicht konkret bekannt ist?* (5)
- Es werden höchstens 5% der schweren möglichen Impffolgen gemeldet. *Das bedeutet nichts anderes, als dass mindestens* ***95% nicht gemeldet werden - und damit auch nicht bewertet werden können****. Das beweist auch, dass die Wissenslücken viel größer sind, als das Wissen. Um das zu erkennen, braucht man nicht Professor zu sein, sondern wendet nur das Grundrechnen aus der Schulzeit an.* (6)
- Die Impfprogramme können **weder hinsichtlich ihrer Wirksamkeit, noch ihrer Nebenwirkungen evaluiert werden**, obwohl das ein berechtigter Anspruch kritischer Wissenschaft und der Gesellschaft ist, die das alles bezahlt. (7) ***Wer weder Wirksamkeit bzw. Nutzen, noch Risiken kennt, der kann nicht abwägen****. Wer es dennoch tut, will einen mathematischen Bruch lösen, bei dem Zähler und Nenner unbekannt sind. Dies verstößt gegen Denkgesetze und Logik. Man kann dann nur von Glauben oder bestenfalls Meinung sprechen, nicht von belastbaren Aussagen.*
- Abschied vom Mythos: Der Sieg über die großen europäischen Seuchen war keineswegs primär ein Sieg der Medizin. … **Medizinische Forschung und medizinische Dienste sind fehlgeleitet;** was die Gesellschaft für das Gesundheitswesen ausgibt, stellt eine entsprechende Fehlinvestition dar, da bei der Mittelverwendung von **falschen Annahmen über die Grundlagen menschlicher Gesundheit ausgegangen wird**. (8) *Schon 1982 hatte der englische Prof. für Sozialmedizin, McKeown, erkannt, dass der Rückgang der Todesfälle bei vielen Erkrankungen, gegen die geimpft wurde oder wird, unabhängig von Impfungen erfolgte.*

Die Bundesregierung beantwortet die Frage 8 wie folgt: Von 2007 bis 7.12.2017 wurden 10.574 Masernfälle gemeldet. Dabei wiesen 16 Patienten eine Gehirn- oder Hirnhautentzündung auf. **Zu bleibenden Schäden konnte keine Aussage gemacht werden.** Drei Menschen verstarben an Masern.

Konkreter wird dann die Antwort auf die Frage 9, wie viele Säuglinge (bis 12 Monate) an Masern erkrankt sind, unter Spätfolgen leiden oder sogar verstarben. Von 664 erkrankten Kindern verstarb keines, teilte das RKI mit.
Dabei sind aber Kinder mit der stets tödlich verlaufenden SSPE (subakute sklerosierende Panenzephalitis) nicht berücksichtigt. Für diese findet das RKI zwischen 2007 und 2015, ein Zeitraum von 9 Jahren, in der **Krankenhausdiagnosestatistik** 280 Fälle.
Es fällt auf, dass die jährlichen Zahlen von 60 Betroffenen (2007) fast kontinuierlich auf 10 (2015) zurückgehen, was unkommentiert bleibt.
Zwar stiegen die Impfraten in diesem Zeitraum an, aber die Maserninzidenz (Häufigkeit pro 100.000 Kinder) blieb bei den Kleinkindern hoch.

**Dem RKI unterlief ein elementarer Fehler bei der Bewertung der Krankenhausdiagnosestatistik.** Diese erfasst nicht die Zahl der Personen, die mit einer bestimmten Diagnose im Krankenhaus waren, sondern zählt die aufgenommenen Fälle: wer mehrmals wegen derselben Diagnose (hier SSPE) aufgenommen wird, ist stets ein neuer Fall. Aus den gemeldeten Fällen kann das Statistische Bundesamt die genaue Zahl der Personen nicht ermitteln, da dabei nicht aufgeschlüsselt werden kann, wie oft dieselbe Person stationär in die Klinik kam. Das kann die Mehrfacherfassung einer Person nach sich ziehen. Es könnte sich um 280 Personen handeln, von denen jeder einmal dort war; aber auch um eine Person, die in den 9 Jahren 280mal aufgenommen worden war.
Meine telefonische Anfrage beim Statistischen Bundesamt bestätigte das.

**Mit seiner Aussage lag das RKI voll daneben. Statt 280 Personen waren laut Todesursachenstatistik 29 Menschen betroffen, wie durch Drucksache 19/695 unter Punkt 97 am 5.2.2018 korrigiert wurde.**
**Als Bundesinstitut fast um den Faktor 10 daneben zu liegen, wenn die Politik beraten wird, weist auf mangelnde Kompetenz hin.**
**Daraus zeigt sich eindrucksvoll, wie wichtig belastbare Daten und externe Expertise sind; davon, wie schon angekündigt, später mehr im Bezug auf den ehemaligen RKI-Präsidenten Prof. Kurth.**
**Bedenklich ist dabei, dass das RKI offensichtlich auch nicht die Veröffentlichung von Schönberger u.a. zu SSPE aus 2013 herangezogen hat. Dort waren von 2003 bis 2009, also in 7 Jahren, 31 Fälle erfasst worden. (9)**
**Sonst hätte man beim RKI doch wahrnehmen müssen, dass die Zahl von 280 Fällen in 9 Jahren nicht stimmen kann.**
**Hinzu kommt noch, dass die Veröffentlichung aus 2013 nur 11 Fälle bei deutschen Kindern nachwies. Außerdem waren alle Betroffenen, für die der Impfstatus bekannt war, geimpft, was die Autoren nicht realisierten.**

**Wie kam es zu dieser Richtigstellung?**

Sie war den Recherchen von Angelika Müller von EFI und Dr. Steffen Rabe (Ärzte für individuelle Impfentscheidung und impfinfo) zu verdanken, die, als die Zeitung die WELT Auszüge der Antwort der Bundesregierung veröffentlichte, deren Aussage überprüften. Details zu deren Analyse erfolgen anschließend.

**Das RKI ging bei seinen hohen, aber falschen Fallzahlen zu SSPE sogar von einer Untererfassung aus**.

Zu konkreten Diskussionen regt dann auch die Antwort auf Frage 10 des Fragestellers an, der wissen wollte, wie viele Menschen seit 2007 durch Erkrankungen verstorben sind oder bleibende Schäden behielten, gegen die eine Impfung möglich ist.
Exakte Angaben zu an impfpräventablen Erkrankungen Verstorbenen sind ebenso wenig möglich, wie zu dadurch bleibend Geschädigten.

Nach **Schätzungen** des RKI sind von 2007 bis 2017 insgesamt etwa 190.000 Menschen an Erkrankungen gestorben, gegen die man impfen kann. Für bleibende Schäden liegen keine Zahlen vor.
*Es erfolgt kein Hinweis darauf, dass auch Geimpfte dabei betroffen sein können und dazu keine belastbaren Daten vorgelegt werden (können).*
*Auch bleibt unerwähnt,dass sich viele Impfungen nur gegen bestimmte Erregertypen richten und nur dort schützen könnten. Aus der Statistik ist jedoch nicht zu erfahren, welcher bei den Betroffenen vorlag.*
*Die HPV-Impfung könnte, falls eine Schutzwirkung vor Gebärmutterhalskrebs vorliegen sollte, frühestens in 25 Jahren erkennbaren Einfluss auf Todesfälle nehmen. Denn 94% von diesen betreffen Frauen im Alter von über 40 Jahren. Geimpft werden aber Mädchen mit 9-14 Jahren. Da bisher ca. 1.500 Frauen jährlich daran sterben, wurden wohl 11x1.500, also 16.500 Todesfälle angesetzt.*

**Wegen jahrzehntelanger Impfprogramme komme es z.B. bei Masern und Tetanus nur noch selten zu Todesfällen.** Bei Rotaviren und HPV, gegen die erst seit einigen Jahren geimpft wird, und bei Influenza und Pneumokokken, die vorwiegend bei älteren Menschen schwer verlaufen, **seien die Todesfallzahlen beträchtlich**.
**Fakt ist:** ***Der Rückgang der Maserntodesfälle war auch in Deutschland schon zu fast 100% erfolgt, ehe es überhaupt eine Masernimpfung gab****; das ist seit 1964 bekannt. (10) Bei Tetanus sanken die Todesfälle ebenfalls lange vor Impfbeginn. Diese Entwicklung wurde durch die Impfung nicht beschleunigt, was man von einer wirksamen Maßnahme erwarten würde.*
*Todesfälle bei Rotaviren sind Einzelfälle. Bei HPV könnte die Impfung, wenn sie wirkt, erst in 25-30 Jahren erkennbaren Einfluss auf die Todesfälle nehmen. Denn geimpft werden die jungen Mädchen (9-14 J.), ca. 95% der Todesfälle betreffen jedoch Frauen jenseits des 40. Lebensjahres.*

**Das bedeutet, dass die Bundesregierung, die sich bei ihren Antworten auf das Bundesgesundheitsministerium einschließlich RKI mit STIKO und PEI stützt, von einer falschen Sachlage ausgeht. Dies betrifft sowohl vergangene Entwicklungen (Masern, Tetanus), als auch gegenwärtige (Rotaviren, HPV).**

Die Bundesregierung führt dann weiter aus:
Basis für die Berechnungen waren Daten der Todesursachenstatistik, aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Meldedaten nach IfSG, **Schätzungen** des Zentrums für Krebsregisterdaten, **Schätzungen** der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) sowie **Schätzungen** der STIKO Arbeitsgruppe Pneumokokken.

Leider stellt sie hier keinerlei detaillierten Daten für die einzelnen Krankheiten, gegen die geimpft wird, zur Verfügung. Somit ist auch nicht nachvollziehbar, welche belastbaren Daten und welche Schätzwerte der Gesamtzahl von 190.000 zugrunde liegen. Hier fehlt jegliche Bereitschaft zu großer Transparenz. Diese wird von uns eingefordert werden.

Dr. Steffen Rabe hat die konkreten Daten analysiert und auf impf-info veröffentlicht, die zu den einzelnen Erkrankungen verfügbar sind, und kommt dabei auf etwa 1/10, nämlich auf ca. 19.000 Todesfälle. Weitere Infos dazu folgen später.

Aus der Kostenübersicht für Impfstoffe lassen sich kaum konkrete Schlüsse ziehen, da sie nicht auf die Zahl der jeweils verabreichten Impfdosen Bezug nimmt.

Belastbare Daten für die Kosten, die für an Masern, Rotaviren, HPV und Grippe erkrankte Menschen entstanden sind, liegen nicht vor.

Bezüglich Konsequenzen für Impfverweigerer verweist die Bundesregierung auf das Infektionsschutzgesetz (IfSG):
§23a (Immunstatus als Beschäftigungsgrundlage), §28 (Ausschluss von für Masern empfängliche Personen aus Gemeinschaftseinrichtungen) und §34 (Ausschluss Kranker und Krankheitsverdächtiger)

Verschärfungen oder Impfpflicht sind diesbezüglich nicht geplant.

**Zusammenfassend zeigt sich, dass erhebliche Wissenslücken bestehen, und daher Sinn oder Kosteneffizienz von Impfungen nicht mit belastbaren Daten zu begründen sind.**
**Außerdem bestehen z.T. falsche Vorstellungen darüber, welche Erfolge auf Impfungen zurückzuführen sind.**
**Dies führt zu politischen Entscheidungen und Gesetzen, die auf unzureichender Politikberatung gründen.**

Nun werfen wir einen Blick auf die Berichte von Angelika Müller und Dr. Steffen Rabe, die einige Angaben der Bundesregierung überprüften.

Angelika Müller analysierte die Zahl der angegebenen SSPE-Fälle. Statt behaupteter ca. 280 Fälle, korrigierte die Bundesregierung nach Müllers Kritik auf nur noch 29. Man hatte fälschlicherweise die Angaben aus der Krankenhausdiagnosestatistik als einzelne Personen angenommen. Bei der Statistik werden mehrmalige Krankenhausaufenthalte derselben Person jedoch immer als neuer Fall gezählt.
Eine nähere Analyse der 29 Fälle hinsichtlich Alter und Herkunft durch Angelika Müller ergab nur 4 Fälle, bei denen die Betroffenen als Säuglinge an Masern erkrankt waren und später eine SSPE auftrat.
Angelika Müller schrieb „Skandalöser Trick der Bundesregierung verzehnfacht die Todesfälle", Fake-News und Falschmeldung, und wünscht sich „Sorgfalt statt billigste Impfpropaganda".

Meine Überzeugung ist - abweichend davon -, dass Bundesregierung und Gesundheitsministerium einfach schlecht beraten werden, sei es von RKI oder PEI, deren Kompetenz anzuzweifeln ist.

Dr. Rabe wählte als Überschrift seines Beitrags „Die Nullen der Bundesregierung".
Eigentlich hat diese „nur" eine Null zu viel geschätzt. Ob der Titel Nullen in der Regierung meinte?
Er analysierte die Datengrundlage, die zu ca. 190.000 Todesfällen wegen impfpräventabler Krankheiten von 2007 bis 2017 führten. Rabe fand ca. 19.000, indem er die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, die Krebsregisterdaten, Daten des Statistischen Bundesamtes und des RKI heranzog.

Die Bundesregierung hatte nicht die einzelnen Daten der verschiedenen Krankheiten aufgelistet, sondern nur die Summe von ca. 190.000 genannt. Immerhin hatte sie darauf verwiesen, dass der Zahl teilweise Schätzungen zugrunde liegen (z.B. bei Influenza und Pneumokokken).
Zumindest bei Influenza (Grippe) ist die Größenordnung der Schätzung bekannt, sie liegt zwischen ca. 5.000 und 30.000 pro Jahr und wird als sogenannte Übersterblichkeit (in der Winterzeit) veröffentlicht (z.B. Epidemiologisches Bulletin 3/2015). (11)
Allerdings kann die Todesursache durch Influenza nicht von anderen Erregern abgegrenzt werden. Hinzu kommt, dass etwa 50-60% der gegen Influenza geimpften erwachsenen Personen trotzdem daran erkranken, sich die Krankheit bei diesen eben nicht als impfpräventabel erwiesen hat.
Zusätzlich ist zu beachten, dass auch andere, nicht im Impfstoff enthaltene Influenza-Erreger als Ursache in Frage kommen.

Zahlen zu HPV können noch nicht berücksichtigt werden (ca. 1.500 Gebärmutterhals-Todesfälle pro Jahr), da ca. 95% der betroffenen Frauen über 40 Jahre alt sind. Die Impfung könnte also frühestens in 25-30 Jahren einen Einfluss auf die Todesfälle nehmen.

Wünschenswert für die Zukunft ist, dass die verschiedenen kritischen Personen mehr miteinander kommunizieren, um mehr Wirkung bei der Politik und in der Öffentlichkeit zu erzielen.

## Todesfälle an ausgewählten Erkrankungen in Deutschland pro Jahr

| | Tetanus | Diphtherie | Pertussis | Haemophilus infl. (gesamt) | Poliomyelitis | Hep B | Pneumokokken (gesamt) | Meningokokken (gesamt) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2015 | | 1 | | 18 | 38 | 237 | 91 | 32 |
| 2014 | 2 | | 1 | 9 | 47 | 231 | 78 | 30 |
| 2013 | 1 | | 2 | 12 | 27 | 260 | 88 | 33 |
| 2012 | 1 | | | 11 | 34 | 250 | 77 | 30 |
| 2011 | | 2 | 3 | 7 | 34 | 276 | 93 | 25 |
| 2010 | 2 | 2 | | 5 | 33 | 266 | 104 | 43 |
| 2009 | 4 | | 1 | 6 | 30 | 258 | 109 | 33 |
| 2008 | 1 | 1 | 1 | 5 | 22 | 206 | 114 | 46 |
| 2007 | 3 | 3 | 3 | 6 | 33 | 231 | 113 | 51 |
| 2006 | 5 | 2 | | 4 | 34 | 308 | 107 | 56 |
| | | | | | | | | |
| **Summe** | **19** | **11** | **11** | **83** | **332** | **2523** | **974** | **379** |

**Quelle:**
Dr. Steffen Rabe, Die Nullen der Bundesregierung, http://impf-info.de/neben-wirkungen/wirkungen/242-die-nullen-der-bundesregierung.html, Abruf 26.04.2019

**Wie kann nun das Wissen von zum Impfen kritisch eingestellter Personen Einfluss auf politische Entscheidungen nehmen?**

Hier bietet es sich an, zunächst die schon eingangs erwähnte Veröffentlichung von Kurth/Glasmacher „Was ist gute wissenschaftliche Politikberatung?“ heranzuziehen.

*Sie fordern, dass die Aussagen der Bundesinstitute belastbar sein müssen. Dazu gehört Transparenz und das* ***Aufzeigen wesentlicher Wissenslücken,*** *damit Politiker Unwägbarkeiten bewerten und kompetente Entscheidungen fällen können.*
*Fakten müssen nachprüfbar und reproduzierbar sein.*
*Denn: eine Empfehlung kann gravierende Folgen haben und* ***in die Bürgerrechte des Einzelnen eingreifen.***
*Es geht darum, realistische Empfehlungen abzugeben, ohne wissenschaftliche Daten und Fakten zu verleugnen.*
*Subjektive Auswahl wissenschaftlicher Erkenntnisse hat zu unterbleiben; Ergebnisse, die nicht zur eigenen Erwartung passen, dürfen nicht ignoriert werden.*
*Experten sollten unabhängig sein. Essenziell ist auch die Kommunikation mit der Öffentlichkeit.*
***An die Verlässlichkeit einer Information müssen bei Bundesinstituten besonders hohe Anforderungen gestellt werden****. Die Informationen sollten daher* ***durch*** *interne oder* ***externe Expertise qualitätsgesichert sein****.*
***Wissenslücken*** *der Wissenschaft und Interpretationsspielräume* ***müssen thematisiert werden.***

Mit diesen Vorgaben ist eine solide Grundlage für gute Politikberatung gegeben; sie bietet sich ebenfalls für eine solche Arbeit der Kritiker der gängigen Impfpraxis an.

Damit die Bundesregierung in Fragen zum Impfen kompetent entscheiden kann, braucht sie unabhängige, externe Expertise. Ihre Antworten auf die Kleine Anfrage der FDP zeigt, dass sie unzureichend beraten wird.

Deshalb bieten wir der Regierung unsere Mitarbeit an und laden andere, die die gängige Impfpraxis in Frage stellen, dazu ein, dies auch zu tun.

| Rotavirus | Masern | Mumps | Röteln | Windpocken | Influenza | Zervix-Karzinom (gesamt) | Gesamt/Jahr |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 40 | 3 | 8 | | 7 | 61 | 1351 | **1887** |
| 23 | 1 | 3 | 3 | 5 | 5 | 1338 | **1776** |
| 39 | 2 | 10 | 3 | 4 | 51 | 1370 | **1902** |
| 18 | 1 | 3 | 2 | 8 | 6 | 1415 | **1856** |
| 15 | 1 | 4 | 2 | 7 | 13 | 1426 | **1908** |
| 27 | 2 | 2 | 2 | 6 | 4 | 1353 | **1851** |
| 36 | 2 | 6 | 3 | 6 | 24 | 1395 | **1913** |
| 23 | 1 | 3 | 1 | 3 | 14 | 1418 | **1859** |
| 13 | | 1 | 1 | 6 | 11 | 1394 | **1869** |
| 12 | 1 | 2 | 1 | 9 | 3 | 1338 | **1882** |
| | | | | | | | |
| **246** | **14** | **42** | **18** | **61** | **192** | **13798** | **18703** |

Von der ermittelten Gesamtzahl 18703 sind noch 13798 (Zervixkarzinom) abzuziehen, da die Zahl der Todesfälle an Gebärmutterhalskrebs frühestens in ca. 20 Jahren merklich durch die heutige HPV-Impfung beeinflusst werden könnte. Dies setzt voraus, dass die Impfung gegen Krebs wirkt, was bis heute nicht bestätigt wurde und alle Mädchen und Frauen durch Impfung geschützt sind.

**Quellen:**


1. Kurth / Glasmacher, Was ist gute Wissenschaftliche Politikberatung? Bundesgesundheitsblatt 4/2008, S.458-66
2. Rieck u.a., Aktuelles aus der KV-Impfsurveillance – Impfquoten ausgewählter Schutzimpfungen in Deutschland, Epi Bull 2018; 1:S.1-14
3. STIKO, Änderung der Empfehlung zur Impfung gegen Masern, Epi Bull 32/2010, S.315-22
4. Stickl, Impfdurchbrüche nach Masern-Lebendimpfung, Bundesgesundheitsblatt 7/8/1977, S.100-3
5. Mentzer u.a., Sicherheit und Verträglichkeit von monovalenten Masern- und kombinierten Masern-, Mumps-, Röteln- und Varizellenimpfstoffen, Bundesgesundheitsblatt 9/2013, S.1253-9
6. Keller-Stanislawski / Hartmann, Auswertung der Meldungen von Verdachtsfällen auf Impfkomplikationen nach dem Infektionsschutzgesetz Bundesgesundheitsblatt 4/2002, S.344-54
7. Hengel / v.Kries, Editorial Impfen, Bundesgesundheitsblatt 11/2009, S.1003-5
8. Rosenbrock, Was ist New Public Health?, Bundesgesundheitsblatt 8/2001, S.753-62 (er zitiert aus „Die Bedeutung der Medizin“, McKeown, Suhrkamp 1982)
9. Schönberger u.a., Epidemiology of Subacute Sclerosing Panencephalitis (SSPE) in Germany from 2003 to 2009: A Risk Estimation, PLOS ONE, July 2013, Vol. 8, Iss. 7, e68909
10. Ehrengut, Impffibel, S.197, Tab. 12, Schattauer 1964
11. Buchholz, Aktualisierung der der Influenza zugeschriebenen Mortalität, bis einschließlich der Saison 2012/2013, Epidemiologisches Bulletin 3/2015, S.17-20

# Das Impfpflicht-Virus geht um

Jürgen Fridrich

**Schreiben des Vorsitzenden des Vereins Libertas & Sanitas e.V. an alle Mitglieder des Landtags Brandenburg**

**Wegen Drucksache 6/11024:**
- **Ziel: Einführung einer Impfpflicht gegen Masern**
- **Antrag der Fraktionen der SPD, der CDU und DIE LINKE**
- **Beschluss des Landtags**

Sehr geehrte Damen und Herren,

damit Politikerinnen und Politiker kompetente Entscheidungen fällen und Unwägbarkeiten bewerten können, **braucht es im demokratischen Verfassungsstaat eine gute wissenschaftliche Politikberatung**.
Insbesondere dann, wenn ein Beschluss, wie der von Ihnen gefasste, sogar **in die Grundrechte der Bevölkerung eingreifen würde.**

Dies hatte der frühere Präsident des RKI, Prof. Kurth, mit seiner Mitarbeiterin Fr. Glasmacher schon 2008 im Bundesgesundheitsblatt beschrieben und die Grundlagen dafür aufgezeigt.
An deren Anforderungen, die nachfolgend zusammengefasst werden, wird sich o.g. Antrag und Beschluss messen lassen müssen.

Im druckfrischen Bundesgesundheitsblatt April 2019 legt die WHO Fakten zu Masern in Europa 2018 vor, die nahelegen, dass eine Kontrolle der Masern nicht möglich ist.

Bitte lesen Sie nachfolgende Ausführungen aufmerksam, auch wenn Ihnen manches provokant erscheinen mag.
Dann können Sie bei Ihrer Entscheidung sowohl die Bedeutung der Grundrechte, als auch die Grundlagen der Wissenschaft ausreichend berücksichtigten.

**Vorabbemerkungen:**

Es ist bezeichnend, dass man sich in der Politik beim Versuch, eine Impfpflicht zu begründen, zwar gern auf die Aussagen der Experten u.a. von Ständiger Impfkommission (STIKO), Robert Koch-Institut (RKI) und Paul-Ehrlich-Institut (PEI) stützt. Dies geschieht auch bei o.g. Antrag und Beschluss im brandenburgischen Landtag.

Verwunderlich ist nun bei der Diskussion um eine Impfpflicht jedoch **bei allen, die diese befürworten, dass sie die Stellungnahmen des RKI und der STIKO dazu schlicht ignorieren.**
Sowohl der STIKO-Vorsitzende Prof. Mertens, als auch sein Vorgänger Dr. Leidel und das „dienstälteste" Mitglied Prof. Zepp sprechen sich schon länger und wohlbegründet gegen eine Impfpflicht aus, ebenso der Präsident des RKI, Prof. Wieler.

Dessen direkter Chef ist der Minister für Gesundheit, Jens Spahn, der sich für eine Impfpflicht ausspricht, aber eine Diskussion darüber begrüßt.

Ausgehend u.a. vom SPD-Gesundheitsexperten Prof. Lauterbach scheint in politischen Kreisen eine Ansteckung mit dem Impfpflicht-Virus um sich zu greifen.
Wie belastbar und nachvollziehbar sind nun die vorgebrachten Begründungen für eine Impfpflicht?

**Sind die Experten von RKI und STIKO plötzlich alle inkompetent, wenn es um eine Impfpflicht geht?**
Werden sie demnächst alle abgelöst, weil sie eine Impfpflicht nicht für sinnvoll betrachten?
Oder droht das gar das Los aller Politikerinnen und Politiker zu werden, die deren Kompetenz ignorieren?

Dieses Virus grassiert auch in den Medien.
Werden diese ihre ureigene Aufgabe ernsthafter Recherche auch beim Impfen nochmals wiederentdecken?
Die Entwicklungen in Politik und Medien erscheinen, soweit es den Umgang mit einer Impfpflicht betrifft, in einem Staat wie

Deutschland bedenklich. Eingriffe in die Grundrechte sind nur durch Gesetz möglich, und **ein solcher muss wohlbegründet sein.** Vorverurteilung und Diffamierung Andersdenkender – zumal noch, ohne diesen denselben Raum zur Äußerung zu geben – ist nicht mit den Grundwerten in Deutschland vereinbar.
Vergessen alle, warum es diese Grundrechte heute gibt?
Wir sind hier nicht in der Türkei oder in Russland.

**Warum geht man eigentlich davon aus, dass mit einer Impfpflicht mehr geimpft würde?**
In USA sanken nach Inkrafttreten der Kindergarten- und Schulregelung „no vaccination, no school" im Jahr 1979 die Impfraten bei Masern um ca. 30%.
In der DDR bestand zwar eine Impfpflicht auch Masern betreffend, aber wie hoch die Impfraten waren, ist nicht belegt.
Aus Sachsen-Anhalt ist bekannt, dass trotz Impfpflicht gegen Keuchhusten nur 60% vollständig geimpft waren, weitere 20% teilweise und 20% gar nicht.

Warum machen die Unis in Erfurt und Aachen Untersuchungen, deren Ergebnis es ist, eher keine Impfpflicht einzuführen – und alle Befürworter einer solchen ignorieren das?

**Zusammenfassung der nachfolgenden Bewertung von Antrag und Beschluss:**

Maßnahmen beim Impfen, die sogar in die Grundrechte eingreifen, sind nur dann zu erwägen, **wenn belastbare, transparente Daten eindeutig fürs Impfen sprechen.**

Veröffentlichungen der in Deutschland beim Impfen zuständigen Bundesinstitute belegen, dass die Wirksamkeit der Impfprogramme und die Häufigkeit von Impfkomplikationen nicht objektiv, d. h. mit belastbaren Daten, nachgewiesen werden können.

**Damit ist eine Abwägung zwischen möglichem Nutzen und Risiko beim Impfen nicht durchführbar.**
Abwägen entspricht dem Lösen eines mathematischen Bruches, bei dem mögliche Vorteile im Zähler stehen und Risiken im Nenner. Es verstößt gegen Denkgesetze und Logik, abwägen zu wollen, wenn auch nur einer von beiden nicht konkret bekannt ist.

Druckfrische, im Bundesgesundheitsblatt April 2019 veröffentlichte Ausführungen der WHO zu Masern in Europa im Jahr 2018 ergaben:
Fast 38% der Erkrankten mit bekanntem Impfstatus waren geimpft, davon 21,6% 2x.
Darunter waren Ausbrüche z.B. in Portugal, einem Land das schon viele Jahre Impfraten von mehr als 2x 95% erreicht und seit 12 Jahren die Masern scheinbar kontrolliert hatte.
**Dort waren bis zu 70% der Erkrankten 2x gegen Masern geimpft.**

**Folge der Impfprogramme ist die hohe Empfänglichkeit der Säuglinge, an Masern zu erkranken**, weil deren geimpfte Mütter ihnen keinen ausreichenden Nestschutz übertragen können. Das erhöht deren Risiko, eine SSPE zu erleiden.

Eine wesentliche Ursache dafür, dass die **Masern nicht zu kontrollieren sind,** besteht darin, dass die Immunität nach Impfung schwächer und nicht langandauernd ist, verglichen mit der nach Durchleben der Krankheit.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass **Masern-Erkrankungen auch vollständig Geimpfter** untypisch verlaufen und gar **nicht als solche erkannt werden** (in Portugal betraf das fast 50% der Erkrankten), die Betroffenen aber dennoch ansteckend sind.

**Somit fehlt die Grundlage nicht nur für eine Impfpflicht, sondern auch für öffentlich empfohlenes Impfen**.
Es ist nicht zu erwarten, dass die Verfassungsgerichte dies anders einschätzen. Diese werden belastbare Daten fordern, um abwägen zu können, und nicht Wünschen von Menschen folgen, die einen Teil der Fakten nicht kennen oder nicht wahrhaben wollen.

Politik hat deshalb zunächst, unterstützt von externer Expertise, dafür Sorge zu tragen, dass die **Wissenslücken geschlossen werden**. Danach wird zu prüfen sein, ob e**in bis dahin notwendiges Moratorium** beendet werden kann.

Solange kann und muss man damit **aufhören, Menschen zu verurteilen**, die beim Impfen – oft wohlbegründet – zurückhaltend sind.

Der Glaube, dass mit einer Impfpflicht mehr und früher geimpft wird, hält einer Überprüfung nicht stand.
Solange es sogar in Europa Länder gibt, die noch höhere Impfraten ohne Impfpflicht erreichen als wir, i.d.R. wesentlich später impfen und angeblich die Masern unter Kontrolle haben, **sollte man prüfen, woran das liegt.**
Und zwar **ehe man** in einem Land mit einer Historie, die Menschenrechte und Grundgesetz zur Folge hatte, **Zwangsmaßnahmen gegen Minderheiten anwendet**. Denn die Impfpflicht würde praktisch ja nur für die weniger als 2% der Kinder geschaffen, die nicht gegen Masern geimpft werden.

**Bewertung von Antrag und Beschluss des Landtags in Brandenburg:**

Was beinhaltet gute wissenschaftliche Politikberatung im demokratischen Verfassungsstaat?
Das beschrieben schon 2008 der damalige Präsident des Robert Koch-Instituts (RKI), Prof. Kurth, und seine Mitarbeiterin Susanne Glasmacher im Bundesgesundheitsblatt (1).

Sie nannten u. a.:

1. Belastbarkeit von Aussagen,
2. nachprüfbare Fakten,
3. Transparenz,
4. Hinweisen auf Wissenslücken,
5. Konsequenzen unterschiedlicher Wege darstellen,
6. realistische Empfehlungen abgeben, ohne wissenschaftliche Daten und Fakten zu verleugnen,
7. keine subjektive Erkenntnisauswahl,
8. keine Ergebnisse ignorieren, die nicht zur eigenen Erwartung passen,
9. sorgfältige Begründung einer Einschätzung,
10. Unabhängigkeit von Experten,
11. Unterlassung falscher Interpretationen, um politische Entscheidungen zu begründen,
12. nachvollziehbare Begründungen,
13. Verlässlichkeit von Informationen.

Nun ist zu überprüfen, inwieweit diese Ansprüche in Antrag und Beschluss des Landtags in Brandenburg erfüllt werden. Dazu werden deren Inhalte zitiert *(kursiv)* und dann durch eine oder mehrere Quellen bewertet. Diese stammen vorwiegend aus dem Bundesgesundheitsblatt, das u.a. von RKI, dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) herausgegeben wird. Diese stehen im direkten Verantwortungsbereich von Minister Spahn.

*Impfungen sind eine äußerst wirksame Maßnahme*

Dem steht gegenüber: die Wirksamkeit der Impfprogramme kann nicht evaluiert werden, obwohl Wissenschaft und die zahlende Gesellschaft darauf einen berechtigten Anspruch haben (2, 3).
**Das bedeutet, dass der Zähler des o. g. Bruches nicht bekannt ist. Schon bloße Schulmathematik lehrt uns, dass ein solcher Bruch nicht lösbar ist.**

*Wer sich impfen lässt schützt sich selbst und andere Menschen*

Jedoch: nach WHO (4) waren 2018 in Europa von 82.596 Masernkranken 13504 (16%) 2x, also vollständig geimpft, und weitere 10.103 (12%) 1x. Bezogen auf die Erkrankten mit bekanntem Impfstatus (62.524) waren das **21,6% (2x) bzw. 16,2% (1x) Geimpfte, die trotz vermeintlichem, lebenslangem Schutz Masern bekamen.**

**Das heißt, dass die Behauptung eines sicheren und lebenslangen Schutzes durch die Impfungen, egal ob 1x oder 2x, eine Illusion ist.**

Ausbruchsgeschehen in Portugal beschreiben die ganze Brisanz (5, 6). Ein Land, das schon viele Jahre die vermeintliche Schutzrate von 2x 95% Geimpfter erreicht hatte und zuvor scheinbar nach WHO-Definition frei von Masern war.
**Ein solches Ausbruchsgeschehen hätte es dort wegen der vermuteten Herdenimmunität, dem Schutz für andere, gar nicht geben dürfen.**

Die Autoren schreiben, dass sie **fast 50% aller Fälle nach der üblichen Falldefinition gar nicht erkannt hätten**: die Geimpften waren an Masern erkrankt, hatten aber nicht alle entsprechenden Symptome. Sie wurden nur entdeckt, weil man sich von der ursprünglichen Krankheitsdefinition löste.

Das RKI berichtete dazu für 2017: Der Anteil der Fälle mit nicht erfülltem klinischen Bild ist in den letzten Jahren gestiegen (7). Dieser Anstieg ist möglicherweise auch auf Masern-Erkrankungen bei bereits Geimpften mit einem sekundären Impfversagen und abgeschwächter Symptomatik zurückzuführen. 2017 waren das bei uns 10%, die dann nicht in die Statistik eingehen.
Nach den Ergebnissen aus Portugal muss man von der doppelten Zahl, also 20%, ausgehen: **Erkrankte, die nicht alle üblichen Symptome aufweisen, deshalb nicht als an Masern erkrankt erkannt, daher nicht gemeldet werden und nicht in die Statistik eingehen.**
Aus USA wurde dieses Problem schon in den 1990er Jahren beschrieben:

**Aber offensichtlich wurde es von allen Beteiligten ausgeblendet.**
Eine Kontrolle der Masern ist dann aber unmöglich.

*Aufklärung über die Gefahren von Masern*

Jedoch: **Der Rückgang der Todesfälle erfolgte bei uns, wie in den anderen Industrieländern, schon zu fast 100%, ehe es überhaupt eine Masern-Impfung gab.** Das bedeutet, dass diese keine Auswirkung auf die Sterbefälle hatte. Das ist seit 1964 bekannt (8).

Und: Wer impft, muss auch über das Risiko der Impfung aufklären. Das PEI informiert, dass man dort **keine Häufigkeitsangaben zu Impfkomplikationen machen kann** (9).

Das bedeutet, dass **wir auch das Risiko von Impfungen nicht kennen**.
Somit löst man beim Impfen bei Zulassung, Empfehlung und Anwendung einen mathematischen Bruch, ohne dass Zähler und Nenner konkret bekannt sind.
**Man versucht abzuwägen und tut das auch, obwohl es gar nicht möglich ist**.

Damit verstößt man gegen Denkgesetze und wissenschaftliche Logik.

**Aufgrund der Wissenslücken ist demnach die Aussage unzulässig, dass bestimmte Impffolgen selten seien – denn selten ist ohne Zweifel eine Häufigkeitsangabe, die aber nicht möglich ist**.
Dasselbe gilt für die **Annahme, dass Komplikationen nach Impfung viel seltener seien, als nach der entsprechenden Krankheit**. Da man die Häufigkeit gar nicht kennt, **kann man auch nicht belegen, dass diese seltener sei.**

Zur oft in Politikerkreisen und in den Medien erwähnten Spätfolge nach Masern, der stets tödlich verlaufenden SSPE, ergab 2013 eine deutsche Untersuchung aus Bayern (10): **alle Betroffenen, von denen der Impfstatus bekannt war, nämlich bei 17 von 31, waren geimpft, 10 von Ihnen sogar 2x.**
Zu prüfen ist daher die Hypothese, **ob Masernimpfungen nach Masern-Erkrankungen die eigentliche Ursache von SSPE sind**, ob diese das Masernvirus aktivieren, sodass es im ungünstigsten Fall das Gehirn schädigt.

*Das Risiko der Ansteckung sei in diesem Jahr besonders hoch*

Jedoch: In den alten Bundesländern und der früheren BRD wurde seit Mitte der 1970er Jahre, anfangs sehr wenig, gegen Masern geimpft. Erst mit dem Infektionsschutzgesetz wurde die Krankheit ab 2001 meldepflichtig. Bis dahin wurde wohl auf Glaubensbasis geimpft.
Seit 2003 **schwanken die Erkrankungszahlen meist zwischen ca. 120 und 2.500, es liegt ein stetes Auf und Ab vor**.
Daran hat sich bis heute nichts geändert, obwohl seit Anfang dieses Jahrtausends die Impfraten der 2. Dosis, ermittelt bei der jährlichen Schuleingangsuntersuchung, von annähernd „Null“ auf ca. 93% gestiegen sind. Theoretisch müsste sich die Herdenimmunität in diesem Zeitraum deutlich verbessert haben, das Ansteckungsrisiko also entsprechend geringer geworden sein.

*Diese Krankheit kann durch eine hohe Impfrate gestoppt werden*

Die WHO berichtet, dass bei den aktuellen Masernausbrüchen 2017-2019 gerade auch **Länder betroffen sind, die diese hohen Impfraten schon länger erreicht haben und sogar den Status der Eliminierung**.
Wundert es niemand, dass wir behaupten, in Deutschland werde zu wenig geimpft? Gleichzeitig aber genau bei uns große Ausbrüche wie in anderen Ländern ausbleiben, und das trotz der großen Bevölkerungszahl.

**Versagen der 2-maligen Masernimpfung trotz hoher Durchimpfungsraten ist im Übrigen keine neue, überraschende Erscheinung**. Darüber wurde u.a aus USA und Finnland schon in den 1990ern berichtet.

*Die Impfquote für 2 Impfungen in den ersten 24 Monaten liegt leider nur bei 73,5%*

Nicht eine Impfung wird innerhalb der ersten 24 Monate empfohlen, sondern spätestens dann soll auch die 2. erfolgt sein.
Zum selben Zeitpunkt waren aber schon 96,8% 1x geimpft. Der frühe Termin (vor dem 2. Geburtstag) für die 2. Impfung ist eine in Europa **seltene Besonderheit der STIKO-Empfehlung.**
Schon die sächsische SIKO empfiehlt diese erst mit ca. 4 Jahren. Sie ist dabei in bester Gesellschaft mit Ländern, die als vorbildlich beim Erreichen hoher Impfraten und der Kontrolle von Masern gelten.
Teilweise impfen diese erst mit 6, 9 oder 12 Jahren. **Interessanterweise impfen alle Länder, bei denen in Europa eine Masern-Impfpflicht besteht, erst mit 5 bis 12 Jahren zum zweiten Mal.**

Die SIKO weist in ihrer Begründung für die späte zweite Masern-Impfung auch darauf hin, **dass es für das Vorgehen der STIKO keine begründete wissenschaftliche Erklärung gibt.**

D.h., mit 2 Jahren sind bei uns schon etwa ¾ aller Kinder zum zweiten Mal gegen Masern geimpft, wogegen fast alle anderen Länder diese 2. Impfung erst 2 bis 10 Jahre später durchführen. **Also sind bei uns die kleinen Kinder viel früher besser geimpft.**

**Wie wollen Sie angesichts dieser Tatsachen eine Impfpflicht begründen?**

*Eine Impfung ist für den Besuch einer Betreuungseinrichtung für Kinder als verpflichtende Voraussetzung zu erfüllen*

Die Formulierung ist, wie schon vorn im Antrag, auch im Beschluss unpräzise formuliert: **für den Besuch sollen ja 2 Impfungen Bedingung sein**, denn eine haben ja schon fast 97% mit 2 Jahren erhalten.
Nur von den Kindern, und nicht vom erwachsenen Personal verpflichtende Impfungen zu verlangen, **verstößt gegen den Grundsatz der Gleichbehandlung und wird auch nicht dem Ziel des § 1 IfSG gerecht**.
Außerdem steht dies im Widerspruch zum Inhalt der §§ 33 u. 34 IfSG, die sich auch beim Ausschluss aus der Einrichtung primär an die Erwachsenen richten; mit den Betreuten soll dann im selben Sinn gehandelt werden.

Im Beschluss des Landtags kommt jedoch die **Notwendigkeit der Gleichbehandlung nur darin zum Ausdruck, Kindern und Erwachsenen ohne Impfung den Zugang zum Impfen zu erleichtern**.

*Leider sind die Zahlen der Infektionen zuletzt gestiegen*

**Auch das beschreibt die Wirklichkeit unzutreffend.**
Die gemeldeten Erkrankungszahlen schwanken in Deutschland seit mindestens 2003 ständig auf und ab. Trotz starker Steigerung insbesondere der Impfrate für die 2. Masern-Impfdosis (von fast 0 auf über 93% seit ca. 2001) hat sich das nicht geändert.
Für Brandenburg gab es von 2010 an eine Zunahme der Fallzahlen, 2015 waren es fast 100; seitdem sind sie dort stark zurückgegangen, bis einschließlich KW 14 wurde 2019 noch keine Masern-Erkrankung gemeldet.

*Eine allgemeine Impfpflicht gegen bestimmte Infektionskrankheiten würde einen Eingriff in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG darstellen*

Dasselbe gilt, wenn Sie eine solche als Zugangsvoraussetzung für Kiga und Schule nur für Kinder fordern. **Diese haben einen Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz und es besteht Schulpflicht, die nicht an Zwangsbedingungen gekoppelt werden können.**
Wollen Sie als Nächstes Eltern auch noch zu Nichtrauchern und Alkoholabstinenzlern „erziehen", indem Sie auch das als verpflichtende Voraussetzung für die Annahme der Kinder in die Einrichtung fordern?
Vielleicht auch noch festlegen, welchen Glauben Sie dort nur akzeptieren wollen?
Wo wollen Sie anfangen, und wo landen wir am Ende?
**In die Grundrechte darf nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden, und das muss wohlbegründet sein**.
Jeder von einer Impfpflicht Betroffene kann nach Art. 93 GG Verfassungsbeschwerde einlegen und nach Art. 100 GG die Verfassungswidrigkeit von Gesetzen durch das Bundesverfassungsgericht prüfen lassen.
Das wird ebenfalls im Gesetz über das Bundesverfassungsgericht in § 90 beschrieben.

*Die Wissenschaftlichen Dienste des Bundestages schreiben, dass dieser Eingriff „verfassungsrechtlich jedoch gerechtfertigt erscheinen kann".*

Die WD lassen die o.g. Fakten unberücksichtigt, weil diese dort nicht bekannt sind.
Wenn Nutzen und Risiko nicht konkret darstellbar sind – und das sind sie, wie oben ausgeführt wurde, nicht – dann **gibt es keine Möglichkeit des Abwägens und keine Grundlage für eine Impfpflicht.**

Und nicht nur das: **Das Verfassungsgericht wird sogar öffentliche Impfempfehlungen auf dieser unzureichenden Datenlage für unzulässig erklären.**
Denn **bei öffentlichen Empfehlungen gehen Gesellschaft und impfende Ärzteschaft berechtigterweise davon aus, dass eine Abwägung möglich ist, stattgefunden hat und fürs Impfen spricht**.

**<u>Nachbetrachtungen:</u>**

Sollten wir, statt uns nur noch um „Impfgegner" (und Trump, Putin, Erdogan und AfD?) zu kümmern, nicht wieder einen Blick in unser Grundgesetz, die Landespressegesetze, Pressekodex und Rundfunkstaatsvertrag werfen?

Werden wir dann in Deutschland wieder andere, offensichtlich dringlichere Aufgaben ins Auge fassen und zum Impfen objektiv die Fakten berichten?

Erwähnt sei, dass ca. 40.000 Tote (Schätzungen gehen von 10-74 Tausend aus) jährlich **(110 pro Tag!)** die Folge von Alkohol sind, ca. 110.000 **(300 täglich!)** sterben zur gleichen Zeit wegen dem Rauchen.
Aber auch: jährlich 3 Milliarden Euro Steuereinnahmen beim Alkohol stehen ca. 40 Milliarden Folgekosten – **das sind 110 Millionen Euro pro Tag!** - für Krankheiten gegenüber. Beim Rauchen beträgt das Verhältnis 14 zu 80 Milliarden. D. h., wir leisten uns Folgekosten **von 220 Millionen Euro Tag für Tag**. Was könnte damit an anderer Stelle bewegt werden?

Zwischen 10.000 und 40.000 Todesfälle gibt es jährlich in deutschen Kliniken – **wegen mangelnder Hygiene!**
Internationale Untersuchungen zeigten, wie diese Zahl sofort verringert werden könnte, und dass die **eigentliche Ursache dafür zu wenig Personal** ist, sodass zu wenig Zeit für Hygienemaßnahmen bleibt.
Wie viele Kinder und Unbeteiligte leiden an den Folgen, die mit den Genussmitteln und den Risiken im Krankenhaus verbunden sind?

Sollten wir nicht **das Nichtraucherschutzgesetz sofort so ändern**, dass die eigentlich - und unfreiwillig - **gefährdeten Kinder darin endlich dort berücksichtigt werden, wo sie in Gefahr sind**? Denn, wo besteht diese? Im Restaurant, am Bahnhof - oder zuhause und im Auto, wenn die Eltern dort ungestraft rauchen?

Dazu braucht man nicht das Rauchen oder den Alkohol verbieten, sondern man stellt sicher, dass die Gefahr für die Kinder und Dritte – aber auch für die Konsumenten - minimiert wird. In Zeiten von HighTech mit Cent-Beträgen realisierbar: Auto fährt nicht, wenn Alkohol getrunken wurde oder geraucht wird. Zuhause überwachen Sensoren den Tabakrauch, einsichtige Raucher rauchen draußen oder auf dem Balkon.

Brauchen wir Änderungen der Gesetzgebung bei der Organspende, oder sollten wir zunächst klären, warum es unter 6 deutschen Unikliniken eine mit den vorhandenen Finanzmitteln schafft, 17mal mehr Spender festzustellen, als die 5 anderen?
Da müsste man sich doch zunächst an einen Tisch setzen und versuchen, die Gründe für die Unterschiede herauszufinden, oder? Statt sofort mehr Geldmittel zur Verfügung zu stellen.

Müssen wir in der aktuellen Diskussion um Tests nicht Menschen mit einer Trisomie 21 (Down-Syndrom) ein Mitspracherecht geben, bevor wir diese als unerwünscht ablehnen und ihnen das Lebensrecht absprechen?
**Haben wir diese Menschen schon einmal gefragt, wie sich das für sie anfühlt, nicht erwünscht zu sein?**
Diese Menschen haben ein Chromosom mehr, als alle anderen – was könnte die Gesellschaft von ihnen alles lernen, wenn sie sich deren Mehr-Wert bewusst würde? Geschichte schon vergessen – lebensunwert?

Warum leisten wir es uns gleichzeitig – und in denselben Krankenhäusern - Frühstgeborene mit allen Mitteln am Leben halten zu wollen?
Ein nicht unerheblicher Teil von diesen wird schwerstbehindert überleben, stärker in einer selbständigen Lebensführung eingeschränkt als fast alle Menschen mit Down-Syndrom – aber uneingeschränkt lebenswert.
Oder fragen sich manche Menschen schon, wann deren Eltern diese Frühstgeborenen abgeben dürfen, weil sie überfordert sind? Übernehmen dann die Ärzte die Betreuung, die deren Leben ermöglicht haben?

Ca. 823.000 Säuglinge und Kinder unter 5 J. sterben weltweit pro Jahr, **weil sie nicht gestillt werden**. Das sind 2250 täglich, etwa 94 jede Stunde, etwa 2 jede Minute. Diese sterben, weil sie statt Muttermilch Säuglingsnahrung erhalten.(Victora et al. Breastfeeding in the 21st century : epidemiology, mechanisms, and life long effect Lancet 2016 Jan 30 ; 387(10017):475-90)
Was könnte Politik tun, was wir Bürger?

Warum versucht man mit Masern(todes)fällen – es sind Menschen! - aus ökonomisch armen Ländern **Stimmung gegen andere Menschen zu machen**, die beim Impfen zurückhaltend sind? **Statt Ursachen der Probleme, an Masern schwer zu erkranken oder zu sterben, zu benennen - und diese dann zu lösen**. Es sind wohl dieselben Ursachen wie bei uns vor ca. 100 Jahren, als auch in den westlichen Industrieländern noch 10.000 und mehr Menschen jährlich an Masern starben.

Wann handeln wir hier – z.B. mit Forderungen an die großen Säuglingsnahrungsmittelhersteller -, um Leid zu mindern?
**Denn, wer nicht gestillt wird, der bekommt Milchpulvernahrung. Was das für Säuglinge bedeutet, beschreibt die WHO deutlich (WHO: Long–term effects of breastfeeding, 2013).**
Wann setzen wir auch in Deutschland die WHO-Empfehlung um, bei Masern-Erkrankung Vitamin A zu verabreichen, um die Rate der Komplikation zu senken?

Quellenangaben zu „Das Impfpflicht-Virus geht um“
1. Kurth/Glasmacher, Was ist gute wissenschaftliche Politikberatung? Bundesgesundheitsblatt 4/2008, S. 458-66
2. Hengel/v.Kries, Editorial Impfen, Bundesgesundheitsblatt 11/2009, S. 1003-5
3. Kalies/Siedler, Durchführung von Surveillanceprogrammen zur Überprüfung der Wirksamkeit von Impfprogrammen am Beispiel von Haemophilus influenzae Tzyp b und Varizellen, Bundesgesundheitsblatt 11/2009, S. 1011-8
4. Muscat u.a., Eliminierung der Masern aus der Europäischen Region der WHO – Herausforderungen bleiben, Bundesgesundheitsblatt 4/2019, S. 440-9
5. Sa Machado et al., Measles outbreak in a tertiary level hospital, Porto, Portugal, 2018: challenges in the post-vaccination era, Euro Surveill. 2018, 23(20), 18-00224
6. Augusto et al., Challenging measles case definition: three measles outbreaks in three Health Regions of Portugal, February to April 2018, Euro Surveill. 2018, 23(28), 1800328
7. RKI, Infektionsepidemiologisches Jahrbuch 2017
8. Ehrengut, Impffibel, S. 107, Tab. 12, Schatthauer 1964
9. Mentzer u.a., Sicherheit und Verträglichkeit von monovalenten Masern- und kombinierten Masern-, Mumps-, Röteln- und Varizellen-Impfstoffen, Bundesgesundheitsblatt 7/2013, S.1253-9
10. Schönberger et al., Epidemiology of Subacute Sclerosing Panencephalitis (SSPE) in Germany from 2003 to 2009: A Risk Estimation, PLOS ONE, July 2013, Vol. 8, Iss. 7, e68909

**IMPRESSUM**

**Herausgeber** Libertas & Sanitas e.V., Marbach.

**Geschäftsstelle** Wilhelm-Kopf- Straße 15, 71672 Marbach, Telefon (0 71 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 freigemachten, 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.

# Wenn Eltern sich streiten! Sachverständige Stellungnahme zum Impfen

Jürgen Fridrich

Diese Stellungnahme ist z.B. bei der Frage bedeutsam, ob es bei Entscheidungen des elterlichen Sorgerechts mehr zum Wohle des Kindes ist, dass dieses geimpft wird, als wenn dies unterbleibt.

**Abwägen zwischen Nutzen und Risiken beim Impfen setzt zweifelsohne voraus, dass beide – Nutzen und Risiken – konkret bekannt sind.** Die diesen zugrundeliegenden Daten müssen überprüfbar sein.

Abwägen **muss** vor Impfungen mehrfach erfolgen können, u.a.:

- bei der Zulassung (durch Paul-Ehrlich-Institut PEI und die Hersteller)
- bei der öffentlichen Empfehlung (durch die Ständige Impfkommission STIKO, die Sächsische Impfkommission SIKO bzw. die Landesgesundheitsbehörden)
- vor der Impfung durch die impfende Ärztin bzw. den Arzt
- vor der Impfung durch Impflinge bzw. deren Sorgeberechtigte
- bei gerichtlichen Entscheidungen zur Gesundheitssorge durch die Mutter und den Vater des Kindes, egal welche Haltung wer von beiden zum Impfen hat
- und durch Richterin bzw. Richter, die die Entscheidung über Impfungen des Kindes einem Elternteil übertragen wollen

Scheinbar ist es einfach, abzuwägen.

**Zusammenfassung:**

**Mangels belastbarer Daten zu Nutzen und Risiken von Impfungen fehlt die Möglichkeit, zwischen Vor- und Nachteilen abwägen zu können.**
Dessen müssen sich alle Beteiligten bewusst sein.
Damit fehlt die Grundlage zumindest für öffentliche Impfempfehlungen.

Nachfolgend werden anhand verschiedener Quellen Fakten benannt, die die o.g. Einschätzung begründen.

Die STIKO leitet ihre jährlichen Impfempfehlungen wie folgt ein:

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

Prof. Hengel und Prof. v.Kries – damals beide Mitglieder der STIKO - **berichteten** 2009 im Bundesgesundheitsblatt (Ausgabe 11/2009: Editorial Impfen, S.1003-5) **etwas völlig andere**s:

*Die Klage über das Fehlen geeigneter Surveillanceprogramme, die die Wirksamkeit und die Nebenwirkungen von Impfprogrammen kontinuierlich erfassen und so eine Steuerung allgemeiner Impfungen gestatten, zieht sich leider wie ein roter Faden durch viele Beiträge des vorliegenden Heftes … Entscheidend für die Beantwortung dieser Fragen ist einerseits eine klare Positionierung der Politik, andererseits der objektive Nachweis der Wirksamkeit der betreffenden Impfprogramme. Diese Forderung ist im Zeitalter der evidenz-basierten Medizin nicht nur ein allgemein gültiger Anspruch der kritischen Wissenschaft, sondern auch ein berechtigter Wunsch der Gesellschaft, die das Impfprogramm finanziert.*

Auch drei Vertreter des PEI **stellen die Wissenslücken zur Sicherheit von Impfungen klar da** (Mentzer u.a., Sicherheit und Verträglichkeit von monovalenten Masern- und kombinierten Masern-, Mumps-, Röteln- und Varizellenimpfstoffen, Bundesgesundheitsblatt 7/2013, S.1253-59):

*Im Rahmen der Spontanerfassung von UAW-Verdachtsfällen können keine Aussagen über die tatsächliche Häufigkeit (Inzidenz) von Nebenwirkungen gemacht werden. Das ist ein Schwachpunkt der passiven Überwachung (Surveillance) und erfordert Über-*

*legungen zur Etablierung neuer aktiver Überwachungssysteme z.B. durch Verknüpfung von großen medizinischen Datenbanken und/oder die Etablierung eines Impfregisters.*

In derselben Ausgabe des Bundesgesundheitsblattes stellten Kalies und Siedler fest (Durchführung von Surveillanceprogrammen zur Überprüfung der Wirksamkeit von Impfprogrammen am Beispiel von Haemophilus influenzae Typ b und Varizellen, S.1011-18):

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

**Starke Zweifel am bisherigen Vorgehen** hatte 2001 schon Prof. Rosenbrock im Bundesgesundheitsblatt 8/2001, S.753-62, in seinem Beitrag „Was ist New Public Health" formuliert. Darin nahm er Bezug auf Ausführungen des englischen Professors für Sozialmedizin, McKeown aus dem Jahr 1982.

*Abschied vom Mythos: Der Sieg über die großen europäischen Seuchen war keineswegs primär ein Sieg der Medizin. … Medizinische Forschung und medizinische Dienste sind fehlgeleitet; was die Gesellschaft für das Gesundheitswesen ausgibt, stellt eine entsprechende Fehlinvestition dar, da bei der Mittelverwendung von falschen Annahmen über die Grundlagen menschlicher Gesundheit ausgegangen wird.*

**Erstaunlich ist nicht nur, dass alle diese bemerkenswerten Beiträge im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht wurden**, zu dessen Herausgebern u.a. das Robert Koch-Institut (RKI) und das PEI, Bundesinstitute im Verantwortungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), gehören.
**Sondern insbesondere, dass die hier zitierten Aussagen weder in Frage gestellt, noch gar widerlegt wurden**.

**Kann die Politik** zur Klärung der offensichtlichen Wissenslücken beitragen, **sich positionieren**, wie es oben gefordert werden?

Nun, am 22.12.2017 beantwortete die Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit (Drucksache 19/320) eine Kleine Anfrage des Abgeordneten Schinnenburg und der Fraktion der FDP (Drucksache 19/179). Letztere umfasste 16 Fragen rund ums Impfen und nahm Bezug auf den Zeitraum 2007 bis 2017.

Die Antwort umfasste nur **sehr lückenhafte Angaben zu Impfschäden**.
**Zu bleibenden Folgen von impfpräventablen Erkrankungen wurden keine Daten vorgelegt.**
Zur Spätfolge SSPE (nach Masern bzw. Impfung) wurden ca. 280 Fälle für einen Zeitraum von 11 Jahren genannt, **was später nach Intervention von Impfkritikern auf 29, also ca. 10%, korrigiert werden musste.**
Von für diesen Zeitraum geschätzten 190.000 Todesfällen an Krankheiten, gegen die es Impfungen gibt, **lassen sich nur etwa 10%, ca. 19.000, mit Daten belegen.**
Dabei bleibt noch unberücksichtigt, **dass sich unter den Gestorbenen eine unbekannte Zahl geimpfter Menschen befindet, und sich die Impfungen nicht gegen alle Erreger richten, die unter den Todesursachen aufsummiert sind.**
**Unzutreffend war in der Antwort**, dass dank der Impfungen z.B. bei Masern nur noch selten Todesfälle auftreten.
Richtig ist, dass deren Rückgang schon zu fast 100% erfolgt war, ehe es überhaupt eine Masernimpfung gab. **Was zweifelsohne beweist, dass der Rückgang nichts mit der Impfung zu tun haben konnte.**

Kommen wir wieder zurück auf den Anfang der Stellungnahme.

**Wer, egal, ob STIKO, Eltern, Ärzteschaft oder Richter, kann überhaupt abwägen, wenn keine konkreten, belastbaren Daten zu Nutzen und Risiken vorliegen?**

Wer löst einen mathematischen Bruch – um nichts anderes handelt es sich beim Abwägen – ohne Zähler und Nenner, d.h. Nutzen und Risiko zu kennen?

**Niemand scheint sich dieses einfachen Sachverhaltes bewusst zu sein:**

**Ohne konkrete Kenntnis von Nutzen und Risiko gibt es keine Möglichkeit zur Abwägung.**
Ganz gleich, ob jemand eher für oder gegen Impfung ist, eine Abwägung ist beide Male unmöglich.

Dieses Dilemma macht sogar vor höchsten Gerichten, wie etwa Bundesgerichtshof (BGH), Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) und Bundessozialgericht (BSG), nicht halt.

Der BGH entschied (VI ZR 48/99 v. 15.2.2000), dass Empfehlungen der STIKO medizinischer Standard sind, und **diese schon eine Abwägung vorgenommen hätte.**

**Wie obige Zitate belegen, ist das nicht möglich.**
Da keine Häufigkeitsangaben zu Impfkomplikationen möglich sind, kann die STIKO **nur behaupten, dass schwere Impffolgen nur sehr selten beobachtet werden. Sie kann dies nicht beweisen, und auch nicht, ob diese seltener sind, als schwere Krankheitsfolgen.**
**Genauso wenig ist es ihr möglich, mit belastbaren Daten zu belegen, dass Impfungen „wirksamste Maßnahmen" sind**.
Denn die Wirksamkeit kann nicht objektiv bestimmt werden.

**Sicher ist jedoch, dass der Rückgang der Maserntodesfälle erfolgte, ehe es überhaupt die Impfung gab. Damit ist bewiesen, dass dies kein Verdienst der Impfung sein kann, sondern es dafür andere Gründe geben muss.**

Im Jahr 2017 entschied der BGH (XII ZB 157/16, vom 3.5.17), dass bei getrennt lebenden Eltern dem Elternteil die Entscheidung über Impfungen des Kindes übertragen werden kann, der sich auf die STIKO-Empfehlungen stützt.
Dass die STIKO nicht abwägen konnte und kann, wurde oben gezeigt.

Dabei stellte der BGH in seiner Entscheidung selbst fest, dass **Gerichtsentscheide nicht gegen Denkgesetze und Erfahrungssätze verstoßen dürften.**
**Und ging dabei davon aus, dass durch die STIKO bereits eine Nutzen-Risiko-Abschätzung stattgefunden hätte – was, wie oben gezeigt, ohne konkrete Kenntnis von Nutzen und Risiken nicht möglich ist.**
Das heißt, dass **der BGH die von ihm selbst aufgestellte Aussage, nämlich nicht gegen Denkgesetze zu verstoßen, missachtet – ohne sich dessen bewusst zu sein.**

Das BVerwG urteilte schon 1959, dass „Impfzwang grundsätzlich mit dem GG vereinbar ist" (NJW 1959, 2325 vom 14.7.59).
Auch **damals hatte sich offensichtlich niemand gefragt, wie eine Abwägung für eine öffentliche Impfempfehlung oder gar eine Impfpflicht mit belastbaren Daten begründet werden könnte.**

Das BSG entschied 2005 (BSG B 9a/9 VJ 2/04 v. 20.7.05):

*Die Impfempfehlung muss dabei immer im Blick haben, dass dieses Ziel nur dann erreicht werden kann, wenn die Schäden durch Impfungen möglichst gering gehalten werden, was nur dann gewährleistet ist, wenn aufgrund des strengen Zulassungsverfahrens die mit der Impfung verbundenen gesundheitlichen Risiken bekannt sind und als tolerabel im Sinne einer Nutzen-Lastenanalyse angesehen werden können.*

**Eine solche Analyse ist mangels konkreter Daten nicht durchführbar.**
**Auch irrt das BSG bezüglich des strengen Zulassungsverfahrens: Seltene Impfkomplikationen können nur nach der Zulassung durch ein geeignetes, funktionierendes Meldesystem entdeckt werden.**

Abschließend sei auf eine Veröffentlichung des US-Instituts IOM aus 2012 verwiesen (Adverse effects of vaccines, NAP 2012). Dieses hat darin die weltweite Datenlage zu möglichen schweren Impffolgen analysiert.
Das Ergebnis war, dass die Daten bei 85% aller untersuchten Folgen – insgesamt 158! - nicht ausreichte, um klären zu können, ob diese eher kausal mit der Impfung im Zusammenhang standen, oder nicht.
Bei den 15%, wo die Datenlage für eine Bewertung genügte, lag in 12% eher eine kausale Verbindung zur Impfung vor, und nur in 3% eher nicht.

Es bleibt festzustellen, dass **mangels ausreichender Daten beim Impfen keine Abwägung möglich ist, und zwar gleichgültig, ob man eher impffreundlich eingestellt ist, oder nicht.**

Auch höchste Gerichte sind **über die hier geschilderten Zusammenhänge zu informieren, da sie gravierenden Einfluss auf deren Entscheidungen haben.**

# Der Umgang mit der Aufklärungspflicht der Ärzte vor Impfungen

Jürgen Fridrich

**STIKO zieht Dokument zurück und beendet damit ihre unzulässige Selektion über die Aufklärungspflicht der Ärzteschaft betreffend mögliche schwere Impfkomplikationen – nach 14 Jahren!**
**Was bedeutet das? Was hat das mit unserer Arbeit zu tun?**

Das Epidemiologische Bulletin (EpiBull) 25/2007 (vom 22.6.2007) ist offiziell von der Ständigen Impfkommission (STIKO) zurückgezogen worden. Es ist jedoch weiterhin auf der Internetseite des Robert Koch-Instituts (RKI) verfügbar (rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin > Ausgabensuche) und trägt den Queraufdruck „Nicht mehr gültig".
Der Titel der Veröffentlichung lautet: „Hinweise für Ärzte zum Aufklärungsbedarf über mögliche unerwünschte Wirkungen bei Schutzimpfungen / Stand 2007".
Der Beitrag geht auf insgesamt 41 verschiedene Impfungen ein (S.209-232) und enthält darüber hinaus ein umfangreiches Literaturverzeichnis als Anlage (S.1-12).

Die Titelseite trägt jetzt in roter Schrift eine Erläuterung (Teaser) zum Rückzug:
„Die STIKO hat auf ihrer 88. Sitzung am 14.11.2017 beschlossen, das Dokument „Hinweise für Ärzte zum Aufklärungsbedarf über mögliche unerwünschte Wirkungen bei Schutzimpfungen" vom 22.6.2007 offiziell zurückzuziehen. Der Inhalt ist nicht länger gültig. Die STIKO hat bezüglich der ärztlichen Aufklärungspflicht ihre Empfehlungen aktualisiert. Hinweise zu Art und Umfang der Aufklärung vor Schutzimpfungen finden Sie im Kapitel 4.1 „Aufklärungspflicht vor Schutzimpfungen" der aktuellen STIKO-Impfempfehlungen. Hinweise zur Abgrenzung üblicher Impfreaktionen von Impfkomplikationen sowie zum Verfahren der Meldung eines Verdachts einer Impfkomplikation finden Sie im Kapitel 4.9 „Impfkomplikationen und deren Meldung". Zur Assoziation (*Verknüpfung - Jürgen Fridrich JF)* möglicher unerwünschter Ereignisse mit einzelnen Schutzimpfungen **verweist die STIKO auf die jeweiligen Fachinformationen** *(Fett JF)***."**

Interessante weitere Informationen zum Rückzug enthält dann das Protokoll dieser 88. Sitzung der STIKO (rki.de > Kommissionen > Ständige Impfkommission > STIKO-Protokolle) unter TOP 7 – Bericht aus den weiteren AGs / (AG *Arbeitsgruppe JF)* Aufklärungsbedarf:

„Die AG Aufklärungsbedarf hat das Kapitel Aufklärungspflicht vor Schutzimpfungen in den STIKO-Empfehlungen 2017/2018 überarbeitet. Nach Veröffentlichung dieser Hinweise im Sommer 2017 schlägt die AG der STIKO vor, die gesonderte STIKO - Stellungnahme „Hinweise zum Aufklärungsbedarf über mögliche unerwünschte Wirkungen nach Schutzimpfungen" (erschienen im EpiBull 25/2007) offiziell zurückzuziehen. Das Dokument ist nicht mehr aktuell, wird aber immer noch als Grundlage bei juristischen Auseinandersetzungen herangezogen. **Außerdem stellen die Fachinformationen die alleinige juristische Grundlage für den Aufklärungsinhalt dar. Der Arzt ist verpflichtet, auf Basis der Fachinformationen aufzuklären und die STIKO sollte keine Selektion über die im Aufklärungsgespräch zu erwähnenden UAWs** *(unerwünschte Arzneimittelwirkungen JF)* **treffen, wie es bisher in dem Dokument der Fall war** *(Fettdruck und Unterstreichung JF).*
Das Dokument EpiBull 25/2007 wird mit einem Wasserzeichen „Nicht mehr gültig" versehen und ein zusätzlicher Teaser am Rand des Dokuments *(rot, s.o., JF)* erklärt den Grund dafür und verweist auf die Information in den STIKO-Empfehlungen.
… Die AG Redaktionelle Überarbeitung soll einen Text zur Impfschadenregulierung für das Kapitel 4.9 in den STIKO-Empfehlungen entwerfen. **Es erscheint wichtig, den Unterschied zwischen einer Impfkomplikation und einem Impfschaden sowie die unterschiedlichen Verfahrensweisen (Meldung vs. Antrag) besser darzustellen, da diese oftmals verwechselt werden**. Außerdem soll in dem Kapitel 4.9 ein Abschnitt zu Fachinformationen ergänzt werden, der klarstellt, dass es sich bei den in den Fachinformationen aufgeführten Impfnebenwirkungen um Fälle handelt, **die nicht immer in einem kausalen Zusammenhang mit der Impfung stehen, sondern unter Umständen nur in einem zeitlichen Zusammenhang aufgetreten sind."**

**Was bedeutet das?**

**Die STIKO hat erkannt, dass sie seit 2007 unzulässigerweise die Ärzteschaft angeregt hat, nicht vollständig aufzuklären.**
Das jetzt zurückgezogene Bulletin 25/2007 verweist jedoch schon auf seiner Titelseite darauf, dass die STIKO **erstmals bereits im Jahr 2004** „Hinweise zum Aufklärungsbedarf bei Schutzimpfungen / Stand: Januar 2004" erarbeitet hat. Diese wurden im

EpiBull 6/2004 vom 6.2.2004 veröffentlicht und umfassen die Seiten 33-52 sowie die Anlage „Literaturverzeichnis“ mit den Seiten 1-10. **Dieses Dokument wurde nicht für ungültig erklärt.**
**Die STIKO hat somit fast 14 Jahre dazu beigetragen hat, dass die Ärzteschaft die Impflinge bzw. deren Sorgeberechtigten vor Impfungen unvollständig aufklärt.**
Dies betraf auch die Aufklärungsmerkblätter, die von der Ärzteschaft bei den Aufklärungsgesprächen verwendet und vor einer Impfung ausgehändigt wurden.

Im EpiBull 6/2004 (S.34) hieß es noch „Periodische Aktualisierungen der Hinweise sind vorgesehen“. Im EpiBull 25/2007 kündigte die STIKO weitere Aktualisierungen an. Vermutlich war diese regelmäßige Aufgabe mangels Personals und Geldmitteln nicht zu leisten.

Gleichzeitig wies die STIKO im EpiBull 25/2007 auf folgenden wichtigen Aspekt hin:
**Diese Hinweise entbinden den Arzt nicht davon, den Patienten individuell und entsprechend dem neuesten Stand der Wissenschaft aufzuklären, sondern sind als Hilfestellung zu verstehen.**

**Damit hat die STIKO , entgegen dem Zweck des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) in § 6, bei den Meldepflichtigen den Eindruck erweckt, dass der Verdacht von bestimmten Impfkomplikationen, die in den Kategorien 3 und 4 genannt werden (siehe nachfolgende Auflistung der 4 Kategorien) nicht gemeldet zu werden braucht.**
**So trug sie zum unbefriedigenden Meldeverhalten der Ärzteschaft (und der Angehörigen des Heilpraktikerberufes) bei.**

Das IfSG beinhaltet in § 6 (Meldepflichtige Krankheiten) in Absatz (1) Punkt 3:
Namentlich ist zu melden:
- der Verdacht einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung

In § 20, Absatz (2), (3) und (4) werden die gesetzlichen Aufgaben der STIKO beschrieben. In (2) heißt es dort: „… und entwickelt Kriterien zur Abgrenzung einer üblichen Impfreaktion und einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung.“
Dies erfüllt die STIKO jetzt in Kapitel 4.9 „Impfkomplikationen und deren Meldung“ ihrer Impfempfehlungen. **Als übliche Impfreaktionen, die nicht meldepflichtig sind,** werden dort aufgelistet:
- für die Dauer von 1-3 Tagen (gelegentlich länger) anhaltende Rötung, Schwellung oder Schmerzhaftigkeit an der Injektionsstelle
- für die Dauer von 1-3 Tagen Fieber < 39,5°C (bei rektaler Messung), Kopf- und Gliederschmerzen, Mattigkeit, Unwohlsein, Übelkeit, Unruhe, Schwellung der regionalen Lymphknoten
- im gleichen Sinne zu deutende Symptome einer „Impfkrankheit“ 1-3 Wochen nach der Verabreichung abgeschwächter Lebendimpfstoffe: z.B. eine leichte Parotisschwellung (*Schwellung der Ohrspeicheldrüse JF*), kurzzeitige Arthralgien (*Gelenkschmerzen JF*) oder ein flüchtiges Exanthem (*Hautausschlag JF*) nach der Masern-, Mumps-, Röteln- oder Varizellenimpfung oder milde gastrointestinale Beschwerden (*Beschwerden im Verdauungstrakt JF*), z.B. nach der Rotavirus- oder Typhus-Impfung
- Ausgenommen von der Meldepflicht sind auch Krankheitserscheinungen, denen offensichtlich eine andere Ursache als die Impfung zugrunde liegt. **Alle anderen Impfreaktionen sollen gemeldet werden** *(Fettdruck JF)***.**

**Der letzte Satz trifft den Kern des Gesetzes nicht: es ist zu melden, nicht man soll melden, denn es besteht eine gesetzliche Meldepflicht.**

**Im IfSG findet sich nirgends ein gesetzlicher Auftrag für die STIKO, festzulegen, worüber vor der Durchführung einer Impfung aufzuklären ist und worauf dabei verzichtet werden kann.**

Im Epidemiologischen Bulletin 25/2007 (wie auch schon in der Ausgabe 6/2004) hatte die STIKO auf den ersten beiden Seiten 4 verschiedene Kategorien von unerwünschten Wirkungen im Zusammenhang mit Impfungen unterschieden:

1. Lokal- und Allgemeinreaktionen
2. Komplikationen
3. Krankheiten/Krankheitserscheinungen in ungeklärtem ursächlichem Zusammenhang mit der Impfung
4. Hypothesen und unbewiesene Behauptungen

Die STIKO führte dann aus, **dass der Impfling / Sorgeberechtigte über die beiden ersten Kategorien aufzuklären ist und dass nur diese in den Aufklärungsmerkblättern, die es von mehreren Herstellern für die Arztpraxen gibt, genannt werden.**
Über die Kategorien 3 und 4 wird nur die Ärzteschaft durch das Bulletin informiert, um eventuelle Nachfragen vor der Impfung beantworten zu können.

Unter Kategorie 3 schreibt die STIKO bei zahlreichen Impfungen:
„Ein ursächlicher Zusammenhang mit der Impfung ist bei diesen Beobachtungen fraglich. Es könnte sich in der Mehrzahl dieser Einzelfallberichte um das zufällige zeitliche Zusammentreffen von miteinander nicht ursächlich verbundenen selbstständigen Ereignissen handeln."

**Dies steht jedoch im Widerspruch** zu der Erkenntnis des US-Wissenschaftsinstituts IOM, das 2012 eine **weltweite Bewertung** der Datenlage zu 158 möglichen schweren Impfkomplikationen vorlegte:
**In 85% aller zu bewertenden Fälle reichten die Daten nicht aus, um einen ursächlichen Zusammenhang zur Impfung zurückweisen oder bestätigen zu können. Bei den übrigen 15% mit genügender Datenlage ergab sich bei 12%, dass eher eine kausale Verknüpfung zur Impfung vorliegt, und nur in 3%, dass dies nicht der Fall ist** (Adverse effects of vaccines: evidence and causality, *unerwünschte Impffolgen, Beweislage und Kausalität,* National Academy Press).

Die IOM-Veröffentlichung belegt einerseits, dass das Nichtwissen (85%) viel größer ist, als das Wissen (15%). Dies zu erkennen, bedarf es keines Medizinstudiums oder gar einer diesbezüglichen Professur, sondern nur der Anwendung einfachen Schulwissens. Und andererseits ergibt die IOM-Auswertung, dass, wenn ausreichend Informationen vorliegen, dies viel häufiger für eine Schädigung durch die Impfung spricht, als dagegen.

**Damit zeigt sich, dass die Aussage der STIKO unzulässig ist, dass es sich bei bisher ungeklärten Berichten eher um Zufall handelt.**

**Im Gegenteil, es beinhaltet die dringliche Notwendigkeit, für ausreichende Daten zu sorgen und, solange diese fehlen, in der Empfehlung und vor der Impfung auf die Wissenslücken hinzuweisen.**

Es zeigt sich, dass **diese Lücken im Vergleich mit einer früheren Veröffentlichung sogar noch größer geworden sind.** Dittmann, damals STIKO-Mitglied und Europa-Vertreter der WHO, berichtete 2002 von einer IOM-Untersuchung aus dem Jahr 1994: Damals lagen „nur" in 2/3 aller untersuchten möglichen Impffolgen keine ausreichenden Daten vor, um diese bewerten zu können (Risiko des Impfens und das noch größere Risiko, nicht geimpft zu sein, Bundesgesundheitsblatt 4/2002, S.316-22).

Die obige Aussage der STIKO zu Kategorie 3 und 4 weist ja gerade darauf hin, dass keine ausreichenden Untersuchungen vorliegen, **also wesentliche Mängel und damit Wissenslücken im bestehenden System zur konsequenten Überwachung der Impfstoffsicherheit gegeben sind.**

Dennoch, also wider besseres Wissen, will die STIKO obige Aussage („in der Mehrzahl zufällig") laut dem Protokoll ihrer 88. Sitzung beibehalten.
Sie fehlt jedoch in der aktuellen Empfehlung (EpiBull 34/2018) ebenso, wie der Hinweis, dass die Grundlage für die Aufklärung die jeweilige Fachinformation der Impfstoffe ist.
Auch verzichtet die STIKO darauf, über den Rückzug des EpiBull 25/2007 gesondert zu informieren. Nur, wer zufällig das Bulletin 25/2007 oder gar die Protokolle der STIKO-Sitzungen aufruft, findet die Hinweise.

Dass Wissenslücken bestehen, deckt sich auch mit früheren, bisher nicht widerrufenen Veröffentlichungen des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI), wonach aufgrund der für die Postmarketing-Überwachung (also nach der Zulassung) von Arzneimitteln üblichen Meldesysteme auch **höchstens 5% der Verdachtsfälle schwerer möglicher Impffolgen gemeldet werden** (Keller-Stanislawski u.a., Auswertung von Verdachtsfällen auf Impfkomplikationen nach dem IfSG, Bundesgesundheitsblatt 4/2002, S.344-54).
**Das bedeutet, dass eben bei 95% eine Meldung unterbleibt und daher auch keine Bewertung möglich ist**. Das zu errechnen, fällt nicht schwer.

Erstaunlicherweise zitiert die STIKO einleitend zum Aufklärungsbedarf in beiden o.g. EpiBull eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH VI ZR 48/99 vom 15.2.2000):

„Entscheidend für die ärztliche Hinweispflicht ist nicht ein bestimmter Grad der Risikodichte, insbesondere nicht eine bestimmte Statistik. Maßgebend ist vielmehr, ob das betreffende Risiko dem Eingriff spezifisch anhaftet und es bei seiner Verwirklichung die Lebensführung des Patienten besonders belastet. Der Senat hält deshalb daran fest, dass **grundsätzlich auch über äußerst seltene Risiken aufzuklären ist."**

Es ist somit zu bemängeln, dass die STIKO ihre eigene Interpretation zum Aufklärungsbedarf präsentierte, **obwohl sie keinen gesetzlichen Auftrag dafür besitzt**.

Und insbesondere auch, dass **bei der Aufklärung primär juristische Aspekte im Vordergrund stehen müssen**, und nicht die Überlegung, dass die Impfbereitschaft umso mehr sinken könnte, je umfassender aufgeklärt wird.

Zu kritisieren ist zudem, dass weder von der STIKO, noch von PEI, RKI und BZgA oder von der Standesvertretung der Ärzteschaft auf die wissenschaftlich ungenügende Datenlage verwiesen wird.

Schon **das macht die Zulassung, Empfehlung und Durchführung jeder Impfung mehr als fragwürdig, da ohne diesen Hinweis keine informierte Zustimmung möglich ist.**
Auch der einzelne impfende Arzt kann diese Wissenslücken bei seiner Entscheidung nicht berücksichtigen, da er diese regelmäßig gar nicht kennt.
Allenfalls die geringe Anzahl von Menschen in der Ärzteschaft, die auch Literatur lesen, die Impfungen kritisch hinterfragen, erfahren davon.

Es gehört dann auch zu deren standesrechtlichen Verpflichtungen, mögliche Impflinge bzw. deren Sorgeberechtigte vollständig aufzuklären.

Erwähnenswert erscheint, was der frühere bayerische Regierungsdirektor Erdle in seinem Buch „Infektionsschutzgesetz" (Ausgabe 2002) zum IfSG, an dessen Entwurf er mitgewirkt hatte, kommentierte (Allgemeines zu §§ 20 bis 22, vor den Paragrafen):

„Die Impfung ist eine Körperverletzung (§ 223 StGB). Sie setzt die **Einwilligung** des Impflings (bzw. des/der Sorgeberechtigten oder Betreuers) voraus (§ 228 StGB). Die Einwilligung muss auf einer ausreichenden, dem jeweiligen Stand der Wissenschaft entsprechenden **Aufklärung** beruhen.
Die Risikoaufklärung muss gewährleisten, dass der Impfling – bevor er einwilligt – die für seine Entscheidung notwendigen Informationen über das Für und Wider erhält."
*(**Fettdruck** im Original, Unterstreichung JF)*

**Für die Entscheidung sind damit auch Informationen relevant, die Wissenslücken betreffen. Insbesondere, wenn diese sogar deutlich umfangreicher sind, als das Wissen.**

Dies gilt, wie später noch gezeigt wird, ebenfalls für eine kompetente Entscheidungsmöglichkeit der Politik, wenn es um Impfungen geht.

In den Fachinformationen (quasi erweiterter Beipackzettel der Impfstoffe für die Ärzteschaft, frei im Internet auch auf den Seiten der Hersteller zugänglich) steht alles zu Nebenwirkungen drin, was bisher nach Impfungen berichtet wurde und wo der Nachweis weder vom Hersteller noch von der Wissenschaft erbracht wurde, dass dabei die Impfstoffe nicht (mit)verursachend waren.

Aussagen von Impfexperten, selbst von ehemaligen STIKO-Mitgliedern, dass man den Beipackzettel am besten wegwirft bzw. diesen, was sowieso bei Impfstoffen die Regel ist, den Impflingen gar nicht zur Verfügung stellt, führen in die Irre.

Sinnigerweise steht in deren Packungsbeilagen, wie bei anderen Arzneimitteln auch: **„Lesen Sie diese Information sorgfältig durch, ehe Sie oder Ihr Kind diesen Impfstoff erhalten. Sollten Sie nach der Impfung Reaktionen beobachten, die hier aufgelistet sind, wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt oder Apotheker. Ebenso bei solchen, die hier nicht erscheinen."**

Wird der Beipackzettel nicht ausgehändigt, verhindert man, die Impflinge bzw. deren Sorgeberechtigte dafür zu sensibilisieren, dass auch Impfstoffe unerwünschte Nebenwirkungen verursachen können, selbst wenn das sehr selten sein sollte.

**Die Angst in der Ärzteschaft, dem Impfgedanken durch zu viel Aufklärung zu schaden, ist offenbar größer, als die, wegen mangelhafter Aufklärung strafrechtlich belangt zu werden.**

Denn es geht vor Impfungen um eine Abwägung zwischen Nutzen und Risiken.
Für einen 8 Wochen alten Säugling besteht z.B. praktisch kein Risiko, an Hepatitis B zu erkranken (wesentliche Übertragungswege: ungeschützter Geschlechtsverkehr und Spritzen von Drogen). Er trägt also nur das Risiko einer möglichen Impffolge, möge diese häufig oder selten sein, bekannt oder nicht.
Die Aufklärung muss das beinhalten, und es ist darauf hinzuweisen, dass diese Impfung nur deshalb bei Säuglingen erfolgt, weil man sie durch die U-Untersuchungen gut erreicht, was bei Jugendlichen, bei denen vielleicht die o.g. Risiken für eine Erkrankung vorliegen könnten, nicht der Fall ist.

Doch da muss jetzt auch ein Umdenken stattfinden: Da eine Erhöhung der Impfraten für die HPV-Impfung (zum Schutz vor Gebärmutterhals- und anderen Krebserkrankungen) angestrebt wird (Empfehlung ab dem 9. Lebensjahr jetzt auch für Jungs, Schulimpfungen u.a.), fällt damit auch Erreichbarkeit als Argument für die Hepatitis-B-Impfung als Komponente einer Sechsfachimpfung im Säuglingsalter weg.

Das bedeutet außerdem, dass es eigentlich nie eine wissenschaftlich berechtigte Grundlage für die Hepatitis-B-Komponente, und damit für die Sechsfachimpfung bei Säuglingen, gegeben hat.

Auch ist nicht nachvollziehbar, dass Teile der Ärzteschaft davon ausgehen, etwas könne keine Impffolge sein, weil es nicht in Beipackzettel oder Fachinformation steht, **obwohl dort - siehe oben - genau darauf abgezielt wird, mögliche unbekannte Folgen zu erkennen**.
Also im selben Sinne, wie es auch das IfSG fordert.

**Es ist offensichtlich in der Ärzteschaft nicht ausreichend klar, dass im Rahmen der Zulassungsstudien seltene potentielle Schäden nicht erkannt werden können und daher ein funktionierendes Meldesystem nach der Zulassung unverzichtbar ist.**
Das gilt im Übrigen nicht nur für Impfungen, sondern auch für andere Medikamente.

Bedeutsam ist nun in diesem Zusammenhang noch, dass alles, **was nach Zulassung und Empfehlung in der breiten Anwendung als mögliche Impffolge auftritt, aber nicht gemeldet wird, nicht existiert.**
Das PEI erfährt dann eben nichts davon, und dafür kann man diesem auch keinen Vorwurf machen – auch als „Alternativer" nicht.
Die Teilnehmerzahlen in den Zulassungsstudien sind zu gering und die Beobachtungszeit ist zu kurz, um dabei seltenere, schwere oder zeitverzögert auftretende Reaktionen nach Impfungen entdecken zu können.

Daher ist ein **funktionierendes Meldesystem** unverzichtbar. Die Grundlage dazu liefert das Infektionsschutzgesetz (IfSG), wonach **„namentlich der Verdacht einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung" zu melden ist** (§ 6, Absatz 1, 3.). Also, nicht man soll melden (wenn man nichts anderes zu tun hat?), **sondern man muss melden.**
Nichtmelden kann nach § 73 IfSG mit einer Geldbuße von bis zu 25.000 (!) Euro geahndet werden.
Auch die WHO fordert jedes Land auf, das Impfprogramme durchführt, **ein funktionierendes Meldesystem für UAW zu schaffen und auch weiter zu optimieren**.

**Druckfrisch** schreiben Vertreter der WHO darüber im Bundesgesundheitsblatt April 2019, S. 440-9, in ihrem Beitrag „Elimination der Masern aus der Europäischen Region der WHO – Herausforderungen bleiben" (Muscat u.a.).
Dort heißt es:
„Gleichzeitig muss das Vertrauen der Öffentlichkeit und des Gesundheitspersonals konstant gestärkt und das Verständnis zu Nutzen und Risiken einer Impfung gegen Masern verbessert werden.... Deswegen sollten die Gesundheitsbehörden **jede unerwünschte Nebenwirkung nach einer Impfung schnellstens untersuchen und die Ergebnisse unverzüglich und vollständig veröffentlichen. Das zeitnahe und offene Aufgreifen der Sorgen der Öffentlichkeit ist für den Aufbau von Vertrauen** und die Beseitigung von Sicherheitsbedenken gegen Impfungen **entscheidend**. Die Gesundheitsbehörden sollten der Öffentlichkeit und dem Gesundheitspersonal **den Zugang zu verlässlichen Informationen erleichtern**, die über den Nutzen und die Sicherheit der Impfungen sowie über die Gefährlichkeit der Erkrankung, vor der sie schützen, aufklären."

Dass ein solches funktionierendes System bis heute nicht existiert, ist auch ein Versäumnis des PEI. Obwohl schon 1990 veröffentlicht wurde, dass sich das Meldeverhalten stark verbessern (um den Faktor 17!) lässt, wenn die Ärzteschaft über Sinn und Notwendigkeit des Meldens gut aufgeklärt wird, und das PEI selbst darüber auch schon 2002 im Bundesgesundheitsblatt 4/2002 (S.344-54) berichtete, hat man es dort bis heute versäumt, etwas Wesentliches zu ändern.

Dabei ist den Meldepflichtigen auch klar zu machen, dass sie nicht den Beweis zu erbringen haben, ob ein kausaler Zusammenhang besteht.

Abweichendes Vorgehen durch die gesetzlich Meldepflichtigen (Ärzte und Heilpraktiker beiderlei Geschlechts) – also schon den Verdacht einer Impfreaktion nicht zu melden - **verstößt einerseits gegen das Gesetz** (Bußgeld!).
**Andererseits wird damit verhindert, dass belastbare Daten zum Risiko zur Verfügung stehen**.

Nochmals: **Was nicht gemeldet wird, existiert nicht und es kann nicht bewertet werden, ob ein kausaler Zusammenhang zur Impfung besteht, eine andere Ursache vorliegt oder man von Zufall ausgeht.**

**Leider ist bisher das Meldeverhalten gerade unter den „Alternativen" eher noch ungenügender, als das schon schlechte in der „etablierten Schulmedizin".**
Manche melden z.B. aus Überzeugung nicht, andere, weil sie Angst davor haben, von den Gesundheitsämtern aufs Korn genommen zu werden.

Es genügt jedoch unter den „Alternativen“ nicht, über Impffolgen kritisch zu reden, zu schreiben oder gar Filme zu drehen, und die betroffenen Patienten zu behandeln.
**Nein, wer etwas ändern will, muss melden.**
Nur das schafft Kenntnis des Risikos und ermöglicht, gegen einen erwünschten Nutzen abzuwägen.

Hier sollte von beiden Seiten - überzeugten Befürwortern und Kritikern des Impfens - doch Konsens möglich sein, die Wissenslücken durch konsequentes Melden zu schließen.
**Aus Verantwortung gegenüber den Impflingen, aber auch bezüglich des eigenen Handelns!**
**Wer kann und soll denn vor einer Impfung Nutzen und Risiken abwägen, wenn Häufigkeitsangaben zu möglichen Komplikationen fehlen?**

Und zwar egal, ob nach STIKO, in individueller Impfentscheidung abweichend davon (das beinhaltet sogar, über die STIKO-Empfehlungen hinauszugehen!) oder gar nicht geimpft wird.

Es sei hier noch darauf verwiesen, dass die Impfexperten selbst sogar schon im Bundesgesundheitsblatt 11/2009 darüber berichteten, **dass weder belastbare Daten über Nebenwirkungen, noch über die Wirksamkeit der Impfprogramme vorliegen, obwohl kritische Wissenschaft und die Gesellschaft, die diese finanziert, darauf einen berechtigten Anspruch haben** (Hengel/v.Kries, Editorial Impfen, S.1003-5).

**Die Tragweite von solchen Feststellungen scheint weder bei den Impfexperten noch bei deren Kritikern klar.**

Schon 2001 wurde in derselben medizinischen Fachzeitschrift veröffentlicht:
„**Abschied vom Mythos: Der Sieg über die großen europäischen Seuchen war keineswegs primär ein Sieg der Medizin**. … **Medizinische Forschung und Dienste sind fehlgeleitet, da bei der Mittelverwendung von falschen Annahmen über die Grundlagen menschlicher Gesundheit ausgegangen wird.**“ (Rosenbrock, Was ist New Public Health?, Bundesgesundheitsblatt 8/2001, S.753-62).

**Interessant ist nicht nur, dass dort solche Beiträge erschienen, sondern auch, dass diese danach weder kritisiert noch gar widerlegt wurden.**
Herausgeber sind immerhin u.a. RKI und das PEI, **beides Bundesinstitute im Verantwortungsbereich des Bundesgesundheitsministeriums**.

**Müsste von dort das Impfen nicht grundsätzlich in Frage gestellt werden, wenn man sich der Bedeutung dieser Aussagen bewusst wäre?**

**Im eigentlichen Sinne gibt es angesichts der bestehenden Wissenslücken nichts abzuwägen.**

Das gilt sowohl für das PEI bei der Zulassung, die STIKO bei den Empfehlungen und die Ärzteschaft vor der Impfung.
Insbesondere gilt das auch für Eltern, die vor einer Impfentscheidung stehen.
Und auch für Gerichte, die etwa in Fragen des Sorgerechts klären wollen, welchem Elternteil das Entscheidungsrecht über Impfungen gemeinsamer Kinder zugesprochen werden soll.

**Eine Lösung des mathematischen Bruches Nutzen / Risiko ist nicht möglich, weil weder Zähler noch Nenner konkret bekannt sind.**
Das hat jeder schon im Rechenunterricht in der Schule gelernt.

Daran scheiterte selbst der Bundesgerichtshof (BGH), der die Empfehlungen der STIKO als wissenschaftlichen Standard ansieht (VI ZR 48/99 vom 15.9.2000) und daher in Sorgerechtsstreitigkeiten dem Elternteil das Entscheidungsrecht über Impfungen gemeinsamer Kinder zuspricht, der der STIKO folgt (XII ZB 157/16 vom 3.5.2017).
Der BGH selbst fordert in dieser Entscheidung, dass **Gerichtsentscheidungen nicht gegen Denkgesetze, wissenschaftliche Leitsätze und Logik verstoßen dürfen.**

Doch beim BGH bemerkte man offensichtlich nicht, dass man selbst genau das tut.

**Wissenschaftlicher Standard kann nur sein, was einer ernsthaften Überprüfung standhält**. Die STIKO-Empfehlungen können das nicht, wie oben ausgeführt wurde.

Es ist daher höchste Zeit, die bestehenden Wissenslücken (large, substantial gaps, also große, wesentliche Wissenslücken, beschrieb etwa Chen schon 1999 in dem Buch Vaccines auf den Seiten 1144-63) durch gemeinsame Anstrengungen auf beiden Seiten zu schließen – gleichgültig, ob eher befürwortend oder kritisch zu Impfungen stehend.

Das fordert das Grundgesetz (GG) in Artikel 5 von der Wissenschaft, die nämlich frei, aber der Treue zur Verfassung verpflichtet ist.

Das erkannte auch der frühere Präsident des RKI, Prof. Kurth, wenn er, zusammen mit Fr. Glasmacher 2008 über „Was ist gute wissenschaftliche Politikberatung?“ schrieb (Bundesgesundheitsblatt 4/2008, S.458-66).
Der Beitrag war Teil einer Beitragsreihe über „Wissenschaftliche Politikberatung im demokratischen Verfassungsstaat“ und forderte u.a. Verlässlichkeit, Transparenz und Belastbarkeit gerade von Informationen der Bundesinstitute.
Auf Wissenslücken sei deutlich hinzuweisen, damit die Politik kompetente Entscheidungen treffen und Unwägbarkeiten berücksichtigen könnte.
Sie hielten auch externe Expertise für notwendig.

Wissenslücken zu schließen, also z.B. konsequent den Verdacht einer Impfkomplikation zu melden, schulden Vertreter beider Sichten – pro wie kontra - auch den Menschen, die potentiell nach Impfungen bleibenden Schaden genommen haben. Die Entscheidung über dessen Anerkennung und eine staatliche Entschädigung, wie sie das IfSG vorsieht, würde dadurch sehr erleichtert.

Dann können auch die endlosen Diskussionen rund ums Impfen eine neue Grundlage erhalten oder werden in Teilen sogar überflüssig. Alle Beteiligten brauchen dabei die Offenheit, dass sich durch diesen gemeinsamen Prozess, Wissenslücken zu schließen, Erkenntnis ergeben kann, die ihrer bisherigen Sicht widersprechen mag.

Die STIKO sollte, ganz im Sinne von Transparenz und Vertrauen, ihre Erkenntnis aus ihrer 88. Sitzung offen kommunizieren und auch die Aufklärungsmerkblätter ändern lassen.

**Was hat der Rückzug der STIKO-Veröffentlichung nun mit unserer Arbeit zu tun?**

In mehreren Gerichtsverfahren und im Rahmen der Nationalen Impfkonferenzen hatten wir darauf hingewiesen, dass die STIKO aus unserer Sicht unzulässig den Aufklärungsumfang der Ärzte einschränkt und gleichzeitig den aktuellen Stand der Wissenschaft unbeachtet lässt.
Wir verwiesen auch darauf, dass die Empfehlungen der STIKO nicht dem Stand der Wissenschaft entsprechen können, da sie einer Überprüfung nicht standhalten: wenn Nutzen und Risiken nicht konkret beschreibbar sind, kann auch nicht zwischen diesen abgewogen werden.

Wir streben weiterhin an, im Rahmen von Gerichtsverfahren zu erreichen, dass das Bundesverfassungsgericht angerufen wird. Dieses sollte bewerten, ob eine öffentliche Impfempfehlung aufgrund der vorhandenen Wissenslücken überhaupt mit unserer Verfassung vereinbar ist.
Dazu bedarf es, wie bisherige Erfahrungen zeigen, mutiger Richter und Anwälte bei den Sozial-, Familien- und Verwaltungsgerichten.
Denn diese müssen gegebenenfalls ihre eigene, bisherige Vorgehensweise und Entscheidungen - und auch die höchster Gerichte - infrage stellen.

Außerdem werden wir mit dem neuen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn den Weg weiter beschreiten, den wir mit seinem Vorgänger Hermann Gröhe begonnen haben. Nämlich in gemeinsamen Studien u.a. die Grundlage für belastbare Daten zu Impfkomplikationen und zur Häufigkeit übertragbarer Krankheiten zu schaffen.
Dazu bedarf es u.a. Fortbildungen für die Meldepflichtigen, damit diese den Sinn des Meldens nachvollziehen können.

# Offener Brief zum Thema Impfpflicht

Dieser Beitrag entstand am 30.04.2019, also wenige Tage, bevor Minister Spahn seinen Referentenentwurf zur Impfpflicht vorstellte

Sehr geehrter Herr Minister Spahn,

**Impfpflicht – ja oder nein? Diese Frage bewegt derzeit in Deutschland Politik, Medien und Gesellschaft. Dabei steht die Impfung gegen Masern im Vordergrund.**

Auch Sie äußern sich seit kurzem wieder pro Impfpflicht.

**Sie begrüßen die Diskussion darüber und wollen die Fakten prüfen. Dazu laden wir Sie mit diesem Schreiben herzlich ein!**

**Das Wichtigste ganz kurz**

- Vollständig Geimpfte erkranken in großer Zahl an Masern – (lebenslange) Schutzwirkung der Impfung ist eine Illusion
- Ausbrüche in Ländern, die schon lange eine Impfrate von 2x95% erreichen und die Masern scheinbar kontrolliert hatten – Herdenimmunität ist Wunschdenken
- Säuglinge sind wegen der Impfprogramme durch Masern gefährdet – Nestschutz durch Impfung ungenügend
- Es gibt keine Zunahme der Masern bei Kindern – nur jährliche Schwankungen trotz steigender Impfraten
- Junge Kinder werden bei uns viel früher 2x gegen Masern geimpft, als sonst in Europa oder USA - gefährden diese ihre Kinder absichtlich?
- Wirksamkeit der Impfprogramme nicht objektive nachweisbar – Glaube statt Fakten
- Keine Häufigkeitsangaben zu Impfkomplikationen möglich – Folgen nicht abschätzbar
- In Deutschland waren alle von SSPE Betroffenen, deren Impfstatus bekannt war, geimpft – ist SSPE eine Impffolge, wenn nach Masernerkrankung geimpft wird?
- Abwägen beim Impfen unmöglich, weil weder Nutzen noch Risiko konkret bekannt sind – wer trotzdem abzuwägen versucht, muss die Wirklichkeit ignorieren
- Solche Verstöße gegen Denkgesetze und Logik werden vor dem Bundesverfassungsgericht keinen Bestand haben – wir leben in einem demokratischen Verfassungsstaat

Die Einschätzung der Qualität unserer Arbeit finden Sie im Berichtsband der 4. Nationalen Impfkonferenz (Berlin, 2015) auf den Seiten 230 und 232. Den Band haben das zuständige Ministerium bzw. der Senat aus Brandenburg und Berlin herausgegeben.

Sehr geehrter Herr Minister,

nachfolgend finden Sie zunächst eine Zusammenfassung dieses Schreibens. Danach können Sie die ausführliche Faktensammlung lesen und prüfen. Anschließend laden wir Sie ein, unsere weiteren Betrachtungen zu analysieren.

Wir versprechen Ihnen, dass es sich lohnt, die dafür benötigte Zeit aufzubringen. Immerhin geht es um eine Entscheidung, die in die Grundrechte der Menschen eingreifen würde.

**Zusammenfassung**

Druckfrisch – April 2019 - berichtet die WHO im Bundesgesundheitsblatt (1a), Hrsg. u.a. RKI und PEI, über die im Jahr 2018 gemeldeten 82.596 Masernfälle in deren Europäischer Region. Von nur 62.524 (75,7%) war der Impfstatus bekannt: **es waren 13.504 (21,6%) mindestens 2x und 10.103 (16,2%) 1x gegen Masern geimpft**. Das sind zusammen fast 38%!

**Wie soll da die Ausrottung der Masern gelingen? Schützt Impfen? Lebenslang?** Laut WHO erkrankten 3 Kinder schon im ersten Lebensjahr, 55 bis zum 4., weitere 2.040 bis zum 9., 3.143 bis zum 14. und 3.572 Jugendliche bis zum 19. Lebensjahr – trotz 2er Masernimpfungen.

2018 wurde auch von einem Masernausbruch an einem Krankenhaus in Portugal berichtet, bei dem **fast 70% der Fälle 2x geimpftes Personal betrafen**, laborbestätigte Fälle wohlgemerkt (1b). Portugal hatte zuvor 12 Jahre die Masern unter Kontrolle und erreichte seit vielen Jahren, dass ca. 96% 2x gegen Masern geimpft waren.

**Ob sich mit solchen Fakten eine Impfpflicht bei medizinischem Personal ausreichend begründen lässt?**

Was ist also von den Forderungen des Prof. Lauterbach und der Medien nach Impfpflicht zu halten, **gibt es dafür eine belastbare Datenbasis?**

**Was wird das Bundesverfassungsgericht angesichts obiger Fakten und den nachfolgend beschriebenen Wissenslücken entscheiden**, wegen denen jeder gegen Denkgesetze verstoßen muss, der beim Impfen abzuwägen versucht? Wird es dann öffentliche Impfempfehlungen noch geben können, bei denen die Gesellschaft und die impfende Ärzteschaft davon ausgehen, dass eine sorgfältige Abwägung stattgefunden hat und diese nachweislich für die Impfungen spricht?

**Warum glaubt man, dass mit einer Impfpflicht die Impfraten steigen?**

In USA sanken nach Einführung verpflichtender Regelungen für Kindergarten und Schule 1979 die Impfraten für die Masernimpfung um 30%. Es dauerte Jahre, bis die früheren Raten wieder erreicht wurden.

**Wie ist es zu bewerten, dass Sie sich für eine Impfpflicht einsetzen, der Präsident des RKI, Prof. Wieler - dessen direkter Vorgesetzter Sie sind - und Experten der STIKO eine solche aber schon seit Jahren als nicht zielführend ansehen?** Warum berufen sich alle Befürworter einer Impfpflicht in Politik und Medien so gern auf die Daten und Empfehlungen der Experten von STIKO und RKI, ignorieren aber gleichzeitig deren ebenso begründete Ablehnung einer Impfpflicht?

Nachfolgend finden Sie zunächst unsere Faktensammlung.

**Wenn Sie mehr Informationen wollen, lesen Sie danach einfach weiter, es lohnt sich auf jeden Fall, um zu einer fundierten Entscheidung zu finden. Oder laden Sie uns zu einem Gespräch ein**.

**Letzteres zeichnet Sie ja aus**: auch mit Menschen zu reden, die Kritik an Zuständen in Ihrem Verantwortungsbereich äußern (z.B. Pflege, Organspende).

**Wir von Libertas & Sanitas e.V. bieten Ihnen externe Expertise aus kritischer Sicht an**, die sogar im Berichtsband (1) der 4. Nationalen Impfkonferenz auf den Seiten 230 und 232 lobend erwähnt wird. Mehr dazu finden Sie im „Schwarzbuch Impfen" (2), das viele Widersprüche beim Impfen aus der Fachliteratur zusammenfasst, auch aus dem Bundesgesundheitsblatt (Hrsg. u.a. RKI und PEI).

**Dann könnten elementare Anforderungen an eine gute wissenschaftliche Politikberatung im demokratischen Verfassungsstaat erfüllt werden.** Diese hatte der frühere Präsidenten des RKI, Prof. Kurth, schon 2008 in einem Beitrag mit Fr. Glasmacher formuliert, der im Bundesgesundheitsblatt erschien: „Was ist gute Wissenschaftliche Politikberatung?" (3)

Damit Politik Unwägbarkeiten berücksichtigen und kompetent entscheiden kann, forderten sie u.a.:

- Belastbarkeit von Aussagen besonders bei Bundesinstituten
- Transparenz
- Hinweis auf Wissenslücken

- Vermeiden, Ergebnisse zu ignorieren, die nicht zur eigenen Erwartung passen
- externe Expertise

**Sachliche Kritik und Zweifel sind Grundlagen der Wissenschaft.** Impfkritik als negativ zu betrachten zeigt, dass man diese Grundlagen entweder nicht kennt, oder sie ignoriert.

**Faktensammlung**

- **Der Rückgang der Maserntodesfälle war in den Industrieländern, auch bei uns, schon zu fast 100% erfolgt, ehe es überhaupt eine Masernimpfung gab**. Das ist seit 1964 bekannt (4).
- **Dass Säuglinge durch Masern gefährdet sind (und damit auch durch SSPE), ist eine Folge der Impfprogramme**, wie die STIKO schon 2010 im Epidemiologischen Bulletin des RKI (5) berichtete: weil deren (geimpfte) Mütter ihnen keinen ausreichenden Nestschutz übertragen. Die STIKO verwies auf Quellen aus Ländern, die schon viel früher versucht hatten, Masern auszurotten. Die älteste deutsche Quelle, die wir fanden, stammt von 1977 – aus dem Bundesgesundheitsblatt.
- Die deutsche Studie zu SSPE aus dem Jahr 2013 ergab, dass **alle Betroffenen, von denen der Impfstatus bekannt war (17 von 31), geimpft waren, davon 10 sogar 2x** (6).
- Masernausbrüche – **und zwar unter 2x Geimpften!** - werden aktuell auch aus Ländern (7) berichtet, die seit Jahren die geforderten Impfraten erfüllen und die Masern eliminiert hatten (z.B. Portugal). Als Ursachen werden genannt: die Immunität nach Masernimpfung ist grundsätzlich geringer, als nach einer Masernerkrankung, fällt mit der Zeit ab und hält nicht lebenslang an.
- **Masern bei Geimpften werden oft nicht erkannt**, weil diese nicht (alle) typischen Symptome aufweisen. Sie sind aber dennoch ansteckend (7).
- **Die Wirksamkeit der Impfprogramme kann nicht objektiv belegt werd**en (8,9).
- **Häufigkeitsangaben zu Impfkomplikationen sind nicht möglich** (10).
- Höchstens 5% der möglichen schweren Impffolgen werden gemeldet; d.h. **95% bleiben ohne Meldung und können nicht bewertet werden** (11).
- Das US-Institut IOM fand bei der Untersuchung von 158 schweren möglichen Impffolgen in 85% aller Fälle **weltweit eine ungenügende Datenlage**, um einen ursächlichen Zusammenhang zu klären (12). Bei den übrigen 15% mit ausreichender Datenlage sahen sie bei 12% einen solchen eher als gegeben an, und nur bei 3% nicht.
- Das bedeutet, dass die **Wissenslücken viel größer sind, als das Wissen**. Darüber muss aus juristischen Gründen aufgeklärt werden.
- Es stellt sich die Frage, **wie denn beim Impfen eine Abwägung zwischen Nutzen und Risiken überhaupt möglich sein soll, wenn beide nicht konkret bekannt sind?**
- **Wie lösen Sie** einen mathematischen Bruch - denn nichts anderes geschieht beim Abwägen - wenn weder Zähler noch Nenner, Vor- und Nachteile, bekannt sind?
- **Wie wird das Bundesverfassungsgericht bei solchen Verstößen gegen Denkgesetze und einfache Logik entscheiden?** Dass man beim Impfen abwägen will und das sogar tut, obwohl die logischen Voraussetzungen dafür nicht vorliegen.
- **Wird das Gericht bei solchen Wissenslücken öffentliche Impfempfehlungen akzeptieren**, bei denen die Gesellschaft und die Ärzteschaft ja davon ausgehen, dass abgewogen wurde?
- Prof. Lauterbach teilt, wie praktisch alle Medien, die **angebliche** Einschätzung der WHO über Impfgegner als globale Bedrohung (13), und fordert deshalb eine Impfpflicht.
- Aber **die WHO erwähnt weder Impfgegner (anti-vaxxer), noch Impfmüdigkeit (vaccine tiredness), wie die Medien behaupten**; auch die Beratungsgruppe der WHO (vaccines advisory group SAGE) tut das nicht.

- Die WHO bemängelt vielmehr, dass verfügbare Impfstoffe abgelehnt oder verzögert angewandt werden. Sie nennt aber auch Gründe für solche Entscheidungen und sucht mit SAGE Wege, wie man die Zögerer erreichen kann. Eine Impfpflicht nennt sie nicht.

- Wenn die WHO Ablehnung und Zögern mit Impfgegnertum verknüpfen würde, **dann wären die Mitglieder der STIKO auch Impfgegner**, weil sie bestimmte verfügbare Impfungen (Meningokokken B) bisher nicht oder erst mit Verzögerung (Rotaviren, HPV für Jungs) empfohlen haben!

- **Das träfe dann auch auf die sächsische SIKO zu**, die erst mit 4-5 Jahren die 2. Maserndosis empfiehlt – also verzögert - und nicht schon mit spätestens 2 Jahren wie die STIKO!

- In Deutschland sind im Alter von 24 Monaten ca. 75% aller Kinder 2x gegen Masern geimpft (14). Aus STIKO-Sicht ist das zu wenig. Vergleicht man es jedoch mit anderen europäischen Ländern und den USA, so ist das viel – denn dort werden die Kinder in diesem Alter noch gar nicht zum 2. Mal geimpft. **Bei uns sind die Kinder also besser geimpft**. Dennoch haben diese Länder angeblich die Masern unter Kontrolle.

- So spät – oder noch später - wie in Sachsen wird also auch in den meisten europäischen Ländern und in USA gegen Masern geimpft – **sind das alles Impfgegner, weil sie die Impfung verzögern?** Diese Länder erreichen damit Impfraten von 2x 95% und sollen die Masern sogar eliminiert haben.

- Alle **Länder, die in Europa eine Impfpflicht für Masern haben, impfen die zweite Dosis erst mit 6 bis 12 Jahren**. Wieso müssen wir eine Impfpflicht einführen, um das bei den Kindern schon mit 2 Jahren zu erreichen?

- Europäische Länder empfehlen z.T. keine Impfung gegen Rotaviren und Hepatitis-B für Kinder, geben diesen nur 3 statt 4 Dosen (STIKO) der Sechsfachimpfung. **Sind das aus Sicht der WHO dann Impfgegner?**

- Oder **versäumen die Medien und andere es beim Impfen einfach nur systematisch, zu recherchieren**? Weil man der Überzeugung ist oder den Wunsch hat, dass es darüber nichts zu diskutieren gäbe?

- Mit unserer externen Expertise würde zukünftig verhindert werden können, dass etwa die Bundesregierung eine FDP-Anfrage (Drucksache 19/179, Dez. 2017) namens des Bundesgesundheitsministeriums beantwortet (19/320), **diese Antwort nicht nur große Wissenslücken sowohl zum Krankheits-, wie zum Impfrisiko offenbart, sondern dann auch noch korrigiert werden muss** (19/695).

- Wie kann es sein, dass man in der Antwort **die Häufigkeit von SSPE als Masernspätfolge um den Faktor 10 überschätzt**? Man von mindestens 280 ausging, und dies dann auf 29 reduzieren musste?

- Wie ist es möglich, **dass man dabei die Krankenhausdiagnosestatistik heranzog, die keine Häufigkeitsangaben liefern kann**, was z.B. auch beim Statistischen Bundesamt bekannt ist?

- Die deutsche Studie zu SSPE (Würzburg/Gesundheitsbehörden Bayern) aus dem Jahr 2013 **hatte in 7 Jahren nur 31 Fälle gefunden.** Kennt diese bei PEI, RKI und BMG niemand, oder warum fiel nicht auf, dass daher 280 Fälle in 11 Jahren wohl nicht stimmen können?

- Dank unserem Mitwirken würde transparent und nachvollziehbar gezeigt, welche konkreten Daten zu Todesfällen vorliegen und wo es nur um Schätzwerte geht. Dann würde ausgeschlossenen, dass die Medien, und sogar das Deutsche Ärzteblatt, einfach von ca. 190.000 Todesfällen an impfpräventablen Krankheiten ausgehen. **Von diesen aber nur etwa 10%, nämlich ca. 19.000 in der Todesursachenstatistik zu finden sind.** Die wirkliche Zahl liegt noch weit darunter. Denn viele Impfstoffe richten sich nur gegen bestimmte Erregertypen, die aber in der Statistik nicht separat erfasst werden. Und die HPV-Impfung könnte, Schutzwirkung vorausgesetzt, frühestens in ca. 25 Jahren die Todesfallzahlen leicht reduzieren: denn ca. 94% aller Todesfälle betreffen Frauen im Alter von über 40 Jahren, geimpft aber werden Mädchen zwischen ca. 9 und 14 Jahren. Man geht von ca. 1.500 Todesfällen aus, in 11 Jahren wären das allein schon 16.500, auf die die jetzige Impfung gar keinen unmittelbaren Einfluss nehmen könnte.

- Auch würde vermieden, dass Sie sich für eine Impfpflicht der Kinder einsetzen, aber Prof. Wieler als Chef des RKI sich schon seit geraumer Zeit dagegen ausspricht, weil die wesentlichen Immunitäts- bzw. Impflücken bei den jüngeren Erwachsenen bestehen.

- So sehen es im Übrigen auch der derzeitige STIKO-Vorsitzende Prof. Mertens, dessen Vorgänger Dr. Leidel und das dienstälteste STIKO-Mitglied Prof. Zepp.

- **Das bedeutet, eine Impfpflicht bei Kindern ginge an der schlecht geimpften eigentlichen Zielgruppe, den jungen Erwachsenen, voll vorbei.**

- **Die Erreichung des WHO-Zieles wäre damit gar nicht möglich**.

- Genauso, wie das – ohne Ihre Verantwortung – schon viele Jahre beim **Nichtraucherschutz** der Fall ist. **Dieser versagt genau dort, wo er am dringendsten nötig wäre**: bei den Kindern. Gefährdet sind diese, wenn deren Eltern zuhause oder im Auto rauchen – **aber da geht das Gesetz ins Leere. Was wäre unmittelbar zu ändern?**

- **Wie wägt man nun beim Impfen zwischen Vor- und Nachteilen, Nutzen und Risiken, Pro und Kontra, ab, wenn beides nicht konkret bekannt ist?** Im Bundesgesundheitsblatt, Herausgeber u.a. RKI und PEI, ist zu lesen, dass weder die Wirksamkeit der Impfprogramme, noch die Nebenwirkungen objektiv nachgewiesen werden können, obwohl kritische Wissenschaft und die zahlende Gesellschaft darauf einen berechtigten Anspruch hätten. Es sind keine Häufigkeitsangaben zu Impfkomplikationen möglich.

- Warum blieben folgende Aussagen aus dem Bundesgesundheitsblatt unwidersprochen, ohne dass man Konsequenzen zog? „**Ende vom Mythos: der Sieg über die großen europäischen Seuchen war keineswegs primär ein Sieg der Medizin. Medizinische Dienste und Forschung sind fehlgeleitet**, weil man von falschen Annahmen über die Grundlagen menschlicher Gesundheit ausgeht." **Besteht da nicht Handlungsbedarf?** (15)

Soweit die Faktensammlung.

Vielleicht hat Sie diese angeregt und neugierig gemacht, sodass Sie noch weiter lesen wollen.

**Wir versprechen Ihnen: auch dies lohnt sich!**

**<u>Weitere Betrachtungen</u>**

Sehr geehrter Herr Minister,

mit Interesse verfolgen wir bei Libertas & Sanitas e.V. die derzeitige Diskussion über eine mögliche Impfpflicht. Erstmals war diese schon 2006 vom Deutschen Ärztetag formuliert worden. Damals hatten wir die Aktion „Überprüfung des Impfdogmas" ins Leben gerufen und die **Fakten allen Mitgliedern der Parlamente zur Verfügung gestellt.**

Schon vor Jahren hatten auch Sie die Impfpflicht gefordert, dann aber – wohl nach Gesprächen mit Ihrem Ministervorgänger Gröhe – wieder davon Abstand genommen. **Ihren Amtsvorgänger hatten wir über die Fakten und Wissenslücken informiert, und ihm als Jurist war klar, was diese bedeuteten.**

Die Aktualität des Themas führt nun dazu, dass Sie wieder mit einer Pflicht liebäugeln, wie es die Medien formulieren. Einen starken Anstoß dazu lieferte Prof. Karl Lauterbach. In der WELT vom 20.1.19 wird er wie folgt zitiert:

„**Die Einschätzung von Impfgegnern durch die Weltgesundheitsorganisation teile ich voll und ganz.** Impfgegner setzen auf unverantwortliche Art und Weise die Gesundheit sehr vieler Menschen aufs Spiel. Ich selbst befürworte bei einer so gefährlichen Krankheit wie den Masern eine Impfpflicht."

**Offensichtlich hat er den Originalbericht der WHO – „Ten threats to global health in 2019" – gar nicht gelesen**, sondern nur die dpa-Meldung oder Veröffentlichungen anderer Medien. **Dort wurde fast ausnahmslos eine Attacke gegen Menschen eröffnet, die oft wohlbegründet, beim Impfen zurückhaltend sind.**

**Nur, eines ist klar: die WHO hatte Impfgegner (anti-vaxxer) gar nicht erwähnt!**

Gründe für Zurückhaltung beim Impfen finden Sie primär im Bundesgesundheitsblatt, das u.a. RKI, PEI und BZgA herausgeben, also Bundesinstitute im Verantwortungsbereich Ihres Ministeriums. Das erkennen Sie sofort, wenn Sie die Quellenangaben des Faktenchecks ansehen.

Interessant beim Impfen ist auch, dass die WHO bei der Behandlung von Masernkranken Vitamin A empfiehlt, weil es die Komplikationsrate senkt. **In Deutschland ist das kein empfohlener Standard.**

Die WHO hält es darüber hinaus für unverzichtbar, Säuglinge weltweit mindestens 6 Monate ausschließlich zu stillen.

**In Deutschland gibt es Experten, die das auf 4 Monate beschränken.**

Ist es aus Ihrer Sicht als Gesundheitsminister sinnvoll, bei alkoholischen Getränken ca. 3 Milliarden Euro Steuern jährlich einzunehmen, denen aber ca. 40 Milliarden Krankheitskosten gegenüber stehen – ca. **110 Millionen Euro jeden Tag**? 14.000 bis 74.000 Tote pro Jahr sind die Folge, **das sind 40 bis 200 täglich.**

Wie viel Leid erfahren Kinder (und andere unschuldig Beteiligte) infolge von Unfällen und Gewalt, die unter Alkohol geschehen? Allein 2.000 Kinder kommen jedes Jahr auf die Welt, **also ca. 6 jeden Tag**, die durch ein Glas Wein o.ä., das die Schwangere zum ungünstigen Zeitpunkt trinkt, lebenslang geschädigt werden.

Können Sie als Gesundheitsminister 14 Milliarden Euro Steuereinnahmen für Tabak gut heißen, wenn dies ca. 80 Milliarden Krankheitskosten zur Folge hat – ca. **220 Millionen Euro Tag für Tag**? 110.000 Menschen sterben an den Folgen, **etwa 300 jeden Tag.**

**Darüber sollten Sie mit der Kanzlerin, der Bundesregierung und dem Finanzminister unbedingt reden, meinen Sie nicht?**

Solche und andere Zahlen aus dem „Jahrbuch Sucht" machen uns sehr nachdenklich.

Jeden Tag sterben 8-9 Menschen im Straßenverkehr. **Haben wir uns daran gewöhnt?** Wie viele davon könnten leben, wenn es innerorts Tempo 30 gäbe? Reicht es aus, Autobahnen als sicherste Straßen zu bezeichnen, um freie Fahrt ohne Tempolimit zu rechtfertigen? **Oder sollte man schon konkret erfassen, wie viele Tote und Verletzte wir bereit sind, dafür in Kauf zu nehmen?**

Jedes Jahr sterben in deutschen Krankenhäusern zwischen 10.000 und 40.000 Patientinnen und Patienten wegen Hygienemängel beim Personal, eine wohl zehnfache Zahl erleidet Folgen. Im Ausland hatten Untersuchungen ergeben, wie sich diese Zahl unverzüglich senken ließe. Als eigentliches Problem hatte man aber erkannt, **dass ausreichende Hygiene unterbleibt, weil man wegen Personalmangel dafür zu wenig Zeit hat.** Bei einem kürzlichen Krankenhausaufenthalt habe ich ärztliches und pflegerisches Personal befragt. Deren eigenen Berechnungen ergaben, dass sie pro Tag, je nach Tätigkeit, allein 1-2 Stunden ihrer Arbeitszeit dafür aufbringen müssten, um die Hygienevorgaben zu erfüllen. **Da lässt sich einfach berechnen, wie viel mehr Personal man anstellen müsste, nur um diese Schädigungen der Patientinnen und Patienten zu vermeiden.** Und da hat das dann erweiterte Personal noch keine Minute mehr Zeit für menschenwürdige Pflege und Gespräche.

**Gesetze,** die eine immer stärkere ökonomisch-kommerzielle Ausrichtung der Kliniken zur Folge hatten, **müssen geändert werden, wenn diese, wie hier beschrieben, Menschen gefährden.** Denn diese haben zur Folge, dass Grundrechte wie die Würde der Menschen und deren Recht auf körperliche Unversehrtheit nicht mehr beachtet werden können – und das ist unzulässig.

**Da wäre viel zu tun, oder?**

Wer hätte mehr als Sie die Legitimation und die Verpflichtung, Lösungen und deren Umsetzung anzustreben? Es geht Ihnen, auch beim Impfen, doch um das Wohl der Kinder! **Auch bei allen hier genannten Punkten sagen wir Ihnen unsere Unterstützung zu, nicht nur, um beim Impfen die Fakten zusammenzufassen.**

Zurück nochmals zum Impfen.

In Deutschland wird seit Mitte der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts gegen Masern geimpft. Erst mit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) 2001 werden die Erkrankungszahlen erfasst. Ob die Impfung davor einen positiven Einfluss hatte, und wenn ja, welchen, lässt sich nicht darstellen. Impfen war Glaubenssache. Seit 2003 treten jährliche Schwankungen auf. Und immer dann, wenn die Zahlen in einem Jahr nach oben gehen, kommt die Impfpflicht ins Spiel. Dieses Auf und Ab tritt auf, obwohl seit 2001 die Impfraten für die 2. Impfdosis bei Masern von fast 0 auf ca. 93% gestiegen sind (Daten der jährlichen Schuleingangsuntersuchung).

**Es kann also keine Rede davon sein, wie Sie es behaupten, dass immer mehr Kinder an Masern erkranken würden und wir deshalb eine Impfpflicht bräuchten.**

**Setzen Sie sich bitte dafür ein**, dass spätestens mit dem Antrag der Hersteller auf Entwicklung eines neuen Impfstoffes auch ein **funktionierendes (!)** Erfassungssystem zu Häufigkeit, Schwere und Todesfällen der Zielkrankheit etabliert wird. Damit man wenigstens konkret weiß, was man verhindern will.

Bei Keuchhusten gab es von 1960 bis 2013 trotz Impfung keine Erfassung der Krankheitszahlen, d.h., **man konnte gar nicht konkret belegen, ob die Impfung sinnvoll ist.** Gegen Mumps wurde etwa 35 Jahre geimpft, ehe 2013 eine Meldepflicht begann.

In der ehemaligen DDR gab es zwar bei fast allen Impfungen **eine Impfpflicht. Das heißt jedoch nicht, dass deshalb alle geimpft waren**. Im Gegenteil belegen Daten aus Sachsen-Anhalt, dass nur 60% vollständig gegen Keuchhusten geimpft waren, 20% teilweise und 20% gar nicht.

Die USA führte 1979 die Regelung „no vaccination, no school" ein, was manchen hier bei uns jetzt auch vorschwebt. **Die Folge war, dass die Impfraten um ca. 30% sanken und es etwa 10 Jahre dauerte, bis das frühere Niveau wieder erreicht wurde.**

Seit 2001 gibt es im Infektionsschutzgesetz (IfSG) auch die gesetzliche Meldepflicht für den Verdacht von Impfkomplikationen, die das übliche Ausmaß überschreiten. Bis heute findet man sich bei PEI, RKI und STIKO, und auch bei den Standesvertretungen der Ärzteschaft damit ab, dass wohl höchstens 5% gemeldet werden.

**Das bedeutet, dass 95% ohne Meldung bleiben und daher nicht bewertet werden können. Das bedeutet aber nichts anderes, als dass das Nichtwissen zu Impffolgen 19mal so groß ist, wie das Wissen.**

**Die WHO fordert** aber von allen Ländern, die Impfprogramme durchführen, **ein funktionierendes Meldesystem für mögliche Impffolgen.** Um das zu erreichen, ist es unverzichtbar, die Meldepflichtigen – Angehörige der Ärzteschaft und des Heilpraktikerberufsstandes – zu schulen: damit diesen klar wird, warum es notwendig ist, nach der Zulassung eines Impfstoffes konsequent zu melden. Wie bei jedem Gesetz gibt es auch beim IfSG Konsequenzen bei Nichtbeachten: auch das muss klargestellt werden – bis zu 25.000 Euro Bußgeld sieht das IfSG vor. Der Gesetzgeber hat dies also nicht als Banalität abgehandelt.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass **vor Impfungen umfassend aufgeklärt wird.** Dazu ist es sinnvoll, den Beipackzettel, wie bei jedem anderen Medikament auch, den Eltern oder dem Impfling zur Verfügung zu stellen. Dort heißt es: **„Lesen Sie das sorgfältig durch, bevor Sie oder Ihr Kind geimpft werden. Falls Reaktionen auftreten, die hier beschrieben sind, wenden Sie sich an Ihren Arzt. Ebenso bei Reaktionen, die hier nicht aufgeführt sind"**. Bei Impfstoffen hat sich die Unsitte eingebürgert, den Beipackzettel nicht auszuhändigen. **Das verhindert eine Sensibilisierung dafür, dass Impfungen Nebenwirkungen haben können.**

Die BZgA hat die Aufgabe, die Bevölkerung auch darüber aufzuklären, **dass jeder UAWs melden kann und soll – Ärzte und Heilpraktiker aber müssen! Sonst bleibt das Wissen zur Impfstoffsicherheit Stückwerk, was ein wesentlicher Aspekt für Zögern beim Impfen ist.**

**Bitte setzen Sie sich dafür ein, dass sich das ändert.** Wir hatten schon bei Herrn Gröhe einen Anstoß gegeben, und dazu vorab auch mit Prof. Zepp, Mitglied der STIKO gesprochen, um uns dabei mitwirken zu lassen. Seit 1990 ist auch dem PEI bekannt, dass durch Fortbildung der Ärzteschaft das Meldeverhalten bis zum Faktor 17 verbessert werden kann.

Trotz gesetzlicher Meldepflicht im IfSG seit 2001 hat sich bisher nichts getan.

**Es ist an der Zeit, dass jetzt gehandelt wird. Auch dafür sagen wir unsere Unterstützung zu.**

Ein ähnliches Problem besteht darin, dass manche Ärzte bei geimpften Erkrankten nicht glauben, dass diese daran erkrankt sein können, wovor sie doch dank Impfung geschützt seien, und deshalb nicht melden. Hinzu kommt, dass deren Erkrankung oft nicht mit den typischen Symptomen verläuft und daher gar nicht erkannt wird.

Das führt zu einer Unterschätzung des Risikos bei Ausbrüchen.

Auch darüber ist zu informieren. Das IfSG sieht bei Verstößen nicht nur Bußgeld vor, es droht sogar Gefängnis!

**Wer alle diese Zusammenhänge ignoriert, wird das angestrebte Ziel nie erreichen können**. Oder nur dann, wenn man versucht, einen Teil der Wirklichkeit auszublenden.

Sehr geehrter Herr Minister Spahn,

wie Sie sehen können, gibt es eine ganze Anzahl von Aspekten, über die nachgedacht werden muss – und wo dann auch Handeln gefragt ist.

**Damit Impfungen gerichtsfest und verfassungskonform öffentlich empfohlen werden können, ist es unverzichtbar, die hier beschriebenen Wissenslücken zu schließen. Wenn dann die Fakten für Impfungen sprechen, ist es legitim, diese auch öffentlich zu empfehlen.**

**Dann werden auch Menschen erwägen, diese wahrzunehmen, die jetzt zögern.**

Warum sucht man sich immer wieder als „Feindbild" die wenigen Menschen heraus, die ihre Kinder wegen Bedenken, und, wie Sie hier lesen konnten, durchaus berechtigter, nicht impfen lassen? **Liegt es daran, dass diese Gruppe klein ist und keine Lobbyinteressen dem gegenüberstehen?**

Wer die Entstehung von Menschen- und Grundrechten betrachtet, der **fragt sich, warum man gerade in Deutschland so mit einer Minderheit umgeht.** Unerwünscht, das hatten wir doch schon. Und die Folgen waren übelst.

Unerwünscht ist manchmal schon, wer mehr hat als fast alle anderen. Ein Chromosom zu viel (Trisomie 21 / Down-Syndrom), und das Leben ist schon im Mutterleib in Gefahr. Das Leben von Menschen, die wir bisher gar nicht gefragt haben, wie es sich für sie anfühlt, unerwünscht zu sein. Statt Leben um seiner Selbst willen zu achten. Und zu entdecken, dass diese Menschen Werte mitbringen, an denen es der Gesellschaft mangelt.

Mein eigener Sohn ist 22 Jahre alt, und sein Mehr-Wert – dank einem Mehr an Chromosomen? – ist durchaus wahrzunehmen.

Wegen einiger hundert Masernerkrankungen, **zum Teil noch unter Geimpften**, und einzelnen Todesfällen soll Zwang ausgeübt werden.

**Den Faktencheck will niemand wagen. Fangen Sie damit an!**

In Medien und Parlament müsste statt über eine Impfpflicht täglich etwa über Alkohol, Rauchen, Hygiene und Straßenverkehr diskutiert werden. Denn Schäden und Opfer sind um eine Vielfaches höher.

**Solange man beim Impfen nicht in der Lage ist, Nutzen und Risiko objektiv darzustellen, gibt es keine Grundlage für eine Verpflichtung zur Impfung. Aus unsere Sicht nicht einmal für öffentliche Empfehlungen. Das Bundesverfassungsgericht wird wohl nicht nur eine solche Pflicht kippen, sondern gleich öffentliche Impfempfehlungen mit.**

**Denn beim Impfen abzuwägen, ohne Nutzen und Risiko konkret zu kennen, verstößt gegen Denkgesetze und Logik.**

In Erwartung Ihrer Antwort verbleibe ich mit freundlichen Grüßen

Jürgen Fridrich

**Anlage:**
Quellenverzeichnis und Auszug Berichtsband 4. Nationale Impfkonferenz

**Quellenverzeichnis:**


1. Berichtsband 4. Nationale Impfkonferenz „Impfen schützt alle – Masern-Elimination ist machbar!", Berlin 2015, Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin und Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Brandenburg
1a. Muscat u.a., Eliminierung der Masern aus der Europäischen Region der WHO – Herausforderungen bleiben, Bundesgesundheitsblatt 4/2019, S. 440-49
1b. Machado u.a., Measles outbreak in a tertiary level hospital, Porto, Portugal, 2018: challenges in the post-elimination era, Euro Surveill. 2018, 23(20): pii=18-00224
2. Schwarzbuch Impfen – Anspruch und Wirklichkeit beim Impfen, Fridrich / Böhm, Pirol- Verlag 2015/2016
3. Kurth / Glasmacher, Was ist gute wissenschaftliche Politikberatung? Bundesgesundheitsblatt 4/2008, S.458-66
4. Impffibel, Ehrengut, S.107, Tab. 12, Schattauer 1964
5. STIKO, Änderung der Empfehlung zur Impfung gegen Masern, Epi Bull 32/2010, S. 315-22
6. Schönberger u.a., Epidemiology of Subacute Sclerosing Panencephalitis (SSPE) in Germany from 2003 to 2009: A Risk Estimation, PLOS ONE, July 2013, Vol. 8, Iss. 7, e68909
7. George u.a., Measles outbreak after 12 years without endemic transmission, Portugal, February to May 2017, Euro Surveill. 2017, 22(23), pii=30548
8. Hengel / v.Kries, Editorial Impfen, Bundesgesundheitsblatt 11/2009, S.1069-82

9. Kalies / Siedler, Durchführung von Surveillanceprogrammen zur Überprüfung der Wirksamkeit von Impfprogrammen am Beispiel von Haemophilus influenzae Typ b und Varizellen, Bundesgesundheitsblatt 11/2009, S.1011-18
10. Mentzer u.a., Sicherheit und Verträglichkeit von monovalenten Masern- und kombinierten Masern-, Mumps-, Röteln- und Varizellenimpfstoffen, Bundesgesundheitsblatt 9/2013, S.1253-59
11. Keller-Stanislawski / Hartmann, Auswertung der Meldungen von Verdachtsfällen auf Impfkomplikationen nach dem Infektionsschutzgesetz, Bundesgesundheitsblatt4/2002, S.344-54
12. Adverse Effects of Vaccines, Evidence and Causality, Institute of Medicine (IOM), The National Academies Press 2012
13. WHO, Ten Threats to Global Health in 2019, who.int.emergencies
14. Rieck u.a., Aktuelles aus der KV-Impfsurveillance – Impfquoten ausgewählter Schutzimpfungen in Deutschland, Epi Bull 2018, 1: S.1-14
15. Rosenbrock, Was ist New Public Health? Bundesgesundheitsblatt 8/2001, S.753-62 (er zitiert aus „Die Bedeutung der Medizin, McKeown, Suhrkamp 1982)

# Schreiben an den Deutschen Ethikrat

**Schreiben an den Deutschen Ethikrat 18.2.2019:**

**Öffentliche Anhörung des Deutschen Ethikrates am 21.2.2019: Nationale und Internationale Impfstrategien**

Sehr geehrte Damen und Herren, Mitglieder des Deutschen Ethikrates,

leider ist die Anhörung schon ausgebucht.

Nachfolgend erhalten Sie eine Übersicht wichtiger Aspekte, die bei der Bewertung von Impfungen bedeutsam sind. Diese zu berücksichtigen, ist auch bei einer Stellungnahme zum Thema „Impfen als Pflicht?“ sehr zu empfehlen.

Im Bundesgesundheitsblatt 8/2001, S.753-62, zitiert Prof. Rosenbrock in seinem Beitrag „Was ist New Public Health“ den englischen Prof. für Sozialmedizin, McKeown. Dieser kam zu einer kritischen Bewertung der Bedeutung der Medizin und auch der Impfungen, als er deren langfristigen Einfluss auf Mortalität und Morbidität analysierte:
„Abschied vom Mythos: Der Sieg über die großen europäischen Seuchen war keineswegs primär ein Sieg der Medizin. … Medizinische Forschung und medizinische Dienste sind fehlgeleitet; was die Gesellschaft für das Gesundheitswesen ausgibt, stellt eine entsprechende Fehlinvestition dar, da bei der Mittelverwendung von falschen Annahmen über die Grundlagen menschlicher Gesundheit ausgegangen wird.“

Diesen Aussagen wurde weder widersprochen, noch wurden sie gar widerlegt. McKeown hatte sie schon 1982 veröffentlicht: Die Bedeutung der Medizin (Englisches Original: The role of medicine, 1979).

Im Bundesgesundheitsblatt 11/2009 stellen Hengel/v.Kries (beide damals Mitglieder der STIKO) im Editorial Impfen (S.1003-5) fest, dass der objektive Nachweis der Wirksamkeit und der Nebenwirkungen von Impfprogrammen fehlt, obwohl kritische Wissenschaft und die Bevölkerung, die diese finanziert, darauf einen berechtigten Anspruch haben.

Mentzer u.a. berichteten im Bundesgesundheitsblatt 9/2013 (S.1253-59), dass keine Rückschlüsse auf die Häufigkeit von Impfkomplikationen möglich sind.

Wenn aber beim Impfen weder Wirksamkeit/Nutzen, noch die Risiken objektiv darstellbar sind, wie kann man dann abwägen?

2012 veröffentlichte das US-Wissenschaftsinstitut IOM seine weltweite Auswertung über 158 schwere Impfkomplikationen. Das Ergebnis war, dass in 85% aller Fälle die Datenlage nicht ausreicht, um zu klären, ob ein kausaler Zusammenhang zu Impfungen besteht, oder nicht.

Für die restlichen 15% mit ausreichenden Daten ergab sich, dass in 12% eher die Impfung die Ursache war, und nur in 3%, dass dies eher nicht zutraf.

Daraus ergibt sich zum einen, dass sehr große Wissenslücken zur Sicherheit bestehen: diese sind viel größer, als das Wissen. Und zweitens, dass, wenn genügend Informationen vorliegen, die Daten eher gegen die Impfungen sprechen.

Da ist es bezeichnend, dass zwar schon im Bundesgesundheitsblatt 4/2002 Keller-Stanislawski/Hartmann vom Paul-Ehrlich-Institut (PEI) darauf hinwiesen, **dass höchstens 5% der schwerwiegenden Nebenwirkungen gemeldet werden**.
Das bedeutet, dass 95% ungemeldet bleiben und daher nicht bewertbar sind.
Bis heute sind weder vom PEI, noch von sonst einer öffentlichen Stelle konkrete Maßnahmen vorgestellt worden, wie hier Abhilfe zu schaffen ist. Immerhin besteht seit 2001 im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) eine gesetzliche Meldepflicht für Ärzte und Heilpraktiker, schon den Verdacht einer solchen Reaktion zu melden.

Bereits 1964 hatte Ehrengut in seiner „Impffibel" aufgezeigt, dass der Rückgang der Masernmortalität in allen Industrieländern schon zu fast 100% erfolgt war, ehe es überhaupt eine Masernimpfung gab.
Dieser Rückgang hatte also Gründe, aber mit Sicherheit nichts mit der Impfung zu tun.

Es ist ein Fakt, dass die Immunität nach Masernimpfung geringer ist, als nach Masernerkrankung, und auch nicht langandauernd ist.
Das war in Deutschland schon 1977 beschrieben worden, und bestätigt sich immer wieder, auch ganz aktuell. Länder, wie Portugal, Korea und Israel erleben Masernausbrüche trotz jahrelang sehr hoher Impfraten – und dabei erkranken vollständig Geimpfte.
Und, noch bedenklicher, es erkranken eher junge Säuglinge, ältere Jugendliche und Erwachsene, bei denen mehr Komplikationen auftreten, als früher bei den ca. 5-10jährigen.
Schon 2010 hatte selbst die STIKO darauf verwiesen, dass junge Kinder deshalb an Masern erkranken, weil deren geimpfte Mütter ihnen keinen ausreichenden Nestschutz übertragen können.
Wie will man den Erfolg einer Impfung kontrollieren, wenn man erst jahrzehntelang impft, ehe man die Erkrankungen erfasst?
In Deutschland z.B. erfolgte die Masernimpfung ab ca. 1975, eine Meldepflicht für die Krankheit besteht erst seit 2001 (IfSG).
Gegen Keuchhusten wurde seit den 60er Jahren geimpft, die Krankheit ist jedoch erst seit 2013 meldepflichtig.

Niemand scheint aufzufallen, dass die deutsche Studie zu SSPE nach Masern ergeben hat, dass alle Betroffenen, von denen der Impfstatus bekannt war, geimpft waren.

Abschließend verweise ich Sie auf eine Quelle, die auf der 4. Nationalen Impfkonferenz (Berlin 2015) allen Teilnehmern zur Verfügung gestellt wurde: Das „Schwarzbuch Impfen". Dort finden Sie zahlreiche weitere Informationen und Widersprüchlichkeiten zum Impfen.
Im Berichtsband der Veranstaltung finden Sie auf den Seiten 230 und 232 eine sehr positive Bewertung des Buches, einschließlich Nennung meines Namens und von Libertas & Sanitas e.V., wo ich einer der Vorsitzenden bin.
Berichtsband und Schwarzbuch sind frei im Internet zugänglich.

Grundlagen in der Wissenschaft sind Zweifel und Kritik. Das Grundgesetz gibt den Rahmen vor, wie die Bevölkerung zu informieren ist – von staatlicher Seite und von den Medien.
Dazu gehören Transparenz, Belastbarkeit von Aussagen und Objektivität.

Sie als Mitglieder des Deutschen Ethikrates können diesbezüglich einen wertvollen Beitrag leisten.

Wünsche Ihnen eine guten Verlauf der Anhörung und freue mich auf Ihre Antwort.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Fridrich