LIBERTAS & SANITAS e.V.

Forum für Impfproblematik, Gesundheit und eine bessere Zukunft

IMPFPFLICHT – FAKTEN UND DEMOKRATIE

Sachverständige Stellungnahme zum Referentenentwurf für ein Gesetz zum Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz)
aus dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) des Ministers Jens Spahn

Vorbemerkung:

Wegen der grundsätzlichen Bedeutung dieses Entwurfs und des geplanten Gesetzes für die Grundrechte und die freiheitliche demokratische Grundordnung ist dieses Schreiben u.a.

- an den Bundespräsidenten,
- die Bundeskanzlerin und die Bundesregierung,
- den Bundestagspräsidenten, die Abgeordneten und den Petitionsausschuss des Bundestages,
- die Landesregierungen,
- den Ethikrat und
- die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages

gerichtet.

Aus denselben Gründen erhält auch das **Bundesverfassungsgericht** dieses Schreiben, verbunden mit dem Antrag auf einen Erlass einer einstweiligen Anordnung nach § 32 Bundesverfassungsgerichtsgesetz (BVerfGG).

Denn durch **das Vorgehen des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn, welches, wie nachfolgend dargelegt, die verfassungsmäßige Ordnung gefährdet und die Wirklichkeit ignoriert,** liegt nach § 32 (1) des BVerfGG ein anderer wichtiger Grund vor, der dringend zum gemeinen Wohl vorläufig zu regeln ist.

Warum ist das so?
Weil die Urheber dieses Entwurfs die Mitglieder der Bundesregierung und die Abgeordneten des Bundestages durch falsche Behauptungen irreführen und diese keine Grundlage für eine Abstimmung im Bundestag über eine gesetzliche Impfpflicht werden dürfen.
Durch das Gesetz würde in mehrere Grundrechte eingegriffen werden.

Das Schreiben wird außerdem an zahlreiche Printmedien (einschließlich Online-Kontakt), Radio- und TV-Sender versandt, **damit diese sich wieder ihrer eigentlichen Aufgabe bewusst werden, durch eigene Recherche solche Fehlinformationen aufzudecken.**

Zusammenfassung:

Der Entwurf verstößt gegen die demokratische Grundordnung und ist daher verfassungswidrig.
Durch **falsche Behauptungen** wird für die Bundesregierung und die Abgeordneten des Bundestags der Eindruck erweckt, dass eine Impfpflicht sinnvoll sei.
Sie können so keine kompetente Entscheidung treffen, die Unwägbarkeiten und Wissenslücken berücksichtigt.
Der Entwurf darf daher nicht Grundlage eines Gesetzes werden, das sogar in verschiedene Grundrechte eingreifen würde.

In die Grundrechte (betroffen sind hier insbesondere Art. 1, 2, 3, 5 und 12 GG) **darf nur dann** durch Gesetz **eingegriffen werden**, wenn dieses auf belastbaren Fakten gründet. Da diese fehlen, ist keine Impfpflicht möglich!

Die Behauptung, dass es keine Alternativen zur Impfpflicht gibt, um Impfraten von 95% für beide Masern-Impfdosen zu erreichen, ist falsch.
Mecklenburg-Vorpommern erreicht diese seit 2011, Brandenburg seit 2015 – ohne Impfpflicht.
Das gilt auf europäischer Ebene z.B. auch für Schweden und Portugal.
Hier könnten der Minister und sein Beraterstab durch Gespräche viel lernen.

Im Zusammenhang mit der angestrebten Impfpflicht ist der Begriff „Masernschutzgesetz“ unzutreffend, da diese faktisch auch für Mumps und Röteln umgesetzt werden müsste.
In Deutschland ist aktuell laut PEI kein zugelassener Monoimpfstoff gegen Masern verfügbar. Die Impfung gegen Masern ist daher nur mit einem MMR-Impfstoff (gegen Masern, Mumps und Röteln) möglich.

Es gibt weder steigende Fallzahlen an Masern in Deutschland, noch erkranken immer mehr Kinder.
Eine Meldepflicht für Masern wurde 2001 eingeführt. Seit 2003 treten Schwankungen der Erkrankungszahlen auf niederem Niveau auf (ca. 120 bis 2.500 Fälle p.a.). Der Anteil der Erwachsenen nimmt zu, der der Kinder wird geringer.
Von Januar bis Mai 2019 liegen die Fallzahlen weit unter denen von 2017 und 2015 im selben Zeitraum.

Die Impfskepsis nimmt nicht zu, wie behauptet wird, sondern ab.Von Impfmüdigkeit kann keine Rede sein.
99% aller Eltern halten einen bestmöglichen Schutz ihrer Kinder vor Infektionskrankheiten für wichtig oder sehr wichtig.
98% aller 3-Jährigen haben mindestens eine Masernimpfung erhalten.

Selbst zweimal Geimpfte erkranken in erheblicher Zahl an Masern, ein langanhaltender, gar lebenslanger Impfschutz ist eine Illusion.
Das zeigen u.a. aktuelle Veröffentlichungen der WHO in der April-Ausgabe 2019 des Bundesgesundheitsblattes (Hrsg. u.a. RKI, BZgA und PEI): Fast 22% der 2018 in der WHO-Region Europa an Masern Erkrankten waren 2x geimpft.

Masernausbrüche treten trotz Impfraten von mehr als 2x95% auf.
Betroffen sind z.B. Portugal, Slowakei, Israel und Korea. Damit sind auch Herdenimmunität – neuerdings auch Gemeinschaftsschutz genannt - und die Kontrolle der Masern nur unbewiesene Hypothesen.

Eine Impfpflicht ist, entgegen der Annahme im Referentenentwurf, kein Garant, um Impfraten von 2x95% und mehr zu erreichen, und auch nicht, um die Masern zu eliminieren.
In Europa wird z.B. in Bulgarien, Tschechien, Lettland, Polen und Slowenien trotz Impfpflicht weniger geimpft als in Deutschland (European Centre for Disease Prevention and Control - ECDC Mai 2019).
Kein EU-Land, auch keines mit Impfpflicht, erreicht aktuell (Daten von 2018) das Eliminierungsziel der WHO von unter 1 Masernfall pro 1 Million Einwohner. Selbst Ungarn verfehlt dieses trotz der europaweit höchsten Durchimpfungsrate von 99% für beide Masernimpfungen.

Hohe Impfraten sind nicht gleichbedeutend mit niedrigen Fallzahlen für Masern, und niedrige Impfraten haben nicht automatisch hohe Erkrankungszahlen zur Folge.
Das belegen aktuelle Veröffentlichungen u.a. der WHO und der ECDC.
Monaco und San Marino (WHO-Region Europa) impfen nur ca. 80% (1. u. 2. Dosis) und waren dennoch 2017 und 2018 frei von Masern.
Die Slowakei (mit Impfpflicht) impft mehr als Deutschland, und hat dennoch eine 15 mal so hohe Maserninzidenz (Fälle / 1 Mio. Einwohner im Zeitraum April 2018 bis März 2019).

Zu Impfkomplikationen können keine Häufigkeitsangaben gemacht werden, der objektive Nachweis der Wirksamkeit und eine Evaluierung von Impfprogrammen fehlen.
Dies wird nicht nur in Veröffentlichungen im Bundesgesundheitsblatt beschrieben, sondern diese Wissenslücken waren im Dezember 2017 auch Inhalt einer Antwort des BMG – im Auftrag der Bundesregierung! – auf eine Kleine Anfrage der FDP zur Situation beim Impfen in Deutschland.

Damit fehlt die Grundlage für eine Impfpflicht und die Durchführung von Impfungen. Denn ohne konkrete Kenntnis von Nutzen und Risiken ist eine Abwägung zwischen beiden nicht möglich.

Minister Spahn und das BMG stellen in dem Entwurf Behauptungen auf, die vollständig im Widerspruch zu den wissenschaftlichen Fakten stehen.
Das gilt sogar für die, welche das Robert Koch-Institut (RKI), die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) veröffentlicht haben. Diese stehen im direkten Verantwortungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Daher muss der Entwurf gestoppt werden, denn er verstößt elementar gegen die demokratische Grundordnung Deutschlands.

Ausgangssituation:

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn strebt mit Nachdruck eine Masernimpfpflicht an. **Das ist legal.**

Wie er das tut, verstößt jedoch gegen die verfassungsmäßige Ordnung und ist nicht mit Recht und Gesetz vereinbar.
Nach Art. 1 GG Abs. (3) sind auch Gesetzgebung und vollziehende Gewalt an die Grundrechte gebunden.
Art. 20 GG Abs. (3) bindet die Gesetzgebung an die verfassungsmäßige Ordnung, die vollziehende Gewalt an Gesetz und Recht. Abs. (4) regelt das Recht zum Widerstand, wenn versucht wird, diese Ordnung zu beseitigen und andere Abhilfe nicht möglich ist.
Art. 21 GG bindet in Abs. (1) und (2) die Parteien an demokratische Grundsätze und erklärt Verhalten, das die freiheitlich demokratische Grundordnung beeinträchtigt, für verfassungswidrig.

Minister Spahn verbreitet sowohl in seinem Referentenentwurf, als auch bei seinen Äußerungen in der Öffentlichkeit (z.B. Bild am Sonntag (BamS) und Frankfurter Allgemeine Zeitung (faz.net) vom 5.5.19), oder gegenüber dieser (z.B. Video auf der Internet-Seite des Bundesministeriums für Gesundheit) **nachweislich falsche, irreführende und sinnentstellende Aussagen**.

Die Beweise finden Sie anschließend.
Es ist bisher noch unklar, ob die Mängel im Entwurf ungenügendem Wissen oder Vorsatz geschuldet sind oder ob der Minister von Dritten schlecht beraten wird.

Zumindest ignoriert er eindeutig die Ausführungen seiner Fachleute in den Bundesinstituten Robert Koch-Institut (RKI) mit STIKO (Ständiger Impfkommission) und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) – beide im direkten Verantwortungsbereich des BMG - und **behauptet zum Teil genau das Gegenteil von dem, was dort an auf Fakten gründenden Informationen zur Verfügung steht.**

Der frühere Präsident des RKI, Prof. Kurth, **warnte** zusammen mit seiner Mitarbeiterin, Fr. Glasmacher, in einer Abhandlung zu „Wissenschaftlicher Politikberatung im demokratischen Verfassungsstaat“ bereits 2008 im Bundesgesundheitsblatt **vor einer solchen Situation** (1)**:**
„**Verwerflich ist** natürlich auch **eine bewusst falsche Interpretation** *(von wissenschaftlichen Tatsachen),* **um politische Entscheidungen zu begründen oder Partikularinteressen der Politik zu bedienen.“**

Egal, warum Minister Spahn so handelt - **wie er versucht, eine Impfpflicht durchzusetzen, hat für unsere Demokratie gefährliche Auswirkungen.**
Der Minister schafft damit seine eigene Wirklichkeit, die nicht auf belastbaren Fakten gründet - bemerkenswerterweise wirft er genau dies in seinen Äußerungen anderen vor.
Insbesondere **soll die Bundesregierung über einen solchen, mehr als fragwürdigen Gesetzesentwurf beraten,** und danach würden **die Abgeordneten des Bundestags über diesen abstimmen, für den nachweislich die sachliche Grundlage fehlt.**

Regierung und Abgeordnete werden damit in die Irre geführt, was weder mit unserer verfassungsmäßigen Ordnung noch mit Recht und Gesetz vereinbar ist.

Besonders bedenklich erscheint der ganze Vorgang angesichts der Tatsache, dass **das Gesetz in verschiedene Grundrechte der Menschen eingreift** (u.a. Art. 1, 2, 3, 5 und 12 GG)**.**

Darüber hinaus kommt noch hinzu, dass die Impfexperten – besonders die Wissenschaftler in RKI (mit STIKO), BZgA und PEI – **es versäumen, ihrem Auftrag gerecht zu werden: nämlich deutlich auf die Fehler in den Ausführungen des Ministers Spahn hinzuweisen.**
Bei den Angehörigen in RKI, BZgA und PEI mag das z.T. deren Treue zu ihrem Dienstherrn geschuldet sein. Doch für die Mitglieder der STIKO besteht diese nicht.

Eines steht fest:
Wissenschaft ist frei, aber der Treue zur Verfassung verpflichtet, wie es Art. 5 GG formuliert.

Das bedeutet für Wissenschaftler u.a., alles zu tun, um eine gute wissenschaftliche Politikberatung im demokratischen Verfassungsstaat (1) sicherzustellen.
Dazu gehört es, den **Politikern im Bundestag** auch dadurch zu **ermöglichen, kompetente Entscheidungen zu treffen**, dass diese von den Experten klar auf Unwägbarkeiten und Wissenslücken, sowie auf die Irrtümer des Gesundheitsministers Spahn und des BMG hingewiesen werden.

Grundsatzbetrachtung zum Segen der Impfungen

Bereits 1982 wurde ausführlich darüber berichtet, dass **die Bedeutung der Medizin und insbesondere der Impfungen stark überschätzt wird** (2) (siehe auch später: Rückgang der Todesfälle nach Masern).
Auch die Ausgabe 8/2001 des Bundesgesundheitsblattes – dort wurden die Erkenntnisse von 1982 der Fachöffentlichkeit in Deutschland vorgestellt - informierte über diesen Sachverhalt in sehr deutlichen Worten (3).

In beiden Quellen heißt es:
„Ende vom Mythos - Der Sieg über die großen europäischen Seuchen war keineswegs primär ein Sieg der Medizin."
Und weiter: **„Medizinische Forschung und Dienste sind fehlgeleitet, weil man von falschen Annahmen über die Grundlagen menschlicher Gesundheit ausgeht"**.

Erstaunlich ist nun nicht nur, dass dies im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht wurde, dessen Herausgeber u.a. RKI, BZgA und PEI sind.
Noch bedeutsamer ist, dass **es danach weder Kritik noch gar eine Widerlegung dieser Aussagen gab.**

Aber: Niemand zog daraus erkennbare Konsequenzen.

Der Referentenentwurf und die Fakten:

Nachfolgend werden **den Behauptungen des Gesundheitsministers und des BMG** (und der Medien) **die Fakten gegenübergestellt**, die vorwiegend von den o.g. Bundesinstituten RKI mit STIKO, BZgA und PEI stammen.

Alternativen: Keine
(Referentenentwurf Punkt C und Begründung A.III)

Diese Behauptung ist falsch.
In Deutschland **beweisen 2 Bundesländer, dass Impfraten von 2x95%** (also beide Masernimpfdosen bei jeweils mindestens 95% der Kinder bis zum Schuleintritt zu impfen) **auch ohne Impfpflicht zu erreichen sind**: Mecklenburg-Vorpommern gelingt das seit 2011, Brandenburg seit 2015, wie die jährlichen Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen zeigen (RKI).

Was machen diese anders als die übrigen Bundesländer, was könnten Minister Spahn und sein Beraterstab in Gesprächen von diesen lernen?

Warum erfüllen in Europa z.B. Schweden und Portugal die Zielimpfrate von 2x95% ohne Impfpflicht – weitere Chancen für Kommunikation?

Weitere Alternativen (u.a., ohne Anspruch auf Vollständigkeit):
- Konsequent fachübergreifendes Impfen umsetzen. Kein Kind kommt zu den U-Untersuchungen oder zur Schuleingangsuntersuchung ohne einen Elternteil. Warum werden die Eltern dort nicht geimpft?
- Angemessene Bezahlung für (erhöhten) Beratungsaufwand nicht nur bei skeptischen Eltern; und zwar ergebnisoffen, d.h., auch dann, wenn keine Impfung erfolgt.
- Erinnerungssystem für anstehende oder versäumte Impfungen
- Aufsuchende Impfungen (Kindergarten, Schule, Arbeitsplatz)
- Vertrauen bildende Maßnahmen, z.B. den Beipackzettel frühzeitig zur Verfügung stellen, damit dieser als Grundlage für das Aufklärungsgespräch dienen kann.
- Impfhindernisse als Folge der Widersprüchlichkeit von Experten-Aussagen zu Impfungen klären: Warum empfiehlt die SIKO in Sachsen z.B. die 2. Masernimpfung erst mit 4 Jahren, während die STIKO diese bis zum 2. Geburtstag anstrebt? Warum empfehlen fast alle Länder in Europa diese ebenfalls viel später, als die STIKO, nämlich erst mit 4 bis 12 Jahren? Warum machen das auch alle europäischen Länder mit Impfpflicht so spät?
- Irreführende Aussagen richtigstellen: Werden 25% der jungen Kinder bei uns wirklich zu spät geimpft, weil „nur" etwa 75% die 2. Masernimpfung schon bis zum 2. Geburtstag erhalten? Nein, bei uns sind die Kinder deutlich früher geimpft als fast überall in Europa (und USA): Weil in diesen Ländern überhaupt erst im Alter von 4, 6 oder gar 12 Jahren begonnen wird, die 2. Dosis zu impfen.
- Selbst die WHO empfiehlt für Länder wie Deutschland die 2. Impfung zum Schuleintritt. (4)

Die Verpflichtung nach Satz 1 *(ausreichender Impfschutz oder Immunität gegen Masern muss vorliegen)* **gilt auch, wenn zur Erlangung von Impfschutz gegen Masern ausschließlich Kombinationsimpfstoffe zur Verfügung stehen, die auch Impfstoffkomponenten gegen andere Krankheiten enthalten.**
(Referentenentwurf Artikel 1 Änderung des Infektionsschutzgesetz, § 20 Absatz 8, Satz 2)

Das bedeutet, dass de facto zur Impfpflicht gegen Masern auch die gegen Mumps und Röteln hinzukommen muss.
In der Begründung des Referentenentwurfes heißt es:
„Satz 2 berücksichtigt den Umstand, dass für die Durchführung von Masernimpfungen, die nach Satz 1 erforderlich werden, gegenwärtig ausschließlich Kombinationsimpfstoffe gegen Masern-Mumps-Röteln bzw. gegen Masern-Mumps-Röteln-Windpocken zur Verfügung stehen. Soweit zur Erfüllung der Verpflichtungen aus Satz 1 eine Immunisierung gegen Masern mit diesen Kombinationsimpfstoffen erfolgen muss, steht das der Verpflichtung nach Satz 1 nicht entgegen. Die sich aus den zusätzlichen Kombinationspartnern ergebenden Risiken, auch für Dritte, werden dabei angesichts des erwarteten Nutzens der Masernimpfung in Kauf genommen."
Das PEI listet unter „Impfstoffe gegen Masern" den Monoimpfstoff Merieux mit Zulassung vom 14.3.2013 mit der Information „wird nicht vermarktet" auf.
(Die Vermarktung könnte durch konkreten Auftrag wohl wieder aktiviert werden. Da international Masern-Monoimpfstoffe und Kombinationen mit Röteln eingesetzt werden, wären für diese die Zulassung durch das PEI für Deutschland zu prüfen und zu erteilen. Dies ist vor allem für die Haftung des Staates bei einem möglichen Impfschaden von Bedeutung!)

Das Regelungsvorhaben *(im Rahmen der Masern-Impfpflicht)* zielt auf eine Verringerung der vorzeitigen Sterblichkeit von Männern und Frauen durch Hirnhautentzündungen nach einer Maserninfektion.
(Referentenentwurf Begründung unter VI. Gesetzesfolgen, Punkt 2. Nachhaltigkeitsaspekte)

Eine solche Verringerung ist nicht möglich, weil diese Sterblichkeit gar nicht existiert.

Es ist an der Zeit, die Fakten anzuschauen, und sich von Mythen zu lösen:
Der Rückgang der Todesfälle an Masernerkrankungen erfolgte in allen „Industrieländern" zu fast 100%, **ehe es überhaupt irgendwo auf der Welt eine Masernimpfung gab**.
Diese positive Entwicklung hatte Gründe. **Aber Masern-Impfungen hatten daran sicher keinen Anteil, weil sie noch gar nicht zur Verfügung standen, als der Rückgang sich vollzog.**
Diese Veränderung wurde fälschlicherweise den Impfungen als Segen zugeschrieben.

Dies ist spätestens seit 1964 auch in Deutschland bekannt (5):

Land	Jahr 1901	1906–1910	1921	1923–1929	1941	1958	Rückgang in %
Belgien	30,2		10,4		1,7	0,2	99
Brasilien	22,9		23,0		12,0	5,5	76
Chile						21,6	-
Deutschland		18,3		7,2	(1952–1958)	> 0,3	98
England	27,7		5,9		2,9	0,1	99
Frankreich			4,2		1,4	0,4	90
Indien					(1959)	19,8	-
Italien	17,8		11,9		4,5	0,4	98
Norwegen	4,6		2,8		1,2	0,3	93
Schweden	7,3		3,6		1,1	0,2	97
Schweiz	24,8		4,0		0,4	0,1	99
USA			8,9		0,6	0,2	98

Masernmortalitat (Todesfälle/100.000 Einwohner) verschiedener Länder (nach Benin)
Ehrengut, Impffibel, Schatthauer, 1964, S. 107, Tabelle 12
(Spalte Rückgang in % vergleicht die Raten von 1958 mit denen von 1901, bzw. von 1906-10 für Deutschland bzw. 1921 für Frankreich und USA; ergänzt durch Autoren)
Aus: Fridrich/Böhm, Schwarzbuch Impfen, 2016, S.46

Heute treten hierzulande nur einzelne Todesfälle auf. Dies ist für die betroffenen Menschen und deren Familien tragisch, ändert aber nichts an der Tatsache, dass Todesfälle schon vor Verfügbarkeit der Masern-Impfung in Ländern wie Deutschland zu seltenen Geschehen geworden waren.

So können z.B. Säuglinge frühestens im Alter von 9 Monaten geimpft werden, also erst einige Monate, nachdem ihr *natürlicher* Immunschutz nachgelassen hat.
(Referentenentwurf Begründung B. Besonderer Teil)
Diese Immunitätslücke ist nicht natürlich, sondern Folge der Impfung der Mütter.
Aus USA wurde schon 1995 berichtet: 70% aller Kinder zwischen 9 und 15 Monaten gelten für Masern als empfänglich; in der Vorimpfära waren diese durch ihre Mütter, die selbst Masern hatten, geschützt (6).

Diese Quelle benannte, neben anderen, auch die STIKO schon im Epidemiologischen Bulletin 32/2010 und stellte fest, dass **die hohe Masern-Erkrankungsrate (Inzidenz) bei Säuglingen Folge der Masern-Impfung der Mütter ist**: geimpfte Mütter geben ihren Kindern keinen ausreichenden Nestschutz weiter (7).
Da SSPE als tödlich verlaufende Spätfolge von Masernerkrankungen im Säuglingsalter gilt, **handelt es sich um eine indirekte Spätfolge der Masernimpfprogramme.**

Die deutsche Studie zu SSPE aus dem Jahr 2013 hatte ergeben, **dass alle Betroffenen, von denen der Impfstatus bekannt war (17 von 31), geimpft waren, davon 10 sogar 2x.** (8)
Meist erfolgten die Impfungen nach der Erkrankung.
Auch wenn bei der SSPE stets das Wildvirus nachgewiesen wurde, stellt sich die Frage, ob dies seine schädigende Wirkung nur dann entfalten kann, wenn trotz Masernerkrankung später noch geimpft wird.

Die angestiegenen Fallzahlen lassen sich nur mit einer fortschreitenden Impfmüdigkeit und zunehmenden Impfskepsis erklären (Referentenentwurf A. Problem und Ziel und Begründung A.II. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen)

Es gibt keinen Anstieg der Fallzahlen, sondern **diese schwanken seit 2003 in einem dauernden Auf und Ab** (zwischen min. 123 Fällen im Jahr 2004 und max. 2.464 in 2015), obwohl seitdem die Impfraten, besonders für die 2. Dosis, deutlich gestiegen sind (1x Masern 2002 / 2017: ca. 93/97%; 2x Masern: ca. 31/93%).

Das Jahr 2019 liegt bis einschließlich Woche 17 im Durchschnitt der Fallzahlen seit 2001. **Im Vergleich mit 2017 werden 2019 z.B. bei den unter 5-Jährigen nur 1/3 der Erkrankungszahlen erreicht, mit 2015 sogar nur 1/6 (Daten RKI, SurvStat).**

Hier sei noch angemerkt, dass eine Meldepflicht für Masernerkrankungen in Deutschland erst seit 2001 besteht, obwohl schon seit ca. 1973 dagegen geimpft wurde. Man hielt es fast 30 Jahre nicht für notwendig, zu prüfen, welchen Einfluss die Impfungen auf die Krankheitszahlen hatten.

Die Umfragen der BZgA (Vergleich 2012 und 2014 mit 2016) belegen zudem, dass **die Impfskepsis – im Gegensatz zu Spahns Behauptung – abnimmt, und nur 1% der Eltern es nicht so wichtig finden, dass ihr Kind möglichst gut gegen ansteckende Krankheiten geschützt ist** (9)**. 99% halten das für wichtig oder sehr wichtig.**

Kann man ernsthaft von Impfmüdigkeit reden, wenn die Auswertung der KV-Daten durch das RKI ergibt, dass ca. 98% aller 3-Jährigen mindestens einmal gegen Masern geimpft sind, und 86% schon 2x?

Im Jahr 2018 kam es weltweit zu einer Verdoppelung der Masernfallzahlen. In Deutschland sind neben Kindern auch Jugendliche und Erwachsene von Masernerkrankungen betroffen. Dies zeigt, dass der eigentlich im Kindesalter vorzunehmende Impfschutz immer mehr vernachlässigt wurde.
(Referentenentwurf A. Problem und Ziel)

Was stimmt da?

Es ist richtig, dass es weltweit eine Zunahme gab. **Der Text erweckt jedoch irreführend den Eindruck, dass dies auch für Deutschland gilt.** Die Daten des RKI nennen für 2017 insgesamt 929 Masernfälle, für 2018 dann 543. **Das ist ein Rückgang um über 40%!**

Erkranken immer mehr Kinder?

Die Fakten der RKI-Daten (SurvStat, bis Woche 17) belegen das Gegenteil: Der Anteil der unter 10-Jährigen betrug 2017 ca. 45%, 2019 nur noch ca. 30%.
Der Anteil der Erwachsenen (über 20 J.) mit Masern nimmt zu: 2015 betrug er ca. 35%, 2019 sind es ca. 50%.

Um Masern auszurotten, müssen Impfraten von 2x95% erreicht werden, und um diese Raten (für die 2. Impfdosis) zu erreichen, brauchen wir eine Impfpflicht.
(Referentenentwurf A. Problem und Ziel: Nur so können die von der WHO vorgegebenen Ziele erreicht werden, sowie B. Lösung)

Was zeigt eine Überprüfung solcher Aussagen?

Die Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern (seit 2011) und Brandenburg (seit 2015) **erreichen 2x95% ohne Impfpflicht** (wie die Daten des RKI aus den Schuleingangsuntersuchungen zeigen).

In aktuellen Veröffentlichungen, Bundesgesundheitsblatt April 2019 (10) und „Weekly epidemiological record“ 18/2019 vom 3.5.19 (11), berichtet die WHO über die Masern-Situation in der WHO-Region Europa 2018 und vergleicht diese mit dem Zeitraum 2009 bis 2017.

Während 2009 ca. 28.000 Masernfälle auftraten, bei Impfraten von ca. 93% für 1 und ca. 73% für 2 Dosen, waren es 2018 ca. 82.000 Fälle, bei einer Durchimpfung von 95 bzw. 91%. **Trotz insbesondere bei der 2. Dosis deutlich höherer Impfrate gab es 2018 fast 3x so viele Masernfälle wie 9 Jahre zuvor.**
Zwischen 2009 und 2017 traten max. ca. 32.000 Masern-Erkrankungen auf, 2018 **bei einer Rekord-Impfrate gleichzeitig eine Rekordzahl von Erkrankungen.** Davon betrafen allein ca. 53.000 die Ukraine.

Es zeigte sich, dass von 53 Ländern, die zur WHO-Region Europa gehören (deckt sich nicht mit politisch/geografischer Einteilung), **ganze 15 in den Jahren 2017 und 2018 eine Impfrate von mindestens 2x 95% erreicht haben.**

Von diesen blieben nur 2, nämlich Turkmenistan und Usbekistan, in beiden Jahren frei von Masern (per Definition der WHO: unter 1 Fall pro 1 Mio. Einwohner).

Nur 2 weitere, die mindestens 2x95% erreichen - Schweden und Ungarn – weisen eine geringere Inzidenz (Masernfälle pro Million Einwohner) als Deutschland auf.
Die 11 anderen haben trotz Erreichen der angeblichen Garantiemarke für Masernfreiheit – Impfrate von 2x95% - eine höhere Inzidenz als Deutschland. Diese liegt bis zu 60mal höher!

Das beweist, dass **hohe Impfraten von min. 2x95% einerseits nicht sicherstellen können, dass keine Masern auftreten, was Minister Spahn jedoch glaubt und womit er die Notwendigkeit der Impfpflicht begründet.**

Andererseits zeigen diese Daten auch, dass **hohe Impfraten weder mit wenig Masern einhergehen müssen, noch, dass niedrigere Impfraten gleichbedeutend sind mit viel Masern.**
Monaco ist 2017 und 2018 ohne Masern gewesen, bei Impfraten von nur 87% für die erste und 79% für die zweite Masern-Impfung. San Marino schaffte dasselbe mit 82% bzw. 78%.

Auch die EU-Institution ECDC (etwa vergleichbar mit dem RKI) legt aufschlussreiche Informationen vor (Zeitraum März 2018 bis Februar 2019) (12).

Von 30 Ländern, die gegenübergestellt werden, **erreichen 4 eine Impfrate von min. 2x95%: Ungarn, Portugal, Slowakei und Schweden.**
Dennoch sind Portugal und die Slowakei, letztere trotz Impfpflicht, von großen Masernausbrüchen betroffen.

Kein einziges Land unter den 30 ist masernfrei, d.h. weist eine Inzidenz unter 1/1 Mio. auf.
Auch keines, das die scheinbare Garantiemarke für Masernfreiheit, nämlich eine Impfrate von 2x95% erreicht.

13 der 30 Länder haben eine geringere Inzidenz als Deutschland, **davon 11, obwohl sie weniger impfen.**

Von 8 Ländern mit Impfpflicht (Italien und Frankreich bleiben unberücksichtigt, da sie erst kürzlich die Masern-Impfung verpflichtend fordern) **haben nur 4 eine geringere Inzidenz als Deutschland.**

Es gibt 4 Länder, in denen trotz Impfpflicht weniger geimpft wird als in Deutschland.

D.h., **Impfpflicht garantiert einerseits nicht, dass wir höhere Impfraten als bisher erreichen werden. Auch wenn Minister Spahn das zu glauben scheint.**
In USA sanken die Masern-Impfraten ab 1979 um ca. 30%, als man bestimmte Impfungen verpflichtend für Kindergarten-, Schul- und Universitätsbesuch machte. Es dauerte ca. 10 Jahre, ehe die ursprünglichen Raten wieder erreicht waren (13).
Und andererseits **sind Impfraten von 2x95% oder mehr keine Garantie dafür, dass damit niedrigere Erkrankungszahlen als bisher eintreten, oder sogar eine Kontrolle der Masern gelingt.**

Die Europäische Kommission veröffentlichte 2016 unter dem Projekt ASSET, dass es für Europa keinerlei Beweis dafür gibt, dass Impfpflicht und hohe Impfraten miteinander zusammenhängen (14).
Im Jahr 2018 kam das Sabin Vaccine Institut aus USA für die WHO-Region Europa zum selben Ergebnis: Es gibt keinen besten Weg, um mit gesetzgeberischen Maßnahmen hohe Impfraten zu erreichen (15).

In Deutschland sind neben Kindern auch Jugendliche und Erwachsene von Masern-Erkrankungen betroffen. Dies zeigt, dass der eigentlich im Kindesalter vorzunehmende Impfschutz immer mehr vernachlässigt wurde.
(Referentenentwurf A. Problem und Ziel)

Die Impfraten, die seit über 15 Jahren jährlich bei den Untersuchungen vor Schuleintritt erhoben werden, **belegen genau das Gegenteil**: Impfungen der Kinder wurden, gerade bei Masern, immer mehr in Anspruch genommen.
Die Raten stiegen für die 2. Maserndosis von ca. 20% auf jetzt ca. 93%.
Das bestätigte das BMG selbst auch im „Nationalen Aktionsplan 2015-2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland".

Dass Ältere erkranken, ließe sich höchstens damit erklären, dass früher weniger geimpft wurde (die Impfraten vor 20 Jahren waren ja deshalb niedriger, weil weniger Kinder geimpft wurden; eigentlich doch ganz logisch, oder?).

Andererseits ist bekannt, dass die Immunität nach Impfung weniger stark ist und weniger lang anhaltend, als die nach Masern-Erkrankung. Das bedeutet, dass **mit zunehmendem Abstand zum Impfzeitpunkt immer mehr Geimpfte wieder für Masern empfänglich werden.**
Das könnte die Zunahme der Masern-Erkrankungen bei Erwachsenen erklären.

Zur Prävention stehen gut verträgliche, hochwirksame Impfstoffe zur Verfügung, die eine langfristige Immunität vermitteln. Schutzimpfungen bieten einen vorbeugenden Schutz gegen eine Maserninfektion
(Referentenentwurf A. Problem und Ziel sowie Begründung A.I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen)

Im Bundesgesundheitsblatt April 2019 berichtet die WHO über Masern in Europa im Jahr 2018 (10). **Sie informiert über Masernausbrüche auch in Ländern, die scheinbar die Krankheit kontrollierten, weil sie über einen längeren Zeitraum Impfraten von mehr als 2x95% erreichten.**

In der Tab. 2 gibt die WHO dort eine Übersicht über den Impfstatus der 2018 an Masern Erkrankten:
Es wurden insgesamt 82.596 Fälle erfasst, davon war nur von 62.524 (75,7%) der Impfstatus bekannt.
Unter diesen waren 21,6%, nämlich 13.504, 2x gegen Masern geimpft; weitere 16,2% (10.103) hatten 1 Impfdosis erhalten.
Das heißt: 37,8% der Erkrankten waren geimpft worden.

Interessant ist dann die Altersverteilung **dieser geimpften Fälle**:
- 55 betrafen Kinder <1 J., davon 3 mit 2 Impfungen
- 2.766 waren 1-4 J. alt, davon 55 mit 2 Dosen
- 4.956 waren 5-9 J. alt, davon 2.014 mit 2 Dosen
- 4.696 waren 10-14 J. alt, davon 3.143 mit 2 Dosen
- 4.463 waren 15-19 J. alt, davon 3.572 mit 2 Dosen
- 6.670 waren > 20 J. alt, davon 4.691 mit 2 Dosen

Bei den 10-19-Jährigen waren mehr Geimpfte als nicht Geimpfte erkrankt.

Auf das Problem des Impfversagens auch nach 2-maliger Masernimpfung wies 2018 auch die Nationale Verifizierungskommission Masern / Röteln (NAVKO) hin (16).
Das heißt, von einer langanhaltenden (gar lebenslangen) Immunität kann keine Rede sein.
Über die Verträglichkeit der Impfstoffe folgen Fakten im Rahmen des übernächsten Punktes des Referentenentwurfs.

Sie (gemeint sind z.B. Säuglinge, die altersbedingt, und Menschen, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können) **sind deshalb darauf angewiesen, dass alle Menschen in ihrer Umgebung geimpft sind und sie durch den sogenannten Herdeneffekt geschützt sind. … Das Ziel der Masern-Elimination kann ebenfalls nur mit einer ausreichenden Bevölkerungsimmunität von 95% erreicht werden.**
(Referentenentwurf Begründung B. Besonderer Teil)

Geimpft sein ist nicht gleichzusetzen mit (dauerhaft) immun sein. Um die Bevölkerungsimmunität zu ermitteln, müsste diese über alle Altersgruppen bestimmt werden.
Ausbrüche in Bevölkerungen, die solche hohen Impfraten schon länger erreicht haben, und bei denen sogar (2x) Geimpfte – siehe Auflistung oben - erkranken, zeigen, **dass keine sogenannte Herdenimmunität (Gemeinschaftsschutz) erreicht wird.**

Aktuelle Berichte über Masernausbrüche in Ländern, die schon lange eine Impfrate von > 2x95% erreichen (z.B. Portugal), nennen auch die **Gründe dafür, warum die Kontrolle der Masern nicht gelingt** (17, 18)**:**

- Die Immunität nach Masernimpfung ist schlechter als nach Krankheit, und nicht langanhaltend.
- Erkrankungen Geimpfter verlaufen oft nicht mit (allen) für Masern typischen Symptomen und werden daher häufig (in ca. 40% der Fälle) mit der üblichen Fall-/Krankheitsdefinition nicht erkannt.
- Das bedeutet, dass von einer deutlich höheren Zahl von Geimpften mit Masern-Erkrankungen auszugehen ist, die wiederum andere gefährden können.

- Impfungen erzeugen nur einen ungenügenden Nestschutz und gefährden daher Säuglinge, die noch zu jung für eine Impfung sind.

Bei solchen Ausbrüchen, etwa in Krankenhäusern, sind bis zu 80% der an Masern Erkrankten 2x geimpfte Personen.

Das deckt sich mit früheren Veröffentlichungen aus USA (**Ausbrüche trotz Impfraten von 98%**) und Finnland (**Bei hohem Ansteckungsrisiko schützt die Impfung nicht, es erkranken 7 von 9 Menschen trotz 2facher Impfungen**) (19, 20).
Hinzu kommt noch, dass leicht Erkrankte z.T. keinen Arzt aufsuchen und daher nicht erfasst werden.
Darüber hinaus **neigen Ärzte dazu, bei Geimpften andere Diagnosen zu stellen, weil sie gar nicht glauben, dass diese von Krankheiten betroffen sein können, vor denen sie doch die Impfungen schützen sollen (21).**
Schließlich berichtete das RKI in einer Auswertung über einen Masernausbruch in NRW, **bei dem Ärzte außerhalb des eigentlichen Ausbruchszeitraumes nur ca. 2-10% der Masernfälle meldeten, die sie gegenüber den Krankenkassen abrechneten (22).**

Das Risiko, dass infolge der Impfung schwere Komplikationen auftreten, ist wesentlich geringer als das Risiko, dass bei einer Erkrankung schwere Komplikationen auftreten. Die Schutzimpfung gegen Masern hat im Hinblick auf ihre Wirksamkeit und ihre Verträglichkeit ein günstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis (Referentenentwurf Begründung B. Besonderer Teil)

Das PEI als Sicherheitsbehörde teilt mit, **dass keine Häufigkeitsangaben zu Impfkomplikationen möglich sind (23).**
Daher ist es weder möglich, solche als selten zu bezeichnen – denn selten ist eine Häufigkeitsangabe. Noch ist belegbar, dass Impfkomplikationen seltener als Krankheitskomplikationen sind, da beide nicht konkret bekannt sind.

Zwei Mitglieder der STIKO stellten bereits 2009 im Editorial des Bundesgesundheitsblattes fest, dass **der objektive Nachweis der Wirksamkeit der Impfprogramme und deren Sicherheit nicht vorliegt, obwohl sowohl kritische Wissenschaft wie auch die Gesellschaft, die Impfungen finanziert, darauf einen berechtigten Anspruch hätten** (24).
Im selben Heft ist zu lesen, dass **die Impfprogramme mangels ausreichender Daten nicht evaluiert werden können** (25).

Die STIKO kommentierte 2010 zu den MMR-Impfstoffen:
„Allerdings bezeichneten die Autoren eines Reviews **das Design der 139 untersuchten Studien zur Sicherheit der Impfstoffe im Vergleich zu den festgelegten Kriterien als zumeist inadäquat**. **Vergleichbare Untersuchungen zur Sicherheit des MMR-Impfstoffes bei Erwachsenen liegen nicht vor.“** (26)

In einer Cochrane-Untersuchung zur MMR-Impfung bei Kindern 2012 schlussfolgerten die Autoren **bezüglich der Sicherheit, dass die Ergebnisse aus den Studien größtenteils als ungenügend anzusehen waren.** (27).

2012 veröffentlichte das Institute of Medicine (IOM) Ergebnisse zur weltweiten Datenlage betreffend Impfkomplikationen.
Bei 30 untersuchten möglichen **schwerwiegenden Komplikationen** nach der MMR-Impfung gibt es **bei 23 (über 76%) keine ausreichenden Daten, um die Kausalität von Komplikationen zu klären, bei 5 (fast 17 %) sprechen diese für die Impfung als mögliche Ursache und nur bei 2 (weniger als 7%) dagegen!** (28)

Ein erster Review zur Sicherheit der MMR-Impfstoffe bei Erwachsenen (ab 19 Jahre) wurde 2015 veröffentlicht (29). Die Qualität der Aussagen sah das Autorenteam als beschränkt an, da passive Meldesysteme anfällig für Verzerrungen sind.
Es fehlen Daten zur Zahl der verabreichten Impfungen, sodass **keine Häufigkeitsangaben zu Nebenwirkungen oder eine Risikobewertung möglich sind.**
Es gibt keine ungeimpfte Vergleichsgruppe.
Es ist unmöglich, zu bewerten, ob ein kausaler Zusammenhang zwischen Impfung und Nebenwirkung vorliegt.

Vor Weihnachten 2017 **hatte das BMG im Auftrag der Bundesregierung zu einer Kleinen Anfrage der FDP Stellung genommen** (30).
Darin wird u.a. festgestellt, dass auch bei Masern nur unzureichende Daten zum Erkrankungs- und Impfrisiko vorliegen.

Das bedeutet nun nichts anderes, als dass eine objektive, auf belastbaren Daten gründende Abwägung zwischen beiden – Nutzen und Risiko – nicht möglich ist und daher auch kein für die Impfung günstiges Verhältnis darstellbar ist.

Damit fehlt die Grundlage sowohl für eine Impfpflicht als auch für öffentliche Impfempfehlungen allgemein.

Und die Medien?

Diese haben die Aussagen des Bundesgesundheitsministers unreflektiert aufgegriffen, statt ihrer eigentlichen Aufgabe nachzukommen, diese mittels sorgfältiger Recherche auf ihren Wahrheitsgehalt zu prüfen und für eine ausgewogene Berichterstattung zu sorgen.

Um damit ihrer Verantwortung gegenüber der Öffentlichkeit gerecht zu werden und uneingeschränkte Information ohne Zensur (Art. 5 GG) sicher zu stellen.
Darauf haben sie sich in den Publizistischen Grundsätzen (Pressekodex) selbst verpflichtet; das machen auch die Landespressegesetze und der Rundfunkstaatsvertrag erforderlich.

Fazit

Die wissenschaftliche Grundlage für eine Impfpflicht fehlt.

Eine Abwägung des Für und Wider ist mangels belastbarer Daten nicht möglich.

Der Referentenentwurf enthält falsche, irreführende Behauptungen, auf deren Grundlage die Mitglieder des Bundestages weder objektiv noch kompetent über eine Impfpflicht abstimmen könnten.

Der Entwurf gefährdet die Demokratie in Deutschland, da das Parlament fehlgeleitet wird.

Außerdem versäumt die Wissenschaft, ihrer Verpflichtung der Treue zur Verfassung nach Art. 5 GG gerecht zu werden, weil sie die falschen Behauptungen nicht kritisiert.

Schließlich versagen die Medien, da sie mangels eigener Recherche diese Mängel nicht entdeckt haben und deshalb auch nicht öffentlich machen können.

Die Sachlage schließt eigentlich auch jede öffentliche Impfempfehlung aus, da sowohl die Gesellschaft als auch die impfende Ärzteschaft bei dieser davon ausgeht, dass eine Nutzen-Risiko-Abwägung stattgefunden hat und objektiv für Impfungen spricht.
Eine solche ist jedoch, wie oben dargestellt, mangels belastbarer Daten gar nicht möglich.

Nachbetrachtung

Da der Referentenentwurf eine Impfpflicht für Impfungen gegen Masern zum Ziel hat, **wäre deren Folge die Einschränkung von Grundrechten**.
Wegen dieser grundsätzlichen Bedeutung werden nachfolgend noch einige weitere Aspekte beleuchtet.

Dabei steht die Erkenntnis im Mittelpunkt, dass eine **Abwägung zwischen Nutzen und Risiken beim Impfen unzweifelhaft die konkrete Kenntnis dieses Nutzens und Risikos voraussetzt.**
Da diese Kenntnis - wie zuvor ausführlich dargelegt wurde -fehlt, ist daher **keinerlei konkrete Abwägung möglich**.

Auch in internationalen Vereinbarungen, verschiedenen Beschlüssen des Bundesgerichtshofs (BGH) sowie in einem Kommentar zum Infektionsschutzgesetz (IfSG) wird auf das Impfen konkret abgehoben.

Dabei **geht man jedoch mangels Kenntnis irrtümlich davon aus, dass eine solche Abwägung**, wie oben beschrieben, **erfolgt sei und für Impfungen spräche.**

Beispielhaft seien hier genannt:
Vereinte Nationen (UN-Sondertagung über Kinder, 8.-10.5.2002 in New York zu Impfungen und Impfstoffen):
Jedes Kind hat ein Recht auf Impfung gegen verhütbare Krankheiten. Die Routineimpfung von Kindern ist notwendig, um das Recht der Kinder auf Gesundheit zu gewährleisten. (UN-Kinderrechtskonvention)
Ein solches Recht wäre nur dann zu begründen, wenn beim Impfen eine Abwägung möglich wäre und für die Impfung der Kinder spräche – was aber nicht der Fall ist. Erst dann ließe sich prüfen, ob damit deren Gesundheit zu gewährleisten wäre.

33. UNESCO-Generalkonferenz: Allgemeine Erklärung über Bioethik und Menschenrechte (19.10.2005 in Paris):

Artikel 2 – Ziele
Ziele dieser Erklärung sind *(u.a.),*
a) einen allgemeinen Rahmen von Grundsätzen und Verfahren **als Richtschnur für die Staaten bei der Formulierung ihrer Rechtsvorschriften, ihrer Politik** oder anderer Instrumente im Bereich der Bioethik bereitzustellen;

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.

c) die Achtung der Menschenwürde zu fördern und die **Menschenrechte zu schützen, indem die Achtung des menschlichen Lebens und der Grundfreiheiten im Einklang mit den internationalen Menschenrechtsnormen sichergestellt wird;**
d) die Bedeutung der Freiheit wissenschaftlicher Forschung und den Nutzen anzuerkennen, der aus wissenschaftlichen und technischen Entwicklungen erwächst, wobei auf die Notwendigkeit hingewiesen wird, **dass diese Forschung und Entwicklungen innerhalb des Rahmens der in dieser Erklärung niedergelegten ethischen Grundsätze stattfindet und dass sie die Menschenwürde, die Menschenrechte und die Grundfreiheiten achten; …**
Artikel 3 – Menschenwürde und Menschenrechte
(2) **Die Interessen und das Wohl des Einzelnen sollen Vorrang vor dem alleinigen Interesse der Wissenschaft oder der Gesellschaft haben**.
Artikel 4 – Nutzen und Schaden
Durch die Anwendung und die Fortentwicklung wissenschaftlicher Erkenntnisse, der medizinischen Praxis und diesbezüglicher Technologien soll der unmittelbare und der mittelbare Nutzen für Patienten, Probanden und andere betroffene Einzelpersonen maximiert **und ein etwaiger Schaden für solche Einzelpersonen minimiert werden**.
Artikel 5 – Selbstbestimmung und Verantwortung des Einzelnen
Die Freiheit einer Person, selbständig eine Entscheidung zu treffen, für die sie die Verantwortung trägt und bei der sie die Entscheidungsfreiheit anderer achtet, ist zu achten. Für Personen, die nicht in der Lage sind, frei und selbständig zu entscheiden, sind besondere Maßnahmen zum Schutz ihrer Rechte und Interessen zu ergreifen.
Artikel 6 – Einwilligung
Jede präventive, diagnostische und therapeutische **medizinische Intervention hat nur mit vorheriger, freier und nach Aufklärung erteilter Einwilligung der betroffenen Person auf der Grundlage angemessener Informationen zu erfolgen.**
Artikel 11 – Nichtdiskriminierung und Nichtstigmatisierung
Einzelpersonen oder Gruppen sollen **aus keinem Grund** unter Verletzung der Menschenwürde, der Menschenrechte oder der Grundfreiheiten **diskriminiert oder stigmatisiert werden**.

Diese Ausführungen stellen hohe Anforderungen an medizinische Eingriffe und schließen eine Impfpflicht aus. Selbst für öffentlich empfohlenen Impfungen fehlt damit die Grundlage, da eine objektive, konkrete Abwägung zwischen deren Vor- und Nachteilen auch bei diesen mangels belastbarer Daten nicht möglich ist.

BGH-Beschluss XII ZB 157/16 vom 3. Mai 2017:

> Randziffer 9: Gleichwohl sei die Einholung eines Sachverständigengutachtens nicht erforderlich, weil von den Empfehlungen der STIKO auszugehen sei. **Diese würden nach dem Stand der Wissenschaft entwickelt und fortgeschrieben.** … **Dabei habe durch die Gesundheitsbehörden eine Abwägung** zwischen den Risiken der Impfungen für den Einzelnen und seine Umgebung auf der einen und den der Allgemeinheit und dem Einzelnen drohenden Gefahren auf der anderen Seite **bereits stattgefunden**.
> Randziffer 22: Hierbei handelt es sich um eine im Rechtsbeschwerdeverfahren nur eingeschränkt überprüfbare tatrichterliche Feststellung. Als solche ist sie vom Rechtsbeschwerdegericht **nur zu beanstanden, wenn sie gegen Denkgesetze oder Erfahrungssätze verstößt** oder auf einem Verfahrensfehler beruht.
> Randziffer 25: **Die Impfempfehlung der STIKO ist in der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs als medizinischer Standard anerkannt worden.** Daran nimmt die den Empfehlungen zugrunde liegende Einschätzung teil, **dass der Nutzen der jeweils empfohlenen Impfung das Impfrisiko überwiegt**.

*Der BGH verstößt, ohne sich dessen offenbar bewusst zu sein, gegen seine eigenen Vorgaben, **dass Entscheidungen nicht gegen Denkgesetze verstoßen dürfen**. Denn auch die STIKO kann mangels belastbarer Daten nicht abwägen, Stand der Wissenschaft kann zudem nur sein, was einer Überprüfung standhält. Eine solche ist nicht möglich, da weder Nutzen noch Risiko konkret beschreibbar sind.*

BGH-Beschluss VI ZR 48/99 vom 15.2.2000:

> Der Senat hält daher daran fest, dass **grundsätzlich auch über derartige äußerst seltene Risiken aufzuklären ist**. … Das ändert aber nichts daran, dass **die Impfung gleichwohl freiwillig ist und sich der einzelne Impfling daher auch dagegen entscheiden kann**. … Überdies ist zu beachten, dass **die Empfehlung der STIKO** nach den Feststellungen des sachverständig beratenen Berufungsgerichts **medizinischer Standard ist**.

Da Risiken – und auch der Nutzen – nicht konkret darstellbar sind, wäre darüber aufzuklären. Empfehlungen setzen die Möglichkeit der Abwägung voraus. Da diese nicht gegeben ist, fehlt die Grundlage für die Empfehlung der STIKO und kann diese auch kein medizinischer Standard sein.

Erdle, Infektionsschutzgesetz, Kommentar zu § 20 IfSG, ecomed 2005:

> 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 medizinischen 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.**

Diese Ausführungen machen deutlich, dass für öffentlich empfohlene Impfungen nur dann eine Grundlage bestehen würde, wenn durch **Schließen der Wissenslücken zu Nutzen und Risiken,** die bisher nicht mögliche Abwägung durchführbar wäre und eindeutig für Impfungen spräche.

Ohne diese Möglichkeit der Abwägung vor einer Impfung liegt in deren Durchführung nicht nur ein eindeutiger Verstoß gegen Menschen- und Grundrechte vor, sondern Impfungen stellen auch eine strafbare Handlung dar, die zu ahnden ist.

Daher bleibt als Lösung nur das Aussetzen der Impfungen, bis durch belastbare Daten eine Abwägung möglich wird und für Impfungen spricht.

Quellen

1. Kurth/Glasmacher, Was ist gute wissenschaftliche Politikberatung? Bundesgesundheitsblatt 4/2008, S.458-66
2. McKeown, Die Bedeutung der Medizin, Suhrkamp 1982
3. Rosenbrock, Was ist New Public Health? Bundesgesundheitsblatt 8/2001, S.753-62
4. WHO, Measles vaccines: WHO position paper – April 2017, weekly epidemiological record 2017, no 17: 205-28
5. Ehrengut, Impffibel, S.107, Tab. 12, Schatthauer 1964
6. Maldonado u.a., Early loss of passive measles antibody in infants of mothers with vaccine-induced immunity, Pediatrics 1995; 96:447-50
7. STIKO: Änderung der Empfehlung zur Impfung gegen Masern, Epidemiologisches Bulletin 32/2010, S.315-22
8. 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
9. BZgA-Forschungsbericht: Infektionsschutz, September 2017, S.136
10. Muscat et al., Eliminierung der Masern aus der Europäischen Region der WHO – Herausforderungen bleiben, Bundesgesundheitsblatt 4/2019, S.440-9
11. WHO: Progress towards measles elimination in the WHO European Region, 2009-2018, Weekly epidemiological record, No. 18, 2019, 94, 213-24
12. ECDC Surveillance Report: Monthly measles and rubella monitoring report – April 2019
13. Strebel et al., Measles vaccines, Vaccines 6th Edition, 2013, 352-387
14. European Commission, ASSET 2016: Compulsory vaccination and rates of coverage immunisation in Europe
15. Sabin Vaccine Institute, 2018: Legislative Approaches to Immunization Across the European Region
16. NAVKO 2018: Zusammenfassender Bericht der Nationalen Verifizierungskommission Masern / Röteln zum Sachstand der Elimination in Deutschland 2017 (Stand 14.9.2018)
17. Sa Machado et al., Measles outbreak in a tertiary level hospital, Porto, Portugal, 2018: challenges in the post-elimination era, Euro Surveill. 2018, 23(20), 18-00224
18. 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
19. Davis et al., A Persistent Outbreak Of Measles Despite Appropriate Prevention And Control Measures, Am J Epidemiol 1987, 126: 438-49
20. Paunio et al., Explosive School-based Measles Outbreak, Am J Epidemiol 1998; 148: 1103-10
21. RKI, 2005, Pertussis: Management eines Ausbruchs an einer Grundschule, Epidemiologisches Bulletin 6/2005, S.43-6
22. Mette u.a., Untererfassung von Masern, Deutsches Ärzteblatt 2011, 108(12): 191-6
23. Mentzer u.a., Sicherheit und Verträglichkeit von monovalenten Masern- und kombinierten Masern-, Mumps-, Röteln- und Varizellen-Impfstoffen, Bundesgesundheitsblatt 7/2013, S.1253-9
24. Hengel/v.Kries, Editorial Impfen, Bundesgesundheitsblatt 11/2009, S.1003-5
25. Kalies/Siedler, Durchführung von Surveillanceprogrammen zur Überprüfung von Impfprogrammen am Beispiel von Haemophilus influenzae Typ b und Varizellen, Bundesgesundheitsblatt 11/2009, S.1011-8
26. Mitteilung der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI): Änderung der Empfehlung zur Impfung gegen Masern, Epidemiologisches Bulletin 32/2010, S. 316-22
27. Demicheli et al., Vaccines for measles, mumps and rubella in children, Cochrane Database Syst Rev 2012 Feb 15;2:CD004407
28. Institute of Medicine IOM, Adverse Effects of Vaccines – Evidence and Causality, National Academies Press 2012, S.103-237
29. Sukumaran et al., Adverse Events Following Measles, Mumps, and Rubella Vaccine in Adults Reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), 2003-2013, Clinical Infectious Diseases 2015; 60(10) e58-65
30. Bundesregierung, Bundestag-Drucksache 19/320 (22.12.2007) als Antwort auf die Kleine Anfrage (Drucksache 19/179) der FDP zum Sachstand bei Impfungen (Zeitraum 2007-2017) in Deutschland