

Anlage zum Schreiben
an den Bundespräsidenten
vom 15.12.2019

**Übersicht der falschen, sinnenstehenden und irreführenden Behauptungen im
Gesetzentwurf der Bundesregierung - „Masernschutzgesetz“ -, durch die die
Abgeordneten des Deutschen Bundestages, die Mitglieder des Bundesrates und die
Öffentlichkeit getäuscht werden.**

**Das vom Deutschen Bundestag beschlossene Gesetz ist aus den nachfolgenden Gründen
verfassungswidrig zustande gekommen,**

1. weil die Abgeordneten des Deutschen Bundestages, die Mitglieder des Bundesrates und die gesamte Bevölkerung durch falsche und irreführende Behauptungen getäuscht werden.

In Kenntnis der hier dargestellten Fakten würden sie sicher anders abstimmen. Auch Haltung in der Bevölkerung bei Umfragen zur Impfpflicht wäre ablehnend.

2. weil zahlreiche verfassungswidrige Inhalte vorliegen und das Ziel der Eliminierung nach der Definition der WHO wegen fehlendem hochwertigem Erfassungssystem nicht mit diesem Gesetz möglich ist.

Behauptung 1: Es gibt keine gleich wirksamen Alternativen.

Diese Aussage ist falsch und täuscht damit die Abgeordneten.

Fakt ist: in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg werden die angestrebten Impfraten von 2x95% schon mehrere Jahre erreicht – **ohne Impfpflicht** (Daten RKI).

Das gilt auf europäischer Ebene **auch für Schweden und Portugal** (ECDC, 2).

Die Bundesregierung versäumt es, die in diesen Ländern vorliegenden Erfahrungen heranzuziehen.

Die von ihr selbst - neben der Impfpflicht - geplanten Maßnahmen (u.a. regelmäßige und umfassende Aufklärung, Impfung fachübergreifend durch jeden Arzt) würden in Verbindung mit den Aktivitäten der o.g. Länder – die im Gespräch zu erfahren wären - einen einfachen Weg eröffnen, das angestrebte Ziel der Impfraten von 2x95% ohne Impfpflicht erreichen zu können, also weniger eingreifend.

Zu beachten ist dabei, dass diese Impfraten nicht Bestandteil der WHO-Definition „Eliminierung“ sind und es zahlreiche Länder in deren Region Europa gibt, die trotz höherer Impfraten als in Deutschland eine höhere Masern-Inzidenz (Fälle pro 1 Mio. Einwohner) aufweisen. Ebenso erreichen mehrere Länder trotz niedrigerer Impfraten eine geringere Inzidenz.

Weitere Alternativen sind u.a.:

- Angemessene Bezahlung des ergebnisoffenen ärztlichen Beratungsgesprächs mit den

Eltern, also auch dann, wenn anschließend keine Impfung erfolgt.

- Aufsuchende Impfungen (Kindergarten, Schule, Arbeitsplatz)
- Vertrauensbildende Maßnahmen (Beipackzettel frühzeitig aushändigen)
- Widersprüche unter Experten sachorientiert und partnerschaftlich klären (z.B. WHO, STIKO, SIKO)
- deutlich bessere personelle und finanzielle Ausstattung des ÖGD

Zu bedenken ist, dass bundesweit bei der Impfquote zur 2. Impfdosis im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung nur 2 Prozentpunkte fehlen, um von jetzt 93% auf die erwünschten 95% zu kommen. Auch daher erscheint eine Impfpflicht nicht angemessen.

Bezüglich der Diskussion um Impfquoten, die gerade durch den Barmer-Arzneimittelreport 2019 angefangen wurde, erfolgen bei Behauptung 14 einige kurze Anmerkungen, weil Minister Spahn und Ministerin Giffey sich durch den Report in ihrer Meinung bestätigt sehen.

Behauptung 2: 2018 gab es weltweit eine Verdoppelung der Masernfallzahlen.

Diese Aussage ist irreführend und täuscht die Abgeordneten.

Fakt ist: Es fehlt der Hinweis, dass in Deutschland ein Rückgang um über 40%, von 929 Fällen in 2017 auf 543 Fälle in 2018 **eintrat** (Daten RKI SurvStat). Ohne diese Information wird der falsche Eindruck erweckt, als ob es auch bei uns eine starke Zunahme gegeben hätte.

Behauptung 3: In Deutschland sind neben Kindern auch Jugendliche und Erwachsene von Masernerkrankungen betroffen. Das zeigt, dass die eigentlich im Kindesalter vorzunehmende Impfung vernachlässigt wurde.

Diese Aussage führt die Abgeordneten in die Irre.

Fakt ist: Die aktuellen Veröffentlichungen der WHO zeigen, dass Masern außerhalb des Kindesalters nicht nur für Deutschland spezifisch sind (3, 4).

Von Vernachlässigung der Impfung kann heute - wie die Fakten zeigen - keine Rede sein:

Es sind ca. 97% der Kinder bei der Schuleingangsuntersuchung einmal und ca. 93% zweimal gegen Masern geimpft. Vor ca. 20 Jahren war fast keines zweimal geimpft (RKI).

Erkrankungen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen trotz Impfung sind auch damit zu erklären, **dass die Impfwirkung** mit zunehmendem zeitlichem Abstand zum Impfzeitpunkt - im Gegensatz zur Immunität nach Masern - **nachlässt**. Auch dies bestätigen u.a. die Daten der WHO eindrucksvoll.

Behauptung 4: Die sogenannte subakut sklerosierende Panenzephalitis (SSPE) ist eine stets tödlich verlaufende Gehirnerkrankung, die als Spätfolge einer Maserninfektion im frühen Lebensalter auftreten kann.

Diese Behauptung ist irreführend.

Fakt ist: Die Ständige Impfkommission (STIKO) stellte schon 2010 fest, dass die häufigen

Masernerkrankungen von Säuglingen eine Folge der Masern-Impfungen sind, die deren Müttern erhielten. Diese stellen ihren Kinder nur einen ungenügenden Nestschutz zur Verfügung (5). Dies ist eine Spätfolge der Impfung und als solche seit mindestens 40 Jahren bekannt!

Fakt ist: Unerwähnt lässt die Bundesregierung auch die Ergebnisse der deutschen SSPE-Studie von 2013: alle Betroffenen, von denen der Impfstatus bekannt war (17 von 31), waren gegen Masern geimpft, 10 davon sogar 2x (6).

Behauptung 5: So sollen zum Beispiel Säuglinge in der Regel frühestens im Alter von 9 Monaten geimpft werden, also erst einige Monate, nachdem ihr gegebenenfalls durch die Mutter erlangter Immunschutz nachgelassen hat.

Diese Behauptung ist irreführend.

Fakt ist: Es fehlt der Hinweis darauf, **dass früher solche Kinder durch den Nestschutz ihrer Mütter, die selbst Masern durchlebt hatten, geschützt waren** (5). Das heutige Problem geringer Immunität bei Säuglingen ist eine indirekte Impffolge der Impfung der Mütter in deren Kindheit, das erst eine Generation später auftritt. Soviel diesbezüglich zu Nachhaltigkeit von gut gemeinten Impfprogrammen.

Behauptung 6: Nachhaltigkeit - Das Regelungsvorhaben zielt auf eine Verringerung der vorzeitigen Sterblichkeit von Männern und Frauen insbesondere durch Hirnhautentzündungen nach einer Maserninfektion.

Diese Behauptung ist falsch.

Fakt ist: Da es eine solche Sterblichkeit überhaupt nicht gibt und Masern Todesfälle in Deutschland (und vergleichbaren Ländern) tragische Einzelschicksale sind, kann das Masernschutzgesetz diesbezüglich auch keine Wirkung erzielen.

Tatsache ist und seit 1964 in Deutschland bekannt, dass der Rückgang der Todesrate wegen Masern in Deutschland und vergleichbaren Ländern schon zu fast 100% erfolgt war, ehe überhaupt irgendwo auf der Welt gegen Masern geimpft wurde (7).

Der Mythos vom Segen der Masern-Impfung muss diesbezüglich endlich beendet werden: an dieser Entwicklung hatte die Impfung keinerlei Anteil, weil es sie noch gar nicht gab.

Behauptung 7: Impfsurveillance, um die Inanspruchnahme von Schutzimpfungen und das Auftreten von Impfeffekten zu überwachen und den Nutzen und die Wirksamkeit von Maßnahmen und Impfprogrammen bewerten zu können.

Eine begrüßenswerte Maßnahme, da **bis heute immer noch der objektive Nachweis von Wirksamkeit und Nebenwirkungen für die Impfungen fehlt**, wie 2009 von zwei Mitgliedern der STIKO festgestellt wurde (8).

Allerdings wird im Entwurf versäumt, die notwendige Bewertung von Impfkomplicationen (UAW) – der Nebenwirkungen - als Teil der KV-Impfsurveillance durch das RKI vorzusehen.

Daher ist eine Impfpflicht verfassungswidrig, **weil das Risiko der Impfung gar nicht mit belastbaren Daten beschrieben werden kann**: ohne diese ist keine Abwägung möglich – ein mathematischer Bruch ist dann nicht lösbar! Jeder Versuch, ihn doch zu lösen, wäre ein Verstoß gegen Denkgesetze und Logik.

Dass die Überwachung der Impfstoffsicherheit nicht im Gesetzentwurf vorgesehen ist, ist deshalb besonders fatal, da spätestens seit 2002 bekannt ist, dass nur 5% der schweren UAW gemeldet werden (9). Was bedeutet, dass 95% nicht gemeldet werden und daher auch nicht bewertet werden können. Die Wissenslücken sind somit um ein Vielfaches größer (19mal so groß) als das Wissen.

Warum wird fast 20 Jahre nach Inkrafttreten des IfSG immer noch versäumt, die Wissenslücken endlich zu schließen: durch konsequente Fortbildung der Ärzteschaft und der Anhängerschaft alternativer Therapien über Sinn und Notwendigkeit des Meldens von UAW?!

Bei den bewertbaren schweren Impffolgen ist es in mehr als 76% der Fälle nach Masern-Impfung weltweit mangels belastbarer Daten nicht möglich, eine Kausalität zu bestätigen oder auszuschließen (10). Bei weiteren 17 % sprechen die Daten für die Impfung als Ursache und nur bei weniger als 7% dagegen.

Auch die Antwort des BMG namens der Bundesregierung auf eine Anfrage der FDP zum Impfen im Dezember 2017 bestätigte, dass sowohl zu Krankheits- als auch zu Impfkomplicationen Wissensdefizite bestehen (11).

Solche Wissenslücken zu schließen und damit für belastbare Daten zu sorgen, wäre eine wichtige, unverzichtbare Maßnahme, die ein Gesetz enthalten müsste.

Damit fehlt weiterhin jegliche Grundlage für eine auf belastbaren, nachvollziehbaren Daten fußende Möglichkeit der Abwägung beim Impfen, was für eine Impfpflicht ebenfalls unverzichtbare Voraussetzung wäre. Und zwar gleichgültig, ob es um die Impfpflicht für Kinder oder bestimmte Berufsgruppen geht.

Daher wäre die geplante Impfpflicht verfassungswidrig, weil sie den falschen Eindruck erweckt, dass eine Abwägung stattfinden könnte, erfolgt ist und diese für die Impfung spricht.

Dem geplanten Ziel der WHO folgend, die Masern regional zu eliminieren, damit sie schließlich weltweit eradiziert werden können, liegen dem Gesetzesentwurf u. a. die nachfolgenden Hypothesen (Behauptungen 8-10) des WHO-Zieles zugrunde.

Diese sind jedoch, wie die aktuellen Veröffentlichungen der WHO (April und Mai 2019) und der ECDC (Juli 2019) beweisen, nicht mit der Wirklichkeit zu vereinbaren (2, 3, 4) – auch wenn das dort noch niemand wahrhaben will.

Das bedeutet, dass die Kriterien der WHO nicht mehr haltbar sind: wenn eine Hypothese im Widerspruch zu den Fakten steht, muss die Hypothese aufgegeben und an den Tatsachen festgehalten werden.

Behauptung 8: Zweimal gegen Masern Geimpfte haben einen langanhaltenden (Gesetzesentwurf), gar lebenslangen (Hintergrund BMG 17.7.) Schutz vor der Krankheit.

Diese Behauptung ist falsch und täuscht damit die Abgeordneten.

Fakt ist: Selbst zweimal gegen Masern Geimpfte erkranken in erheblicher Zahl an Masern, **ein langanhaltender, gar lebenslanger Impfschutz**, von dem die Bundesregierung in ihrem Gesetzentwurf ausgeht, **ist eine Illusion.**

Im Jahr 2018 waren fast 22% der in der WHO-Region Europa an Masern Erkrankten 2-mal geimpft, wie auch **aktuelle Veröffentlichungen der WHO** u.a. im Bundesgesundheitsblatt (April 2019; Hrsg. u.a. RKI, PEI und BZgA im Verantwortungsbereich von Minister Spahn) belegen (3, 4).

Viele Erkrankungen Geimpfter werden nicht erkannt, weil diese nicht alle typischen Symptome aufweisen (12). **Sie sind dennoch ansteckend. Dieser Sachverhalt suggeriert eine Schutzwirkung der Masernimpfung, die offensichtlich gar nicht besteht.**

Bereits 1999 **wurde diesbezüglich aus Finnland**, einem Vorzeigeland (nicht nur) bei der Impfung gegen Masern, **ehrlich berichtet (13):**

Bei hohem Ansteckungsrisiko schützt die Impfung überhaupt nicht – 7 von 9 zweimal Geimpfte erkranken dennoch an Masern, wenn sie das Schlafzimmer mit einer an Masern erkrankten Person teilen, und noch jeder 2., wenn er dasselbe Haus bewohnt.

Behauptung 9: Impfraten von 2x95% verhindern Masernausbrüche, weil dann eine Herdenimmunität (Gemeinschaftsschutz) erreicht wird .

Diese Behauptung ist falsch und täuscht die Abgeordneten über den wahren Sachverhalt.

Fakt ist: Aktuelle (WHO, 3, 4) und frühere Berichte (14) in der Fachliteratur **belegen das Gegenteil.**

Ausbrüche treten auch in Ländern (z. B. Portugal, Slowakei) auf, die solche Impfraten schon länger erreichen – trotz Impfraten von bis zu 98%. Und dabei waren z.T. nur Geimpfte an Masern erkrankt.

Behauptung 10: Hohe Impfraten (von 2x95% und mehr) haben weniger Masern zur Folge und sichern deren Eliminierung (weniger als 1 Fall pro 1 Mio. Einwohner) .

Diese Behauptung ist falsch und täuscht die Abgeordneten.

Fakt ist: Die Daten von ECDC und WHO - also **die nüchternen Zahlen - zeigen auch hier, dass diese Folgerung falsch ist (2, 3, 4).** Es gibt Länder, die deutlich weniger impfen als gefordert und dennoch kaum Masern kennen: Monaco und San Marino erreichten 2017 und 2018 **Masernfreiheit mit Impfraten von nur ca. 2x80%**. Und es gibt solche, die trotz hoher Impfraten – sogar mit Impfpflicht - eine (erheblich) höhere Maserninzidenz (Erkrankungen pro 1 Mio. Einwohner) aufweisen als Deutschland: **In der Slowakei liegt - mit Impfpflicht und höheren Impfraten als bei uns - die Inzidenz ca. 20mal so hoch (2).**

In Finnland, Dänemark, Norwegen und den Niederlanden ist die **Inzidenz trotz geringerer Impfraten nur etwa halb so hoch wie in Deutschland (2).**

Das lässt wissenschaftlich einen Schluss zu: Hohe Impfraten sind nicht mit wenig Masern gleichzusetzen - und niedrige Impfraten nicht mit hohen Masernzahlen.

Behauptung 11: Die Masernimpfung hat ein günstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis.

Diese Behauptung ist falsch und stellt eine Täuschung der Abgeordneten dar.

Fakt ist: Da weder Risiko noch Wirksamkeit der Impfung objektiv und konkret bekannt sind - wie zwei Mitglieder der STIKO 2009 berichteten - **ist auch eine Abwägung zwischen beiden nicht möglich (8, 9, 10, 11).**

Das gilt grundsätzlich und unabhängig davon, welche der – auch in Europa sehr unterschiedlichen – Impfstrategien (früh oder später impfen) angewandt wird.

Ohne konkrete Daten zum Abwägen fehlt jegliche Grundlage für auf Wissenschaft basierende (öffentliche) Impfpfehlungen. Egal, ob diese von einer offiziellen Impfkommision - wie z.B. STIKO oder SIKO - oder mit dem Ziel, individuell zu entscheiden, ausgesprochen werden: **ohne belastbare Daten gibt es keine Abwägung.**

Damit fehlt für eine Impfpflicht ebenfalls die Grundlage - und zwar sowohl für Kinder als auch für bestimmte Berufsgruppen.

Das betrifft auch die schon bestehende Regelung in IfSG § 23a (Heranziehen der Immunität als Beschäftigungsgrundlage) und die Regelung für Angehörige der Truppen der Bundeswehr nach Soldatengesetz § 17 Abs. 4 Satz 3 (Der Soldat muss ärztliche Eingriffe in seine körperliche Unversehrtheit gegen seinen Willen nur dann dulden, wenn es sich um Maßnahmen handelt, die der Verhütung oder Bekämpfung übertragbarer Krankheiten ... dienen; das Grundrecht nach Art. 2 Abs. 2 Satz 1 des Grundgesetzes wird insoweit eingeschränkt).

Diese beiden Regelungen gehen irrtümlich davon aus, dass bei Impfungen eine Abwägung zwischen Vor- und Nachteilen möglich ist, stattgefunden hat und diese eindeutig für eine Impfung spricht.

Da diese Abwägung, wie beschrieben, mangels Daten nicht durchführbar ist, **fehlt auch für diese Gesetze die Rechtsgrundlage.**

Behauptung 12: Impfpflicht führt zu hohen Impfraten (2x95% und mehr).

Diese Behauptung ist falsch.

Fakt ist: Daten der ECDC (EU-Institution) und der WHO widerlegen diese Behauptung (2, 4): es gibt Länder, die trotz (oder wegen?) der Impfpflicht (deutlich) weniger impfen als wir, wie z.B. Bulgarien, Kroatien und Lettland. **Es besteht kein wissenschaftlicher Zusammenhang zwischen Impfpflicht und hohen Impfraten, wie die EU-Kommission 2016 für Europa veröffentlichte (15).**

Das zeigte sich 1979 auch schon in den USA. Die Regelung „ohne Impfung kein Kindergarten, keine Schule und keine Hochschule“ **führte zur gegenteiligen Wirkung: die Impfraten sanken** deutlich und erreichten erst ca. 10 Jahre später wieder das ursprüngliche Niveau (16).

Behauptung 13: Mit den geplanten Maßnahmen wird das Immunitätsziel von 95% in der Bevölkerung erreicht.

Diese Behauptung ist falsch.

Fakt ist: Da die Bevölkerungsgruppen mit wesentlichen Immunitätslücken – nach 1970 geborene Erwachsene und ältere Jugendliche - durch den Entwurf (außer bei Erziehern, Lehrern und Angehörigen der Gesundheitsberufe) gar nicht erreicht werden, ist es damit unmöglich, bestehende Lücken bei der Bevölkerungsimpunität in nennenswertem Umfang zu schließen.

Auch die Steigerung der Raten für die 2. Masern-Impfung bei Kindern von 93% auf 95% könnte die Immunität der Gesamtbevölkerung nur minimal erhöhen.

Die Maßnahme Impfpflicht geht an der eigentlichen Hauptzielgruppe, nämlich der mit den größten Immunitätslücken, fast völlig vorbei.

Auch dadurch ist eine Impfpflicht für Kinder weder angemessen noch verhältnismäßig.

Für eine Impfpflicht für Kinder und Erwachsene bestimmter Berufsgruppen, wie es der Gesetzesentwurf vorsieht, besteht, wie schon dargelegt, keine Rechtsgrundlage. Denn die dafür notwendige Abwägung zwischen Nutzen und Risiken der Impfung ist mangels belastbarer Daten nicht möglich (8-11).

Behauptung 14: Die Kinder erhalten die 2. Masernimpfung zu spät (nur ca. 75% zum von der STIKO empfohlenen spätesten Zeitpunkt des 2. Geburtstags).

Diese Behauptung ist irreführend.

Fakt ist: Die sächsische Impfkommision SIKO, die die 2. Dosis der Masernimpfung erst mit 4 Jahren empfiehlt, weist in ihrer Empfehlung darauf hin, dass es für die frühe STIKO-Empfehlung insbesondere der 2. Impfung gegen Masern keine wissenschaftliche Begründung gibt.

Auch fast alle anderen europäischen Länder, ebenso die USA, impfen insbesondere die 2. Dosis wesentlich später, z.T. erst ab 12 Jahren, und nicht schon mit 15-23 Monaten (2).

Das gilt selbst für Länder, die schon lange eine Impfpflicht haben (2).

Sie tun das, weil damit aus wissenschaftlicher Sicht eine länger anhaltende Immunität erzielt wird als mit der frühen STIKO-Variante.

Fakt ist damit, dass in Deutschland schon 75% der Kinder mit 2 Jahren zweimal gegen Masern geimpft sind - in einem Alter, in dem sonst in Europa nur noch in Luxemburg, Frankreich und Österreich mit der 2. Dosis begonnen wird. In den anderen Ländern Europas erhalten Kinder die 2. Impfung wesentlich später (siehe oben). Das heißt, dass die Kinder bei uns besser geimpft sind als fast überall sonst.

Der neue Barmer-Arzneimittelreport 2019 löst eine Diskussion über Impflücken aus. Minister Spahn und seine Kollegin Giffey sehen sich durch dessen Daten in ihren Plänen zur Impfpflicht bestärkt. Jedoch: Bei im Jahr 2014 Geborenen ergeben sich zum 2. Geburtstag bei den Barmer-Versicherten für die 2. Masern-Impfung Impfraten von 78,1%, beim RKI nur 73,9% (KVSsurveillance, VacMap). Die Behauptung, dass das RKI Impfraten generell stark überschätze und die Barmer diese realistischer abbildet, stimmt hier nicht.

Zu berücksichtigen ist, dass die Barmer-Versicherten nur ca. 11% der gesetzlich Versicherten darstellen, während das RKI 100% der gesetzlich Versicherten erfasst (was ca. 85% der Bevölkerung entspricht, der Rest ist privat versichert, eventuell mit Beihilfe als Beamte oder

ohne Krankenversicherung).

Das RKI weist außerdem stets darauf hin, dass Durchimpfungsraten sich auch bei der Schuleingangsuntersuchung nur auf Kinder beziehen, für die ein Impfpass vorgelegt wird (ca. 92%). Daher sei von einer Überschätzung der Impfraten auszugehen.

Behauptung 15: Es muss möglichst früh geimpft werden, und die zweite Impfung ist entscheidend.

Das widerspricht den wissenschaftlichen Fakten und ist somit irreführend.

Fakt ist: Eine zu frühe erste Impfung führt zu geringerer Antikörper-Immunität. Die zweite Impfung soll nur den wenigen Kindern helfen, die auf die erste Dosis nicht ausreichend reagiert haben. Deshalb weist die sächsische Impfkommision SIKO auch darauf hin, dass für die frühe Impfpflicht der STIKO, insbesondere für die 2. Dosis, keine wissenschaftliche Grundlage vorliegt.

Daher impfen fast alle europäischen Länder (außer Luxemburg, Frankreich und Österreich), und auch die USA, die erste Dosis einige Wochen und Monate sowie **die zweite um Jahre später als in Deutschland**, z.T. sogar erst mit 12-13 Jahren.

Es ist nicht davon auszugehen, dass diese Länder das tun, um ihre Kinder zu gefährden.

Sogar alle Länder, die schon längere Zeit für Masern eine Impfpflicht haben, impfen wesentlich später als in Deutschland.

Es sind auch zahlreiche deutlich später impfende Länder darunter, die sogar mit geringeren Impfraten und späterer Impfung als in Deutschland dennoch eine niedrigere Maserninzidenz (Fälle pro 1 Mio. Einwohner) aufweisen, z. B. Finnland, Dänemark, Norwegen und die Niederlande.

Behauptung 16: Masernschutzgesetz

Dieser Begriff ist unzutreffend.

Im Gesetzesentwurf wird zwar darauf hingewiesen, dass bei der Umsetzung der Masernimpfpflicht auch Mehrfachimpfstoffe zur Anwendung kommen können.

Da es derzeit laut PEI in Deutschland keinen verfügbaren Einzelimpfstoff gegen Masern gibt, müssen die Impfungen entweder mit einem Dreifach(MMR)-Impfstoff, der sich auch gegen Mumps und Röteln richtet, oder sogar mit einem Vierfach(MMRV)-Impfstoff, der zusätzlich noch gegen Windpocken immunisiert, durchgeführt werden. Faktisch besteht also eine Impfpflicht gegen 3 bzw. 4 Krankheiten.

Das PEI könnte sich ernsthaft bemühen, einen Monoimpfstoff gegen Masern verfügbar zu machen. Immerhin gibt es in der Schweiz einen Einzelimpfstoff; somit trifft auch das Argument nicht zu, dass sich das nicht lohnt – denn in der Schweiz gibt es viel weniger Impfungen.

Zu beachten bleibt, dass sich die Bundesregierung auf die Ziele der WHO beruft. Diese lauten aber, Masern **und** Röteln zu eliminieren und schließlich auszurotten.

Warum ist der Entwurf noch verfassungswidrig?

- Er sieht eine Nachweispflicht für die Immunität bei schon in den Einrichtungen Betreuten oder Beschäftigten erst zum 31.07.2021 vor.
Das verstößt gegen den Gleichheitsgrundsatz des Grundgesetzes (Art. 3 GG):
Denn das Risiko unterscheidet sich bei neu Aufgenommenen bzw. neu Beschäftigten nicht von denen, die schon in der Einrichtung betreut werden oder tätig sind.
- Für alle in den Einrichtungen Tätigen gilt die Impfpflicht, auch für die, die weder zu Betreuten, noch zu Patienten Kontakt haben. Auch das verstößt gegen Art. 3 GG: denn Eltern, Großeltern, die Kinder in die Einrichtung bringen oder diese abholen, und Besucher von Patienten haben Kontakt und werden vom Gesetz nicht erreicht.

Der frühere Präsidenten des RKI, Prof. Kurth, betonte in einem Beitrag im Bundesgesundheitsblatt über gute wissenschaftliche Politikberatung im demokratischen Verfassungsstaat die Notwendigkeit von Transparenz und Belastbarkeit besonders von Informationen, die von Bundesinstituten stammen (1). Er warnte genau vor der Situation, in der die Bundesregierung mit ihrem Gesetzesentwurf jetzt steht:

Verwerflich ist natürlich auch eine bewusst falsche Interpretation (von wissenschaftlichen Tatsachen), um politische Entscheidungen zu begründen oder Partikularinteressen der Politik zu bedienen.

Weitere Ausführungen entnehmen Sie bitte unserer Stellungnahme zum Gesetzentwurf.

Quellen

1. Kurth/Glasmacher, Was ist gute wissenschaftliche Politikberatung? Bundesgesundheitsblatt 4/2008, S.458-66
2. ECDC Surveillance Report: Monthly measles and rubella monitoring report, July 2019
3. Muscat et al., Eliminierung der Masern aus der Europäischen Region der WHO – Herausforderungen bleiben, Bundesgesundheitsblatt 4/2019, S.440-9
4. WHO: Progress towards measles elimination in the WHO European Region, 2009-2018, Weekly epidemiological record, No.18, 2019, 94, 213-24
5. STIKO: Änderung der Empfehlung zur Impfung gegen Masern, Epidemiologisches Bulletin 32/2010, S.315-22
6. 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
7. Ehrengut, Impffibel, S.107, Tab. 12, Schattauer 1964

8. Hengel/v.Kries, Editorial Impfen, Bundesgesundheitsblatt 11/2009, S.1003-5
9. Keller-Stanislawski/Hartmann, Auswertung der Meldungen von Verdachtsfällen auf Impfkomplicationen nach dem Infektionsschutzgesetz, Bundesgesundheitsblatt 4/2002, S.344-54
10. Institute of Medicine IOM, Adverse Effects of Vaccines – Evidence and Causality, National Academies Press 2012, S. 103-237
11. Bundesregierung, Bundestag-Drucksache 19/320 (22.12.2017) als Antwort auf die Kleine Anfrage (Drucksache 19/179) der FDP zum Sachstand bei Impfungen (Zeitraum 2007-2017) in Deutschland
12. 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
13. Paunio et al., Explosive School-based Measles Outbreak, Am J Epidemiol 1998; 148: 1103-10
14. Davis et al., A Persistent Outbreak of Measles Despite Appropriate Prevention And Control Measures, Am J Epidemiol 1987; 126: 438-49
15. European Commission, ASSET 2016: Compulsory vaccination and rates of coverage immunisation in Europe
16. Strebel et al., Measles vaccines, Vaccines 6th Edition, 2013, 352-87