



Herrn
Bundesminister für Gesundheit
Jens Spahn

vorab per E-Mail

Dossenheimer Landstraße 37
69121 Heidelberg
Telefon +49-(0) 6221-45 38 77
info@individuelle-impfentscheidung.de
www.individuelle-impfentscheidung.de

Bankverbindung: Deutsche Apotheker-und
Ärztebank e. G.
IBAN: DE02 3006 0601 0006 8229 08
BIC: DAAEEDXXX
Steuernummer Finanzamt Witten
348/5710/09992
Amtsgericht Hagen VR 30385

28. Mai 2019

Sehr geehrter Herr Gesundheitsminister,

nachfolgend überreichen wir Ihnen unsere **Stellungnahme zum Referententwurf Ihres Ministeriums für ein Gesetz zum Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention**. Wir beziehen uns dabei auf den Text dieses Entwurfes. Es werden die jeweiligen Originalaussagen in schwarz zitiert. Darunter steht unsere Stellungnahme jeweils in grün. Wir beschränken uns hierbei auf die Darstellung der aktuellen Faktenlage.

A. PROBLEM UND ZIEL

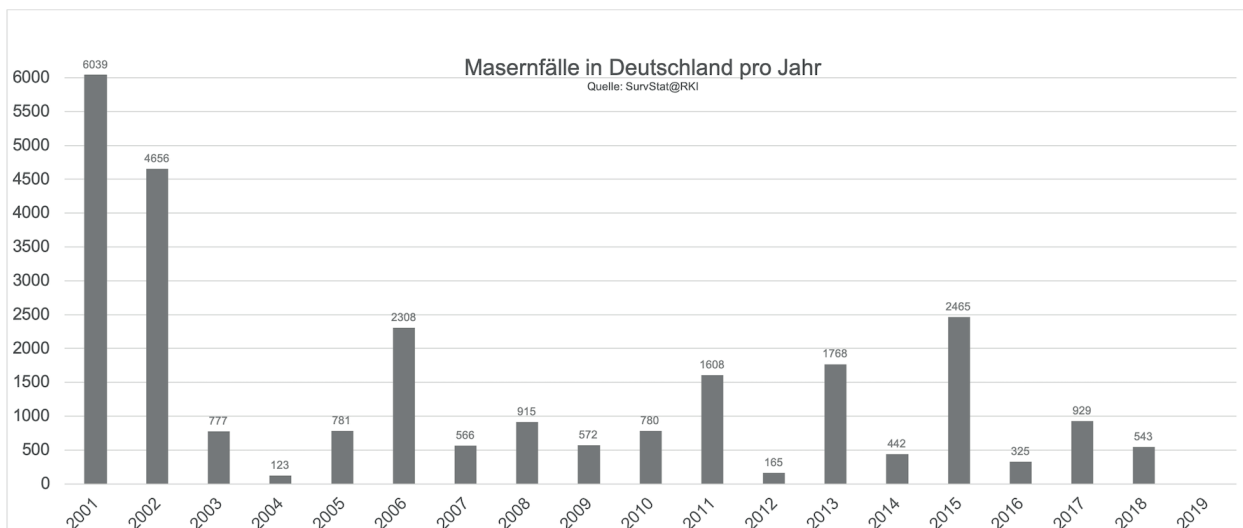
„Masern gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen. Sie bringen hohe Raten an Komplikationen und Folgeerkrankungen mit sich.“

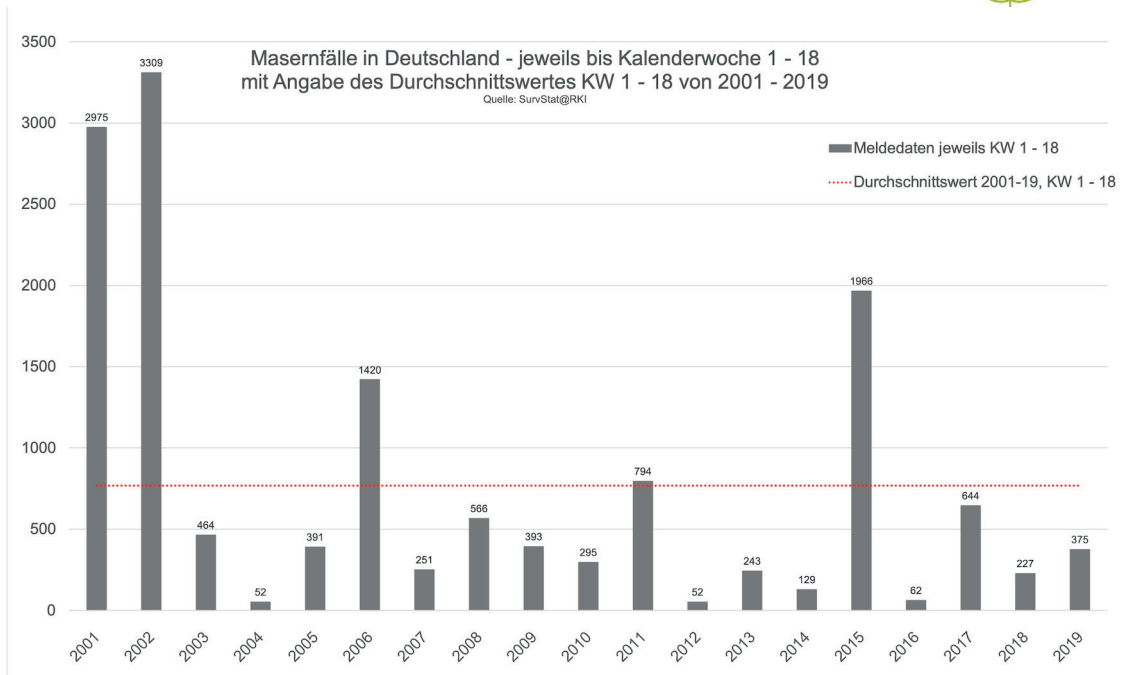
Schwere Komplikationen sind bei Masern, anders als behauptet, die seltene Ausnahme:

- die Häufigkeit z. B. einer Hirnentzündung (Enzephalitis) liegt bei etwa 1 : 1000 (RKI 2019¹),
- die Sterblichkeit von Masern in westlichen Industrienationen bei 1 : 1000 bis 1 : 2000 (WHO 2017²),
- die Häufigkeit für die schwerste Folgeerkrankung, die subakut sklerosierende Pananzephalitis SSPE, bei 1 : 10.000 bis 1 : 100.000 (WHO 2017³).

„[...] Im Jahr 2018 kam es weltweit zu einer Verdoppelung der Masernfallzahlen. In Deutschland sind neben Kindern auch Jugendliche und Erwachsene von Masernerkrankungen betroffen.“

Dies suggeriert einen Anstieg der Masernfallzahlen auch in Deutschland, den es definitiv nicht gibt – weder in der kurz- noch in der mittelfristigen Betrachtung (Graphiken nach Rabe 2019a⁴):





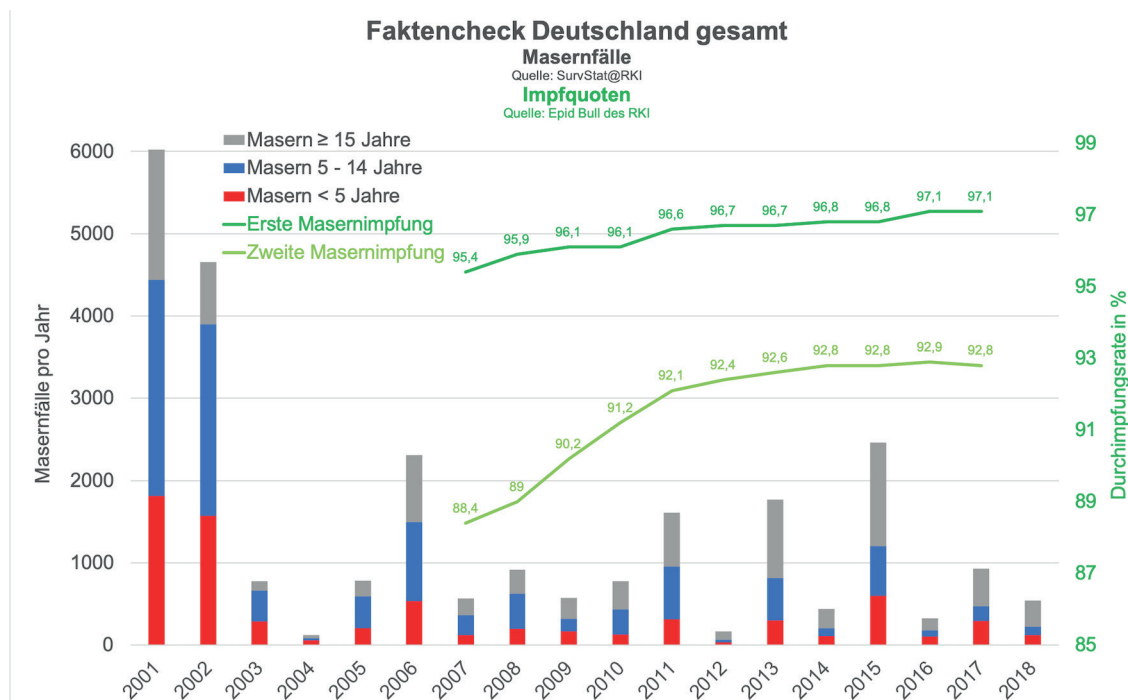
Innerhalb der letzten 19 Jahre kam es in Deutschland definitiv zu keinem Anstieg der Masernfallzahlen, auch 2019 macht hier bis zum Ende der Kalenderwoche 18 keine Ausnahme.

„Dies zeigt, dass der eigentlich im Kindesalter vorzunehmende Impfschutz immer mehr vernachlässigt wurde.“

Im „Nationalen Aktionsplan 2015–2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland“ (NAP) – herausgegeben vom Bundesgesundheitsministerium – heißt es im diametralen Widerspruch zu dieser Behauptung:

„Die verschiedenen Datenquellen belegen, dass im Bereich der Kinderimpfung Deutschland in den vergangenen Jahrzehnten große Fortschritte erzielt hat. Lag die Impfquote bei den Schuleingangsuntersuchungen im Jahr 2001 für Kinder mit vorgelegtem Impfausweis noch bei 91,4 % für die 1. Masernimpfung und bei etwa 25,9 % für die 2. Masernimpfung, so waren im Jahr 2013 schon 96,7 % der Kinder einmalig und 92,6 % zweimal gegen Masern geimpft. Im Jahr 2012 hatten alle 16 Bundesländer eine durchschnittliche Impfquote von über 95 % für die 1. Masernimpfung erzielt.“ (NAP/BMG 2015⁵)

Die Durchimpfungsraten für Masern, erfasst im Kindesalter, steigen nach Angaben des RKI seit Jahren kontinuierlich an (siehe Graphik nach Rabe 2019b⁶). Dies gilt für die erste (MCV1), wie auch für die zweite Masernimpfung (MCV2):



„[...] Da in Deutschland die notwendigen Durchimpfungsraten von mehr als 95 Prozent nicht erreicht wurden und einheimische Masern sich wieder verstärkt ausbreiten [...]“

Wie schon dargelegt, breiten sich die Masern in Deutschland definitiv **nicht** „wieder verstärkt aus“ (siehe Grafiken oben). Die im Gesetzentwurf behaupteten Ausbrüche von Masern in Deutschland sind nicht selten importiert und damit eben **nicht** „einheimisch“.

Im aktuellsten Bericht der NAVKO zur Stand der Elimination der Masern in Deutschland 2017 heißt es hierzu:

„Es waren besonders in Duisburg [einem der größten Ausbrüche 2017] viele Personen mit Migrationshintergrund aus Ländern mit aktuell hohen Masernfallzahlen betroffen (insbesondere Rumänien), die sehr häufig nur unzureichend geimpft sind und Maßnahmen zur Eindämmung des Ausbruchs teilweise nur zögerlich annahmen.“

Weiter heißt es verallgemeinernd:

„Ein hoher Anteil der Masernfälle unter 0- bis 2-Jährigen wird insbesondere unter Asylsuchenden/Geflüchteten und Personen mit Migrationshintergrund vermutet. [...] Die hohe Anzahl von verschiedenen sequenzierten Genotypvarianten spricht für einen vermehrten Import und Reimport von Masernviren nach Deutschland. Bei der besonders hohen Bevölkerungszahl und -dichte in Deutschland, dem aktiven Grenzverkehr und der hohen Reisetätigkeit der Bevölkerung ist Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern der WHO-Euro besonders vulnerabel für die erneute Einschleppung von Masernviren und längere Transmissionsketten, insbesondere in Ballungszentren wie dem Ruhrgebiet oder Berlin. [...] Die hohe Anzahl von Masernfällen in Deutschland ist durch einen regelmäßigen Import von Masernviren bei gleichzeitig hoher Bevölkerungsdichte und dem Bestehen einer unzureichenden Masernimmunität in verschiedenen hier lebenden Bevölkerungsgruppen zu erklären. Dabei spielt auch eine hohe Migration von Personen, die in ihren Heimatländern bisher keine Impfung erhalten hatten, eine Rolle.“ (NAVKO 2018⁷)

„Die angestiegenen Fallzahlen sind auf fortschreitende Impfmüdigkeit zurückzuführen.“

Untersuchungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) kommen hier für 2016 (das ist die aktuellste vorliegende Studie) zu genau gegenteiligen Ergebnissen:

„Der Anteil der Impfbefürworter ist im Vergleich zu den Vorgängerstudien aus den Jahren 2012 und 2014 signifikant gestiegen. [...] Parallel zu dieser Entwicklung ging insbesondere der Anteil derjenigen deutlich zurück, die teilweise Vorbehalte gegen das Impfen haben.“ (BZgA 2017⁸).

Überdies veröffentlichte die pharmazeutische Industrie unter der Überschrift „Steigende Nachfrage nach Impfstoffen“ am 20. Mai 2019 eine Pressemitteilung, die mit den Worten beginnt:

„Offenbar wird in Deutschland mehr geimpft: Laut eines Berichts des Beratungsunternehmens IQVIA wurden in den ersten drei Monaten von 2019 6,1 Millionen Impfstoffdosen an Versicherte der gesetzlichen Krankversicherung (GKV) abgegeben. Das ist ein Zuwachs um fast 17 Prozent im Vergleich zum ersten Quartal des Jahres 2018.“ (Pharma Fakten 2019⁹).

„Eine große Zahl von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sind nicht durch eine Impfung geschützt. Die Masern können damit weiter zirkulieren und es kommt immer wieder zu Ausbrüchen. Die bisherigen freiwilligen Maßnahmen zur Stärkung der Impfbereitschaft greifen nicht durch.“

Führende Fachleute sehen dies in Übereinstimmung mit den steigenden Durchimpfungsraten anders und sprechen von einer „kontinuierliche[n], aber langsame[n] Verbesserung der Impfquoten durch Impfkampagnen und Impfaufklärung“, so Joseph Kuhn vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), dem Sitz der Geschäftsstelle des „Nationalen Impfplans“ (Kuhn 2017¹⁰).

„[...] Allein bis Anfang März 2019 wurden dem Robert-Koch-Institut bereits 170 Masernfälle gemeldet.“

Die Masernfallzahlen bis zum Ende der Kalenderwoche 18 liegen für 2019 bei weniger als 50 Prozent des langjährigen Mittels für den entsprechenden Zeitraum von 2001 bis 2018 (Survstat@RKI, siehe auch Graphik auf Seite 2 oben).

B. LÖSUNG

„Die Freiwilligkeit der Impfentscheidung muss für bestimmte Personengruppen aufgehoben werden, um eine höhere Durchimpfungsrate zu erreichen. [...]“

Die Annahme, dass eine Impfpflicht zu höheren Durchimpfungsraten führt, entbehrt jeder belastbaren Evidenz, aktuelle Forschungsergebnisse, die von der EU finanziert werden, finden keinen Zusammenhang zwischen der Frage der Freiwilligkeit und den Impfquoten:

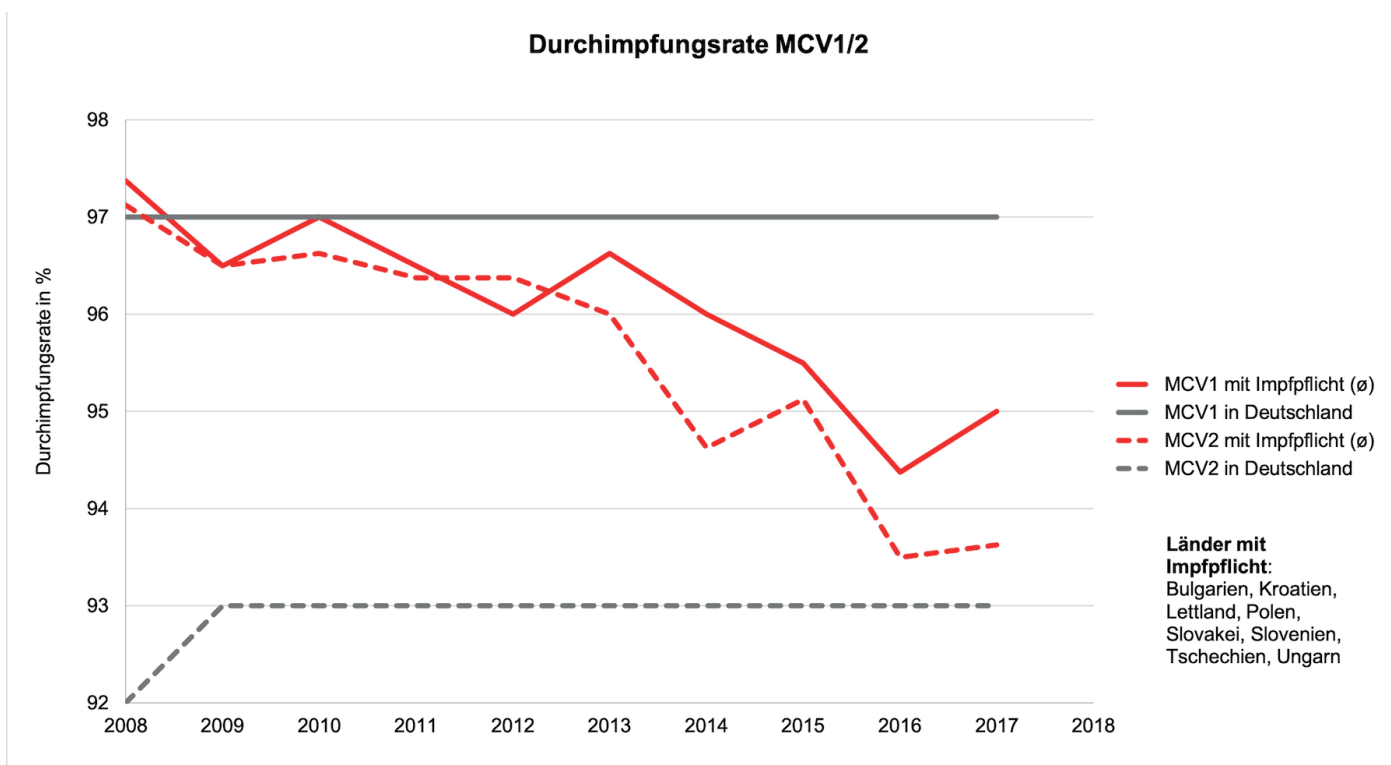
„This comparison cannot confirm any relationship between mandatory vaccination and rates of childhood immunization in the EU/EEA countries.“ (ASSET 2016¹¹)

Das gilt auch für noch größer angelegte internationale Vergleichsstudien über die WHO-Region Europa (z. B. Sabin Vaccine Institute 2018¹²).

Der ehemalige Vorsitzende der STIKO, Dr. Jan Leidel, sagt:

„Eine Masern-Impfpflicht, die bei den derzeit verfügbaren Impfstoffen eine Impfpflicht für Masern, Mumps und Röteln wäre, halte ich für rechtlich problematisch und wenig geeignet, die Impfquoten im Kindesalter nennenswert zu erhöhen.“ (Leidel 2019¹³)

Bei der MCV1 erreicht Deutschland auf freiwilliger Basis seit Jahren höhere Durchimpfungsraten als der Durchschnitt der Länder in der EU, die eine Masernimpfpflicht eingeführt haben (Rabe 2019c¹⁴):



C. ALTERNATIVEN

„Keine.“

Experten zum Thema Impfen sehen und empfehlen hier zahlreiche Alternativen. In einer im April 2019 vom „science media center germany“ veröffentlichten Übersicht aktueller Stellungnahmen äußern sich unter anderem:

- Prof. Dr. Georg Marckmann, Vorstand des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität, München (LMU)
- Prof. Dr. Cornelia Betsch, Heisenberg-Professorin für Gesundheitskommunikation, Schwerpunkt Impfentscheidung, Universität Erfurt
- Prof. Dr. Thomas Mertens, ehemaliger Ärztlicher Direktor des Instituts für Virologie, Universitätsklinikum Ulm, und Vorsitzender der Ständigen Impfkommission (STIKO)
- Assoc.-Prof. Dr. Peter Schröder-Bäck, Assoziierter Professor am Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Maastricht University, Niederlande, und Präsident der Ethik-Sektion, European Public Health Association (EUPHA), Utrecht, Niederlande
- Dr. Felix Rebitschek, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Harding Zentrum für Risikokompetenz, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin
- Prof. Dr. Ansgar Lohse, Direktor I. Medizinische Klinik und Poliklinik und Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie, Universitätsklinikum Eppendorf (UKE), Hamburg
- Dr. Tracey Chantler, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich Public Health Evaluation zum Thema Bereitstellung von Impfstoffen und Vertrauenswürdigkeit, London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), UK
- Prof. Dr. Wolfram Höfling, Direktor des Instituts für Staatsrecht der Universität zu Köln, und Mitglied des Deutschen Ethikrates
- Dr. Jan Leidel, bis 2017 Vorsitzender der Ständigen Impfkommission (STIKO)
- Dr. Hedwig Roggendorf, Verantwortliche der Reise-Impfsprechstunde/ Gelbfieberimpfstelle am Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München (TUM)
- Prof. Dr. Fred Zepp, Direktor des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin und Leiter der AG Immunologie und Infektiologie, Universitätsmedizin Mainz

Sie empfehlen unter anderem folgende konkrete Maßnahmen (deren Effektivität in der jeweiligen Äußerung wissenschaftlich belegt wird) als Alternative zu einer von den meisten Autoren abgelehnten Impfpflicht¹⁵:

- Bessere Information und Aufklärung (Betsch, Chantler, Lohse, Rebitschek, Schröder-Bäck, Zepp) der Patientinnen und Patienten sowie der Ärztinnen und Ärzte inklusive Evaluation ihres eigenen Impfverhaltens (Mertens)
- Erinnerungssysteme bei Fälligkeit der Impfung (Betsch, Marckmann)
- Recall-Systeme bei Überfälligkeit der Impfung (Roggendorf)
- Stärkung und Aufwertung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) (Betsch, Schröder-Bäck) als „kompetenten Taktgeber vor Ort“ (Wieler 2017¹⁶)
- Niederschwelligere Impfangebote (Mertens, Roggendorf, Zepp), z.B. durch den ÖGD in Kindergärten und Schulen (Lohse, Marckmann) sowie durch fachgruppenübergreifendes Impfen durch Ärztinnen und Ärzte (Leidel, Zepp)
- Gezielte Aufhol-Impfkampagnen für „unterimpfte“ Bevölkerungsgruppen wie Erwachsene und Menschen mit Migrationshintergrund (Chantler)
- Einrichtung eines Impfregisters (Betsch, Höfling)

Selbst der „Nationale Aktionsplan“ des BMG führt zahlreiche Alternativen auf:

„Eine systematische Untersuchung (Cochrane Review) zur Einschätzung der Effektivität von Maßnahmen zur Erhöhung von Impfquoten unter Berücksichtigung internationaler Studien (hauptsächlich aus den USA, Kanada, Australien und Neuseeland) ergab eine hohe Effektivität von unterschiedlich angelegten Erinnerungs-Systemen (bei Fälligkeit der Impfung) und Recall-Systemen (bei Überfälligkeit der Impfung). [...] Ferner wurden die Aufklärung von Patientinnen und Patienten (in Zusammenhang mit weiteren Maßnahmen) sowie die Information der impfenden Ärztinnen und Ärzte und die Evaluation ihres Impfverhaltens als effektive Maßnahmen beschrieben. Ebenso konnte gezeigt werden, dass ein niedrighschwelliges, kostenfreies Angebot von Impfungen und Impf- bzw. Informationskampagnen sowie Schulungen des impfenden Personals zu einer Verbesserung von Impfquoten beitragen konnten.“ (NAP/BMG 2015¹⁷)

Prägnant fasst der ehemalige Vorsitzende der STIKO, Dr. Jan Leidel, zusammen:

„Erforderlich wäre die Pflicht, wenn es kein milderes Mittel gäbe, mit dem das Ziel ebenfalls erreicht werden könnte. Tatsächlich gibt es aber eine Fülle von durchaus bekannten, bisher aber nicht oder allenfalls halbherzig umgesetzten Maßnahmen zur Verbesserung der Impfbeteiligung sowie Impfhindernisse, die zunächst beseitigt werden müssten. Bevor also eine Impfpflicht für Masern diskutiert wird, sollten die folgenden Rahmenbedingungen für das Impfen deutlich verbessert werden.“ (Leidel 2019)

ZU DEN GESETZLICHEN REGELUNGEN IM EINZELNEN

Artikel 1, Änderungen des Infektionsschutzgesetzes

„Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Gesetz vom ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 20 wird wie folgt geändert:

a) [...]

b) Nach Absatz 7 werden folgende Absätze 8 bis 10 angefügt:

(8) Bei folgenden Personen muss ein nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichender Impfschutz oder eine Immunität gegen Masern vorliegen:

1. Personen, die in einer Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 betreut werden, ...“

Diese Regelung führt zu einem im Vergleich zu anderen europäischen Ländern fast beispiellos frühen Zeitpunkt der ersten Masernimpfung (im Alter von 9 Monaten) und ebenso der zweiten Masernimpfung (Anfang des zweiten Lebensjahres), was mehrere gravierende immunologische Nachteile für die Betroffenen mit sich bringt, damit mittelfristig auch die Bevölkerungsimmunität schwächt und dadurch das angestrebte Ziel der Masernelimination letztendlich konterkariert:

1. Bei einer so frühen MCV1 entsteht bei wesentlich weniger Geimpften ein ausreichender Schutz (nur bei etwa bei 80Prozent statt bei 95 Prozent) .
2. Entsteht ein Schutz, ist dieser nach Aussage des WHO-Positionspapiers zur Masernimpfung (WHO 2017¹⁸) qualitativ schlechter: Die für die Effektivität der Impfung entscheidende Avidität der entstehenden Antikörper ist bei einer Impfung im ersten Lebensjahr geringer¹⁹.
3. Eine auf der deutschen KIGGS-Erhebung basierende Studie legt nahe, dass dieser Schutz dann lebenslang qualitativ schlechter bleibt, ohne dass eine spätere MCV2 dies ändern könnte²⁰ (Poethko-Müller 2011²¹).

Auch die MCV2 wirkt besser, wenn die MCV1 erst nach dem 15. bis 18. Monat verabreicht wurde (Carazo Perez 2017²²) und die MCV2 selbst erst nach dem zweiten Geburtstag gegeben wird. Erst dann sind die mütterlichen Immunglobuline restlos abgebaut und stören die Impfwirkung nicht mehr (Voysey 2017²³).

Das Bundesland Sachsen, die meisten EU-Länder sowie die USA und Kanada empfehlen die zweite Masernimpfung sogar erst im Alter von 4 bis 11 Jahren.

„[...] Die Verpflichtung nach Satz 1 gilt auch, wenn zur Erlangung von Impfschutz gegen Masern ausschließlich Kombinationsimpfstoffe zur Verfügung stehen, die auch Impfstoffkomponenten gegen andere Krankheiten enthalten. Satz 1 gilt nicht, solange bei Personen nach Satz 1 eine medizinische Kontraindikation gegen die Schutzimpfung gegen Masern vorliegt.“

Hierdurch wird die eigentlich intendierte Masernimpfpflicht indirekt zur Impfpflicht auch gegen Mumps und Röteln.

Die schon jetzt laut RKI auch in Deutschland deutlich erkennbaren epidemiologischen Probleme der flächendeckenden Mumpsimpfung werden dadurch noch verschärft:

- Es kommt zu einer Verschiebung des Erkrankungsalters hin zu Jugendlichen und Erwachsenen, die ein signifikant höheres Komplikationsrisiko haben (RKI 2013²⁴).
- Frauen, die Mumps durchgemacht haben, haben im Gegensatz zu geimpften Frauen ein bis zu 20 Prozent geringeres Risiko, an Eierstockkrebs zu erkranken (West 1966²⁵, Newhouse 1977²⁶, Cramer 2010²⁷). Dies ist auf Antikörper zurückzuführen, die sich durch die Speicheldrüsenentzündung bilden. *„Die logische Konsequenz ist, dass wir eine Zunahme von Eierstockkrebs zu erwarten haben, denn Speicheldrüsenentzündungen durch Mumps sind wegen der Impfung selten geworden“* (Cramer 2010).
- Diesen Untersuchungen zufolge könnten in Deutschland zukünftig bis zu 750 Frauen jedes Jahr zusätzlich an einem Ovarialkarzinom sterben, weil sie als Kind Mumps nicht durchgemacht haben.

BEGRÜNDUNG

A. ALLGEMEINER TEIL

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

„Masern werden durch Viren ausgelöst und gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten. Schutzimpfungen bieten einen vorbeugenden Schutz gegen eine Maserninfektion. Anders als oft angenommen, handelt es sich bei Masern nicht um eine harmlose Kinderkrankheit. In vielen Fällen treten schwere Komplikationen, im schlimmsten Fall mit Todesfolge auf.“

Wie oben aufgeführt und belegt, treten bei Masern schwere Komplikationen oder Todesfälle keineswegs „in vielen Fällen“, sondern selten auf.

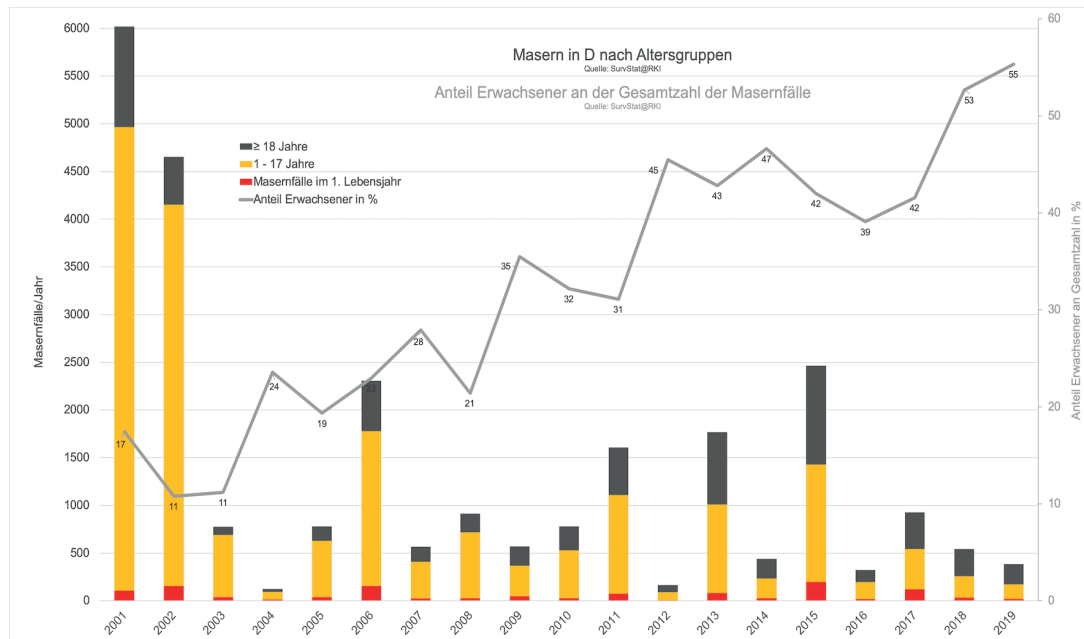
„In Deutschland sind nicht nur Kinder, sondern auch Jugendliche und Erwachsene von Masernerkrankungen betroffen. Die Zahl der Masernfälle zeigt, dass der Impfschutz Lücken hat.“

Eine Studie des RKI findet bei den 18- bis 64-Jährigen eine Masernimpfquote von unter 40 Prozent, selbst bei den 18- bis 29-Jährigen (also den nach 1970 Geborenen) liegt sie unter 80 Prozent (Poethko-Müller 2013²⁸).

Ein Vergleich zur Masernimpfquote bei Einschulung (MCV1: > 97 Prozent) zeigt nachdrücklich, **wo** der eigentliche Handlungsbedarf läge.

Dies spiegelt sich auch in der Epidemiologie der Masern in Deutschland – seit 2001 nimmt der Anteil der Erwachsenen an den Gesamtfallzahlen kontinuierlich zu und liegt seit 2018 über 50 Prozent (SurvStat@RKI).

Wie die nachstehende Grafik zeigt, betreffen diese Lücken also vor allem Jugendliche und Erwachsene und damit eine Bevölkerungsgruppe, die durch die Maßnahmen der Gesetzesvorlage in keiner Art und Weise erfasst wird.



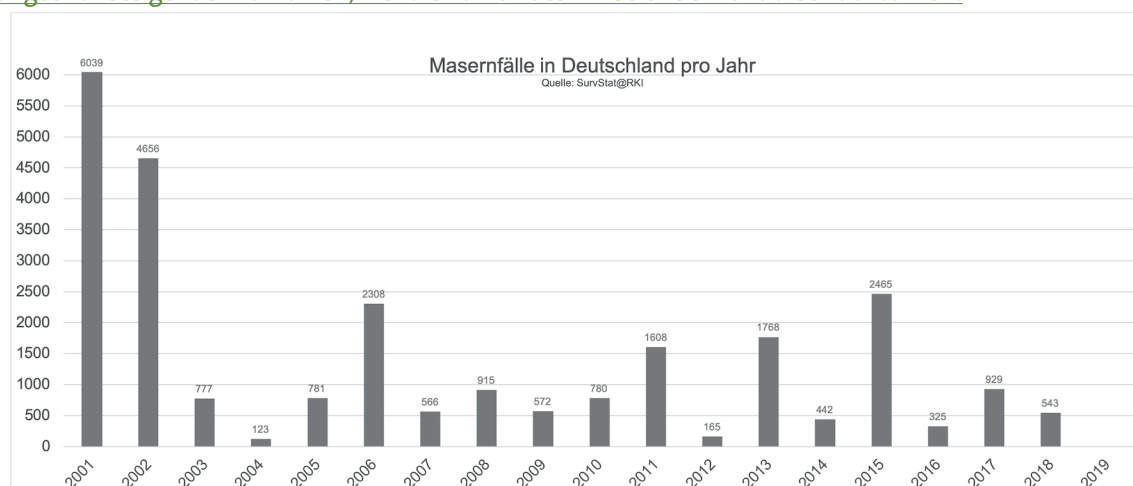
„Die bisherigen freiwilligen Maßnahmen zur Stärkung der Impfbereitschaft greifen nicht. Die angestiegenen Fallzahlen lassen sich nur mit einer fortschreitenden Impfmüdigkeit und zunehmenden Impfskepsis erklären ...“

Hier wird aus zwei falschen Behauptungen („die freiwilligen Maßnahmen greifen nicht“, „angestiegenen Fallzahlen“) eine unhaltbare Schlussfolgerung gezogen („fortschreitende Impfmüdigkeit“).

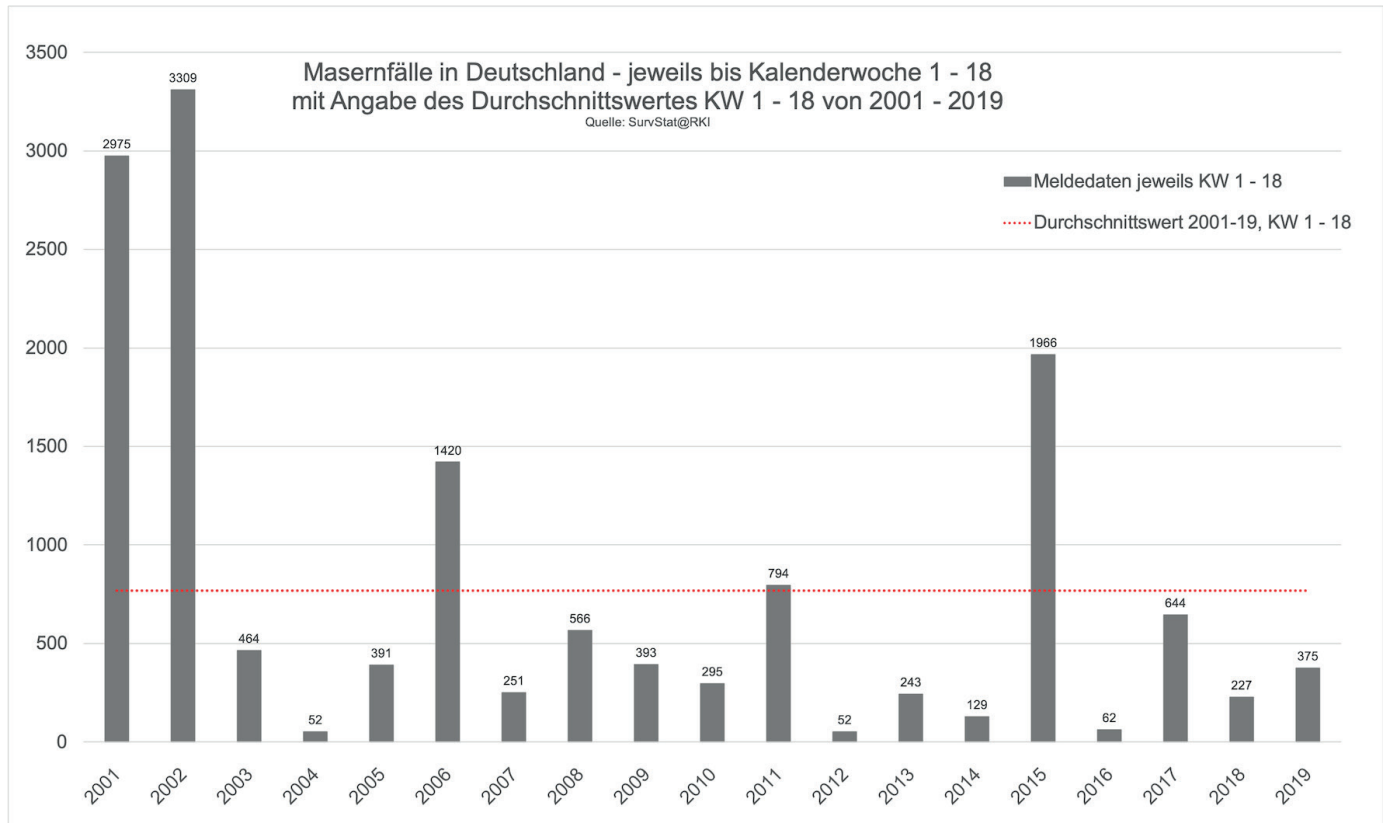
Zu den angeblich nicht greifenden freiwilligen Maßnahmen:

- Im „Nationalen Aktionsplan 2015–2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland“ (NAP) – herausgegeben vom Bundesgesundheitsministerium – heißt es im diametralen Widerspruch zu dieser Behauptung: „Die verschiedenen Datenquellen belegen, dass im Bereich der Kinderimpfung Deutschland in den vergangenen Jahrzehnten große Fortschritte erzielt hat. Lag die Impfquote bei den Schuleingangsuntersuchungen im Jahr 2001 für Kinder mit vorgelegtem Impfausweis noch bei 91,4 Prozent für die erste Masernimpfung und bei etwa 25,9 Prozent für die zweite Masernimpfung, so waren im Jahr 2013 schon 96,7 Prozent der Kinder einmalig und 92,6 Prozent zweimal gegen Masern geimpft. Im Jahr 2012 hatten alle 16 Bundesländer eine durchschnittliche Impfquote von über 95 % für die erste Masernimpfung erzielt.“ (NAP/BMG 2015²⁹).
- Die Durchimpfungsraten für Masern – erfasst im Kindesalter – steigen nach Angaben des RKI seit Jahren kontinuierlich an (Übersicht siehe Graphik auf Seite 2 unten aus Rabe 2019b³⁰). Dies gilt für die erste (MCV1), wie auch für die zweite Masernimpfung (MCV2).

Zu den angeblich steigenden Fallzahlen, hier die Zahlen des RKI seit 2001 zunächst nach Jahren:



Und hier die Zahlen für 2019, Kalenderwoche 1-18, verglichen mit dem jeweiligen Zeitraum der Jahre 2001-2018:



Es findet sich definitiv weder in der jüngeren, noch in der älteren Vergangenheit ein „Anstieg der Fallzahlen“. Die bisherigen Masernzahlen für 2019 liegen bei unter 50 Prozent des langjährigen Mittels für den entsprechenden Zeitraum.

Zur behaupteten „fortschreitenden Impfmüdigkeit“:

Hier schreibt die BZgA in ihrer diesbezüglichen Studie von 2016 (aktuellste vorliegende Studie):

„Der Anteil der Impfbefürworter ist im Vergleich zu den Vorgängerstudien aus den Jahren 2012 und 2014 signifikant gestiegen. [...] Parallel zu dieser Entwicklung ging insbesondere der Anteil derjenigen deutlich zurück, die teilweise Vorbehalte gegen das Impfen haben.“ (BZgA 2017³¹).

Das BMG gründet seine Gesetzesinitiative also auf die Verknüpfung zweier nachweislich falscher Behauptungen zu einer ebenfalls nachweislich falschen Schlussfolgerung.

[...] Eine gesetzliche Impfpflicht für bestimmte Personengruppen kann dazu beitragen, eine hochansteckende und gefährliche Krankheit wie Masern auszurotten. Sie ist damit ein angemessenes Mittel, um eine schwere Gefährdung für Leben und Gesundheit des Ungeimpften, aber auch anderer Menschen zu verhindern.

Wie schon weiter oben belegt wurde, gibt es bis heute keine Evidenz dafür, dass eine generelle Impfpflicht geeignet ist, Durchimpfungsraten nachhaltig zu erhöhen – um wieviel weniger dann eine Impfpflicht für bestimmte Personengruppen, die an den epidemiologisch problematischen Bevölkerungsgruppen (Jugendliche und Erwachsene, s.o.) vorbeigeht.

B. BESONDERER TEIL

Zu Artikel 1 [...]

Zu Buchstabe b [...]

„Die Schutzimpfung gegen Masern hat im Hinblick auf ihre Wirksamkeit und ihre Verträglichkeit ein günstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis. Die zur Verfügung stehenden Impfstoffe werden bereits über einen langen Zeitraum weltweit angewendet, sie sind effektiv und nebenwirkungsarm.“

Die Verträglichkeit der MMR-Impfstoffe ist nach Ansicht von Fachleuten der Cochrane Collaboration unzureichend untersucht:

„The design and reporting of safety outcomes in MMR vaccine studies, both pre- and post-marketing, are largely inadequate.“ (Demicheli 2012³²)

Auch nach Ansicht führender Verfassungsrechtler ist die Kenntnis über die möglichen unerwünschten Nebenwirkungen von Impfstoffen so unzureichend, dass (auch dem Staat!) eine adäquate Nutzen-Risiko-Abwägung nicht möglich ist:

„Von der Faktenlage her ist davon auszugehen, dass Art und Häufigkeit von Impfkomplicationen sich bis heute weder bei der Zulassung des Impfstoffs noch bei seiner Anwendung präzise quantifizieren lassen. [...] Für die Rechtslage gilt, dass eine sachgerechte Nutzen-Risiko-Abwägung im arzneimittelrechtlichen Zulassungsverfahren nicht gesichert ist, weil es an handhabbaren Abwägungskriterien fehlt.“ (Zuck 2013³³)

„Insgesamt sind deshalb die öffentlichen Empfehlungen [gemeint sind die der STIKO] lückenhaft. Sie sind aber auch in erheblichem Umfang nicht sachgerecht. Das betrifft vor allem die Hinweise auf die MMR-Impfstoffe. Zwar gibt es derzeit keine besseren Impfstoffe. Die Empfehlungen müssten aber, wenn sie die Situation angemessen darstellen würden, darauf hinweisen, dass die Nebenwirkungen von Masernimpfungen bei Verwendung von MMR-Impfstoffen nach wie vor in großem Umfang unaufgeklärt sind.“ (Zuck 2017³⁴)

Auf der Nationalen Impfkonzferenz 2019 in Hamburg wies der Leiter Impfprävention des RKI, Dr. Ole Wichmann, darauf hin, dass die aktuelle Zahl der Patienten, die durch Impfungen Schäden erlitten, nicht verfügbar sei. Die Zahlen der Bundesländer seien lange nicht mehr zusammengeführt worden, sagte Wichmann. (ZEIT ONLINE vom 23.05.2019³⁵)

„Das Risiko, dass infolge der Impfung schwere Komplikationen auftreten, ist wesentlich geringer als das Risiko, dass bei einer Erkrankung schwere Komplikationen auftreten.“

Die dargestellten Unwägbarkeiten über die tatsächliche Häufigkeit von Impfkomplicationen führen eine solch apodiktische Äußerung ad absurdum. Sie entbehrt jeglicher Evidenz und ist durch nichts wissenschaftlich abgesichert.

Hinweis:

Alle Quellenangaben finden Sie auf Seite 12.

ZUSAMMENFASSUNG UND ABSCHLIESSENDE STELLUNGNAHME

Sehr geehrter Herr Gesundheitsminister –

wie Sie unschwer erkennen können, erweisen sich de facto alle von Ihrem Ministerium als Begründung für diesen Gesetzentwurf vorgebrachten Behauptungen als in der Sache unhaltbar:

- Weder gibt es in Deutschland steigende Masernfallzahlen.
- Noch gibt es Hinweise auf eine fortschreitende Impfmüdigkeit.

Im Gegenteil: Die langsam aber kontinuierlich steigenden Durchimpfungsraten für die Masernimpfung beweisen, dass – anders als von Ihnen behauptet, aber in Übereinstimmung mit der Einschätzung aller relevanten Fachleute – die bisherigen, freiwilligen Maßnahmen zur Steigerung der Impfmunität gegen Masern in Deutschland greifen.

Die bestehenden Impfücken betreffen Bevölkerungsgruppen, die durch die vorgelegte Gesetzesinitiative nicht erreicht werden. Um diese Impfücken zu schließen, existieren – wiederum anders, als vom BMG behauptet – zahlreiche alternative Ansätze mit hoher wissenschaftlicher Evidenz, die von namhaften Fachleuten in Deutschland unterstützt werden.

Dass das Masernschutzgesetz einen **Eingriff in zentrale Grundrechte** darstellt (z. B. in das auf körperliche Unversehrtheit und das elterliche Erziehungsrecht) steht außer Frage und wird auch vom BMG nicht bestritten.

Der Gesetzentwurf, der, im Gegensatz zu den Empfehlungen der Experten, jeder Evidenz entbehrt, ist zum Erreichen des selbstgesteckten Ziels (Erhöhung der Durchimpfungsraten und Verminderung der Masernfallzahlen) **nicht geeignet**.

Angesichts der seit Jahren in Deutschland langsam, aber kontinuierlich steigenden Durchimpfungsraten – gerade bei der Masernimpfung – und in Anbetracht des Fehlens einer echten epidemiologischen Bedrohungssituation, ist das Masernschutzgesetz – im Widerspruch zu Ihren öffentlichen Behauptungen, aber wiederum in Übereinstimmung mit der Expertise aller entsprechenden Fachleute (z. B. auch denen des RKI) – daher **nicht erforderlich**.

Vor allem ist es angesichts der auf freiwilliger Basis erreichten hohen Durchimpfungsraten sicher **nicht angemessen**. Zahlreiche medizinische Experten werden nicht müde zu betonen, welche Vielzahl von (im Gegensatz zu einer Impfpflicht evidenzbasierten) Alternativen es gibt, um die selbstgesteckten Ziele höherer Durchimpfungsraten, sinkender Erkrankungszahlen und damit einer Masernelimination zu erreichen. Diese Maßnahmen stehen allesamt nicht im Konflikt mit den Grundrechten und sind daher im Gegensatz zu Ihrem Gesetzentwurf sicher verfassungsgemäß. Alle diese Maßnahmen wurden bisher, um mit dem ehemaligen Vorsitzenden der STIKO, Jan Leidel, zu sprechen, „*nicht oder allenfalls halbherzig umgesetzt*“. Namhafte Verfassungsjuristen sprechen einer flächendeckenden Impfpflicht (wie sie die Impfpflicht für alle KiTa-Kinder zweifellos ist) ebenfalls die geforderte Angemessenheit ab (Trapp 2015³⁶).

Gerne bieten wir Ihnen und Ihren Mitarbeiterinnen und -mitarbeitern unsere Expertise zum Thema Impfen an, mit dem Ziel, den in unseren Augen falschen Weg einer Impfpflicht zu verhindern. Sollte dies nicht gelingen, wird dann – und daran besteht für uns kein Zweifel – das Bundesverfassungsgericht diese Aufgabe übernehmen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Steffen Rabe
für den Verein „Ärzte für individuelle Impfentscheidung e. V.“

Der Verein „Ärzte für individuelle Impfentscheidung e. V.“ ist eine gemeinnützige Organisation von Ärztinnen und Ärzten, die Schutzimpfungen grundsätzlich als einen Bestandteil ärztlicher Vorsorge ansehen. Sie fordern den Erhalt einer freien, individuellen und verantwortungsvollen Impfentscheidung nach differenzierter, umfassender und ergebnisoffener Beratung. Die Mitglieder sehen sich der Ottawa-Charta verpflichtet: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ (WHO 1986³⁷)

QUELLENANGABEN

- ¹ RKI 2019: [RKI-Ratgeber Masern](#). Stand 06.02.2019. Abruf 24.05.2019
- ² WHO 2017: Measles vaccines: WHO position paper – April 2017. WER 92; 205-228.
- ³ ebenda.
- ⁴ Rabe S. 2019a: [Die Trumpisierung der Impfdiskussion – ein Faktencheck](#). Abruf 24.05.2019
- ⁵ BMG 2015: [Nationaler Aktionsplan 2015–2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland](#). Abruf 24.05.2019
- ⁶ Rabe S. 2019b: [Faktencheck Masern](#). Abruf 24.05.2019
- ⁷ NAVKO 2018: [Zusammenfassender Bericht der Nationalen Verifizierungskommission Masern/Röteln \(NAVKO\) zum Sachstand der Elimination in Deutschland 2017](#). Abruf 25.05.2019
- ⁸ BZgA 2017: [Einstellungen, Wissen und Verhalten von Erwachsenen und Eltern gegenüber Impfungen – Ergebnisse der Repräsentativbefragung 2016 zum Infektionsschutz](#). Abruf 24.05.2019
- ⁹ Pharma Fakten 2019: [Steigende Nachfrage nach Impfstoffen](#). Abruf 27.05.2019
- ¹⁰ Kuhn J. 2017: Impfpflicht: Kein Kita-Besuch ohne Masern-Impfung? Impulse 97; 22 - 23.
- ¹¹ ASSET 2016: [Compulsory vaccination and rates of coverage immunisation in Europe](#). Abruf 24.05.2019
- ¹² Sabin Vaccine Institute 2018: [Legislative Approaches to Immunization Across the European Region](#). Abruf 24.05.2019
- ¹³ Leidel J. 2019: [science media center](#). Abruf 24.05.2019
- ¹⁴ Rabe S. 2019: Wider eine Impfpflicht in Deutschland – eine Streitschrift. ZfA 95; 215-221
- ¹⁵ Quelle dieser Zitate (wenn nicht anders gekennzeichnet): science media center germany 2019: [„Pflicht für Masernimpfung in Deutschland?“](#) Abruf 25.05.2019
- ¹⁶ Wieler L. 2017: [Impfpflicht würde Masernproblem nicht lösen](#). Ärztezeitung online 25.09.2017. Abruf 24.05.2019
- ¹⁷ BMG 2015: [Nationaler Aktionsplan 2015–2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland](#). Abruf 24.05.2019
- ¹⁸ WHO 2017: Measles vaccines: WHO position paper – April 2017. WER 92; 205-228
- ¹⁹ „The development of a high avidity antibody response is critical for the development of protective immunity to measles virus. Antibody avidity to measles virus is generally lower in children vaccinated at 6 or 9 months of age compared with the avidity obtained in children vaccinated at age 12 months.“
- ²⁰ „These results indicate that mispriming of the immune system after early vaccination cannot be cured by a late second dose of MCV.“ [14]
- ²¹ Poethko-Müller C, Mankertz A: Sero-epidemiology of measles-specific IgG antibodies and predictive factors for low or missing titres in a German population-based cross-sectional study in children and adolescents (KiGGS). Vac-cine 2011; 29: 7949–7959
- ²² Carazo Perez S. Clin Infect Dis. 65;1094-1102
- ²³ Voysey M. 2017. JAMA Pediatr 171;637–646
- ²⁴ RKI 2013: [RKI-Ratgeber Mumps](#), Stand 20.12.2013. Abruf 25.05.2019
- ²⁵ West R. 1966: Epidemiologic study of malignancies of the ovaries. Cancer 19;1001–1007
- ²⁶ Newhouse M. 1977: A case control study of carcinoma of the ovary. Br J Prev Soc Med. 31; 148–153
- ²⁷ Cramer D. 2010. Mumps and ovarian cancer: modern interpretation of an historic association. Cancer Causes Control 21; 1193–1201
- ²⁸ Poethko-Müller C. 2013: Impfstatus von Erwachsenen in Deutschland Bundesgesundheitsblatt 56; 845-857
- ²⁹ BMG 2015: [Nationaler Aktionsplan 2015–2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland](#). Abruf 24.05.2019
- ³⁰ Rabe S. 2019b: [Faktencheck Masern](#). Abruf 24.05.2019
- ³¹ BZgA 2017: [Einstellungen, Wissen und Verhalten von Erwachsenen und Eltern gegenüber Impfungen – Ergebnisse der Repräsentativbefragung 2016 zum Infektionsschutz](#). Abruf 24.05.2019
- ³² Demicheli V. 2012: Cochrane Database Syst Rev. 15;2:CD004407
- ³³ Zuck R. 2013: Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen des Impfschadenrechts | Kriminologie und Medizinrecht 2013, 169-200. C. F. Müller, Heidelberg.
- ³⁴ Zuck R. 2017: MedR 35;85-91
- ³⁵ ZEIT ONLINE, 23.05.2019: [Diskussion über geplante Impfpflicht für Masern](#). Abruf 25.05.2019
- ³⁶ Trapp DB 2015: Impfzwang – Verfassungsrechtliche Grenzen staatlicher Gesundheitsvorsorgemaßnahmen, DVBl. 17;11 - 19.
- ³⁷ WHO 1986: [Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung](#). Abruf 27.05.2019