Gutachten

der Zeitschrift *impf-report* zur Verfassungsmäßigkeit des Masernschutzgesetzes

Entwurf!
Entwurf!
Entwurf!

Verfasser:

Hans U. P. Tolzin

Medizin-Journalist und Herausgeber der Zeitschrift *impf-report*

Widdersteinstr. 8, 71083 Herrenberg, redaktion@impf-report.de

Version 0.6

vom 11. Feb. 2020

Inhaltsverzeichnis

1 Über dieses Gutachten ... 3
2 Zusammenfassung ... 4
3 Der Auftrag von Art. 1 Abs. 1 GG ... 6
4 Sinnvolle Grundrechtseinschränkungen ... 8
5 Impfungen als Körperverletzung ... 9
6 Das Ziel einer sinnvollen Präventionspolitik ... 11
7 Problematische Begründungen des Masernschutzgesetzes ... 13
7.1 Gleichsetzung von Impfrate und Immunitätsrate ... 13
7.2 Ignorierung des Anteils nicht abgegebener Impfpässe ... 14
7.3 Gleichsetzung von Ansteckung und Erkrankung ... 15
7.4 Was sind „hohe Komplikationsraten“? ... 16
7.5 Was sind „hohe Raten an Folgeerkrankungen?“ ... 16
7.6 Ab wann ist eine Infektion nicht mehr „harmlos“? ... 21
7.7 Sind die verfügbaren Impfstoffe „hochverträglich“? ... 21
7.8 Sind die verfügbaren Impfstoffe „hochwirksam“? ... 24
7.9 Unsicherheit über die Höhe des als schützend angesehenen Antikörpertiters ... 28
7.10 Wie gesichert ist ein Herdenschutz ab 95 % Durchimpfungsrate? ... 31
7.11 „2018 kam es weltweit zu einer Verdoppelung der Masernfälle“ ... 33
7.12 „Vermehrt Erkrankungen von Jugendlichen und Erwachsenen“ ... 35
7.13 „Anstieg der Fallzahlen durch fortschreitende Impfmüdigkeit“ ... 37
7.14 „Große Ausbrüche in Deutschland“ ... 38
7.15 Erwartung: Die Impfpflicht wird für höhere Impfraten sorgen ... 39
7.16 Selbstverpflichtung der europäischen WHO-Region ... 42
7.17 Mängel der Masernerfassung in Deutschland ... 43
7.18 Fehlende Haftung der Hersteller führt zu mangelhaften Produkten ... 44
7.19 Ungleichbehandlung bei Nachweis der Immunität ... 45
7.20 Herdenschutz als einzig möglicher Schutz für immungeschwächte Personen ... 47
7.21 „Keine Alternativen“ der Vorsorge ... 47
7.21.1 Passiv-Impfung (Immunglobuline) ... 47
7.21.2 Vitamin A ... 48
7.21.3 Vermeidung von Fiebersenkung, soweit nicht direkt indiziert ... 49
7.21.4 Vermeidung von Antibiotika, soweit nicht direkt indiziert ... 51
8 Fehlende Verhältnismäßigkeit ... 53
9 Gesundheitspolitisch relevante Vorteile der Masern ... 54
10 Glossar/Abkürzungen ... 58

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

1 Über dieses Gutachten

Am 14. November 2019 verabschiedete der Deutsche Bundestag das von Gesundheitsminister Spahn initiierte „Masernschutzgesetz“. Mit diesem Gesetz sollen ab 1. März 2020 bzw. 1. August 2021 mehrere Grundrechte unmittelbar eingeschränkt werden, nämlich die Grundrechte

- auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 GG)
- Gleichheit vor dem Gesetz (Art. 3 GG)
- auf Gewissensfreiheit (Art. 4 GG)
- auf die Autonomie der Familie (Art. 6 GG)
- auf freie Berufswahl (Art. 12 GG)

Der Medizin-Methodiker Prof. Dr. Dr. Harald Walach spricht davon, dass es sich bei Wissenschaft in der Regel um einen sozialen Konsensprozess unter den führenden Experten handelt. Sicherlich kann so ein Konsensprozeß helfen, zu einer gesellschaftlich tragfähigen Schlussfolgerung zu kommen. Aus dem Konsens kann jedoch schnell ein Dogma werden, die von niemandem mehr in Frage gestellt werden darf. So könne laut Walach eine wissenschaftliche Tatsache sogar zu einer Übereinkunft werden, mit dem Denken aufzuhören. [1]

In der Praxis ist es tatsächlich eine Herausforderung, für ein Gutachten zum Masernschutzgesetz unabhängige medizinische sowie juristische Experten zu gewinnen, die bereit sind, den derzeitigen Konsens anhand nachvollziehbarer Fakten in Frage zu stellen.

Angesichts dieses Umstands sah sich der Verfasser dieses Gutachtens veranlasst, seine eigene Expertise einzubringen. Er hat sich seine Fachkenntnis innerhalb von 20 Jahren in Eigenstudium angeeignet und gibt seit 2005 eine Zeitschrift zu dem Thema heraus.

Der Verfasser versichert, dieses Gutachten nach bestem Wissen und Gewissen erstellt zu haben.

Entwurf! Entwurf! Entwurf! Entwurf!

[1] Prof. Dr. Dr. Harald Walach: *„Was ist eine wissenschaftliche Tatsache? Ein kleines Fallbeispiel: Der ‚Masernprozess‘“*, harald-walach.de, Methodenlehre für Anfänger, abgerufen am 10. Dez. 2019

2 Zusammenfassung

Die Reduzierung der Krankheitslast in der Bevölkerung durch die Schaffung von günstigen Rahmenbedingungen ist die zentrale Aufgabe eines Gesundheitsministeriums.

Dem Ziel, die masernbedingte Krankheitslast soweit wie möglich zu reduzieren, ist grundsätzlich zuzustimmen. Die entsprechenden Maßnahmen müssen jedoch „geeignet, erforderlich und angemessen“ und mit dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit vereinbar sein.[2]

Eine Grundrechteeinschränkung der Artikel 2, 3, 4, 6 und 12 GG durch das Masernschutzgesetz ist bei jährlich durchschnittlich einem masernbedingten Todesfall und jährlich durchschnittlich 1.400 erfassten Erkrankungen, die zu etwa 90 % keiner stationären Behandlung bedürfen, nicht verhältnismäßig.[3]

Die in der Begründung des Masernschutzgesetzes angeführten Behauptungen einer angeblichen Impfmüdigkeit und eines bedenklichen Anstiegs der Fallzahlen sind nicht zutreffend: Wir haben in Deutschland bereits ohne Impfpflicht höhere Durchimpfungsraten als viele Länder mit langjähriger Impfpflicht.

Um den Grundrechteeingriff zu minimieren, ist der Gesetzgeber vor dem Grundgesetz verpflichtet, zuvor alle Möglichkeiten der Vorsorge auszuschöpfen. Im Falle des Masernschutzgesetzes werden jedoch alternative Methoden der Vorsorge und Behandlung beflissentlich ignoriert.

Selbst wenn die Fallzahlen in Deutschland künftig deutlich fallen sollten, so ist die von der WHO geforderte Elimination der Masern nach den offiziellen Kriterien gar nicht möglich, da Deutschland laut WHO starke Defizite bei den Erfassungssystemen hat.

Der Gesetzgeber ignoriert darüber hinaus offene Fragen zu Wirksamkeit und Sicherheit der verfügbaren Masernimpfstoffe.

Die Nichtverfügbarkeit eines Monoimpfstoffes widerspricht aus mehreren Gründen dem Fürsorgeprinzip und dem Auftrag des Grundgesetzes, eine als unvermeidlich angesehene Grundrechteeinschränkung tunlichst zu minimieren.

Darüber hinaus ignoriert der Gesetzgeber mögliche positive Wirkungen einer natürlichen Masernerkrankung. Die Masern erweisen sich in vielen Fällen als eine sinnvolle Maßnahme der Natur, um das zelluläre Immunsystem, das bei der Immunabwehr die Hauptarbeit leistet, nachhaltig zu stärken und stabilisieren. Diesbezügliche neuere Erkenntnisse werden zugunsten etwa 120 Jahre alter Hypothesen ignoriert.

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

---

[2] Wissenschaftlicher Dienst des Bundestages: „Verfassungsrechtliche Zulässigkeit einer Impfpflicht“, 2016, Aktenzeichen WD 3 – 3000 – 019/16

[3] Siehe Statistiken des Robert-Koch-Instituts

Die Möglichkeit der kompletten Ausrottung des Masernvirus – und damit der Masernerkrankung - ist reine Hypothese. Auf dieser Grundlage mehrere Grundrechte massiv einzuschränken, ist unsinnig und verantwortungslos.

Das Masernschutzgesetz ist nach Ansicht des Verfassers aus jedem der genannten und nachfolgend ausführlicher dargestellten Gründe verfassungswidrig.

Entwurf!
Entwurf!
Entwurf!

3 Der Auftrag von Art. 1 Abs. 1 GG

Zitat:

„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist die Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“.

Keine Ideologie darf über den Menschenrechten stehen

Nach Recherche des Verfassers ist die Formulierung in Art. 1 Abs. 1 GG, von der sich die Grundwerte und letztlich alle Gesetze ableiten, in ihrer Deutlichkeit weltweit einmalig.

Sie ist als Konsequenz aus zwei verlorenen Weltkriegen und dem damit verbundenen Leid anzusehen. Art. 1 Abs. 1 GG ist der Auftrag der Überlebenden an die nachfolgenden Generationen, niemals wieder eine Ideologie über die Menschenrechte zu stellen, ganz gleich, wie sich diese Ideologie nennt und rechtfertigt.

Unterscheidung zwischen Ideologie und nachvollziehbaren Fakten

Ein Verfassungsgericht hat die Aufgabe, grundrechteinschränkende Gesetze *nicht nur formaljuristisch*, sondern auch ihre Begründungen zu prüfen. Ist eine Begründung nicht nachvollziehbar oder beruht sie sogar auf unwahren Tatsachenbehauptungen, handelt es sich um Ideologie – und vor dieser will uns Art. 1 Abs. 1 GG schützen.

Sorgfaltsgebot

Dabei verpflichtet die Unantastbarkeit der menschlichen Würde, bei jeder Grundrechteeinschränkung das Für und Wider mit *größter Sorgfalt* abzuwägen.

Wird aus der Begründung keine Sorgfalt ersichtlich, werden z. B. gewichtige Gegenargumente ignoriert, ist ein grundrechteeinschränkendes Gesetz verfassungswidrig.

Ein kritischer Blick

Zum Schutze der unantastbaren Würde des Menschen muss sich ein Verfassungsgericht einen kritischen Blick auch auf eine aktuell als gültig angesehene Lehrmeinung bewahren. *„Das Wissen von heute ist der Irrtum von morgen“*, sagt das Sprichwort. Wo gilt diese Weisheit mehr als in der Medizin?[4]

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

[4] Beispiel sind der Aderlass als Heilverfahren oder die ursprünglich gegen starke Widerstände kämpfende Erkenntnis, dass der Arzt vor dem Berühren des Patienten die Hände zu waschen hat (siehe dazu auch „Semmelweis-Syndrom)

Was als wissenschaftlich und als wahr gelte, so der Medizinmethodiker Prof. Dr. Dr. Harald Walach, sei in erster Linie ein sozialer Konsensprozess unter jenen Fachkreisen, die in der Gesellschaft als Meinungsführer gelten.[5]

Tatsächlich hat der Verfasser von den zuständigen Gesundheitsbehörden mehr als einmal auf konkrete Fragen über die wissenschaftlichen Quellen für bestimmte Aussagen sinngemäß die Antwort erhalten, die Aussage sei wahr, weil sie so in den Lehrbüchern stehe.

Im Referentenentwurf des Gesundheitsministeriums, sowie im Bundeskabinett und auch im Gesundheitsausschuss des Bundestages wurde ausschließlich die derzeit vorherrschende Meinung vorgetragen, es gebe keinerlei Alternativen zu maximalen Durchimpfungsraten, um die masernbedingte Krankheitslast in Deutschland zu senken.

Doch es geht hier um explizit durch Art. 1 Abs. 1 GG geschütztes Grundrecht. Eine Minderheit unter den Fachleuten diskutiert sehr wohl Alternativen zur aktuellen Impfpolitik.

Was ist, wenn die Politik ganz offensichtlich und völlig einseitig nur Experten zu Wort kommen ließ, die *für* die angebliche Alternativlosigkeit einer Grundrechtseinschränkung plädieren? Bereits der Prozess des Zustandekommens des Masernschutzgesetzes ist im Grunde ein Verstoß gegen den Geist des Grundgesetzes.

Die Leichtfertigkeit, mit der mehrere zentrale Grundrechte verletzt werden, empfindet der Verfasser als zutiefst beunruhigend. Das Verfassungsgericht als ein wesentlicher Bestandteil der Gewaltenteilung und als Verteidigungslinie gegen Ideologien, die sich über Grundrechte erheben wollen, ist aufgefordert, die Zulässigkeit des MSG ergebnisoffen zu prüfen.

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

[5] Prof. Dr. Dr. Harald Walach: *„Was ist eine wissenschaftliche Tatsache? Ein kleines Fallbeispiel: Der ‚Masernprozess'"*, harald-walach.de, Methodenlehre für Anfänger, abgerufen am 10. Dez. 2019

4 Sinnvolle Grundrechtseinschränkungen

Es gibt Situationen und Umstände, da ist eine Grundrechteeinschränkung sinnvoll. Wenn z. B. ein Unfallarzt an einen Unfallort kommt und ein bewusstloser Verletzter zu verbluten droht:

Würde der Arzt warten, bis der Bewusstlose von allein erwacht, um ihn dann um Erlaubnis zu fragen, ob er ihn behandeln darf, könnte dies den Tod des Verletzten bedeuten. Hier spricht die Abwägung klar für eine Behandlung auch ohne bewusste Einwilligung des Patienten.

Dennoch entbindet dies auch den Unfallarzt nicht von der Verantwortung zu überprüfen, ob sich am Körper des Verletzten Hinweise auf bestimmte Kontraindikationen finden lassen, z. B. durch eine Allergie, Diabetes oder Herzkrankheit.

Eine Impfung ist ein nicht unmittelbar notwendiger medizinischer Eingriff in das Immunsystem eines gesunden Menschen. Ob diese Person jemals über eine Infektion in eine gesundheits- oder gar lebensbedrohliche Situation gekommen wäre, weiß man zu diesem Zeitpunkt nicht.

Ob die Impfung im individuellen Falle vielleicht verpufft („Impfversager“), weiß man zu diesem Zeitpunkt ebenfalls nicht. Ebenso kann nicht vorausgesagt werden, ob es im Einzelfall zu schweren Nebenwirkungen oder gar Impfschäden kommen wird.

Wir haben also bei einer Impfung eine völlig andere Situation als bei einem Unfallopfer. Eine Situation, die im Sinne von Art. 1 Abs. 1 GG eine äußerst sorgfältige Abwägung von Für und Wider erfordert.

Entwurf!

5 Impfungen als Körperverletzung

Impfungen sind laut dem bayerischen Regierungsdirektor und Mitverfasser des IfSG Helmut Erdle Körperverletzungen, die der mündigen Einwilligung bedürfen: [6]

> *"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 (...) Aufklärung beruhen."*

Und das Bundesfamilienministerium schreibt auf Anfrage der Elternvereinigung „EFI Dresden“ am 18. März 2005: [7]

> *"Schutzimpfungen sind in Deutschland grundsätzlich freiwillig. Impfungen stellen einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit im Sinne des Artikels 2 Grundgesetz dar, zu dem der Geimpfte bzw. seine Erziehungs- oder Sorgeberechtigten vorher die Zustimmung erteilen müssen.“*

Ein profanes Beispiel: Niemand, auch kein Gesundheitsminister, selbst wenn er Professor der Medizin wäre, darf durch die Fußgängerzone einer Stadt spazieren, und die Passanten ungefragt oder gar gegen ihren Willen mit einer spitzen Nadel in die Haut stechen. Tut er das dennoch, macht er sich strafbar.

Auch wenn sie offiziell als „abgeschwächt“ gelten, enthalten alle Impfstoffe mit Masernkomponente vermehrungsfähige Krankheitserreger, die Fieber, Schwellungen und Krankheitsgefühl verursachen können.

Drittens enthalten alle Masernimpfstoffe potentiell toxische Substanzen, für die nach Wissen des Verfassers in der Regel keine placebokontrollierten Sicherheitsstudien für ihre Injektion in einer Konzentration vorliegen, die auch im Impfstoff enthalten ist.[8]

Viertens enthalten alle Masernimpfstoffe bekannte Allergene wie z. B. Hühnereiweiß. Unabhängige Untersuchungen haben darüber hinaus Spuren von weiteren potentiell allergene Substanzen festgestellt.

So enthalten alle gängigen Impfstoffe mit Masernkomponente unter anderem das Metall Nickel.[9] Laut Apotheken-Umschau vom 14.05.2019 sind etwa 15 % der Bevölkerung von einer Nickel-Allergie betroffen.[10] Niemand kann voraussagen, ob

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

---

[6] "Infektionsschutzgesetz: Kommentar", Regierungsdirektor a. D. Helmut Erdle, 4. Auflage 2013, CoMed Verlag, S. 66

[7] Schreiben des Bundesfamilienministeriums vom 18. März 2005 an EFI-Dresden

[8] Beispiel: Neomycin, Sorbitol, Hydrolysierte Gelatine, Medium 199, Minimum Essential Medium, Natriumglutamat, Phenolrot

[9] Impfstoffuntersuchungen durch das zertifizierte Micro Trace Labor, Hersbruck, vom 11. Aug. 2017 und 2. Sept. 2019

[10] https://www.apotheken-umschau.de/allergie/nickelallergie, abgerufen am 3.12.2019

ein Nickel-Allergiker bei Injektion von in Spuren vorhandenem Nickel mit einem Allergieschub oder gar einem anaphylaktischen Schock reagiert, der im Extremfall auch tödlich sein kann.

Mit solchen Impffolgen muss gerechnet werden. Beispielhaft ein Zitat aus der Fachinfo von M-M-RVaxPro vom April 2019:

> *„Wie bei allen injizierbaren Impfstoffen sollten für den Fall von seltenen anaphylaktischen Reaktionen nach Verabreichung des Impfstoffs stets geeignete medizinische Behandlungsmöglichkeiten unmittelbar zur Verfügung stehen (siehe Abschnitt 4.8).*
>
> *Bei Erwachsenen und Jugendlichen mit allergischer Diathese besteht möglicherweise ein erhöhtes Risiko für anaphylaktische oder anaphylaktoide Reaktionen. Es wird empfohlen, solche Personen nach der Impfung sorgfältig auf erste Anzeichen einer anaphylaktischen oder anaphylaktoiden Reaktion zu beobachten.*
>
> *Die Masern- und die Mumps-Komponente des Lebendimpfstoffs werden in Hühnerembryozellen gezüchtet. Bei Personen mit bekannten anaphylaktischen, anaphylaktoiden oder anderen Überempfindlichkeitsreaktionen vom Soforttyp (wie Nesselsucht, Schwellungen im Mund- und Rachenraum, Atembeschwerden, Blutdruckabfall oder Schock) nach Verzehr von Hühnereiern besteht daher möglicherweise ein erhöhtes Risiko für Überempfindlichkeitsreaktionen vom Soforttyp. Bei diesen Personen sollte eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen.“*

Somit ist eine Impfpflicht oder Impfnötigung allein schon dadurch eine Verletzung der Verfassung, wenn der Gesetzgeber nicht aus- und nachdrücklich dafür sorgt, dass diese Risiken mit größtmöglicher Sicherheit ausgeschlossen oder doch wenigstens durch eine umfassende Aufklärung der Bevölkerung und der Ärzteschaft minimiert werden können.

Und Nickel ist nicht das einzige nicht öffentlich diskutierte potentielle Allergen in Masern-Impfstoffen.[11]

Entwurf Entwurf Entwurf

[11] siehe Tabelle mit den durch Micro Trace Labor nachgewiesenen Elementen in den vier derzeit verfügbaren Impfstoffen mit Masernkomponente: http://agbug.de/labortest/Charge/MMR.pdf

6 Das Ziel einer sinnvollen Präventionspolitik

Ziel und Aufgabe einer Gesundheitspolitik muss das Senken der Krankheitslast in der Bevölkerung sein. Anders ausgedrückt, geht es um die Schaffung der Voraussetzungen für eine möglichst optimale Gesundheit aller Menschen bei gleichzeitig minimalen Eingriffen in die Eigenverantwortung und Freiheit des Einzelnen.

Impfungen können durchaus eine der zur Diskussion stehenden Vorgehensweisen sein, die gegeneinander abzuwägen sind. Das Anstreben einer maximalen Durchimpfung der Bevölkerung mit Hilfe von massiven Grundrechteeinschränkungen bei gleichzeitiger Ignorierung möglicher Alternativen wäre jedoch verfassungswidrig.

Selbst wenn zu einem bestimmten Zeitpunkt Impfungen als die effektivste Maßnahme angesehen wurden, so kann sich dies durch neue wissenschaftliche und medizinische Erkenntnisse mit der Zeit verschieben. Es ist also von der Gesundheitspolitik eine ständige Diskussionsbereitschaft gefordert.

Deshalb ist allein schon die Einrichtung einer „Ständigen Impfkommission (STIKO)“ ein Fehler, da diese sich nur mit *einer* Maßnahme, nämlich Impfungen, beschäftigen, nicht aber mit den vorhandenen Alternativen. Wesentlich sinnvoller wäre nach Ansicht des Verfassers eine „Allgemeine Vorsorgekommission“ (AVKO), die aus Experten verschiedenster medizinischer Disziplinen zusammengesetzt ist.

Gibt es solche Alternativen der Vorsorge?

Es ist eine Tatsache, dass die masernbedingte Sterblichkeit in Deutschland zwischen 1900 und 1962, also bereits *vor* der erstmaligen Verfügbarkeit eines Masern-Impfstoffs, um 99 % von knapp 13.000 auf 140 Todesfälle gesunken ist.[12] [13]

Am Rückgang der Masernsterberate auf den heutigen Wert von jährlich durchschnittlich einem erfassten Todesfall hat die Masernimpfung somit höchstens einen Anteil von 1 %!

Dieser phänomenale Rückgang, der in ähnlicher Weise auch in anderen Ländern zu beobachten ist, muss Ursachen haben.[14] Bisher haben es deutsche

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

[12] „Mortality Statistic of the United States 1900 to 1904, Special Reports, Department of Commerce and Labor, United States of America, Washington, Government Printing Office 1906, S. XXVI, siehe auch https://www.cdc.gov/nchs/data/vsushistorical/mortstatsh_1900-1904.pdf, abgerufen am 3.12.2019

[13] H.P.Pöhn, G.Rasch: „Statistik meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten“, bga Schriften 5/1993, MMV Medizin Verlag 1994, S. 81,

[14] a) Dr. Wolfgang Ehrengut: „Die Impffibel“, F.K.Schattauer Verlag, 2. Auflage 1966, S. 228 (Beispiel USA)

Gesundheitsminister versäumt, die Ursachen für diesen Rückgang systematisch zu erforschen. Dies wäre jedoch unerlässlich, um die Krankheitslast durch Masern durch gezielte – und möglicherweise nicht die Grundrechte tangierende - Maßnahmen weiter senken zu können.

Dies gehört gewissermaßen zu den „Hausaufgaben“ eines Gesundheitsministeriums, bevor man als letzte Möglichkeit daran geht, Maßnahmen wie Betretungs- und Berufsverbote sowie Buß- und Zwangsgelder einzuführen.

Entwurf!
Entwurf!
Entwurf!

b) Prof. Thomas McKeown: „Die Bedeutung der Medizin“, Suhrkamp Verlag 1982, S. 151 (Beispiel England und Wales)

7 Problematische Begründungen des Masernschutzgesetzes

7.1 Gleichsetzung von Impfrate und Immunitätsrate

Die offizielle Begründung für die Einführung einer Impfpflicht ist das Nichterreichen eines angestrebten Herdenschutzes durch 95-%ige *Immunität* in der Bevölkerung gegen das Masernvirus. Im RKI-Ratgeber Masern heißt es wörtlich: [15]

> *„Dies kann erreicht werden, wenn mindestens 95 % der Bevölkerung über eine ausreichende Immunität gegen die Masern verfügen und damit ein Herdenschutz ausgebildet wird."*

Das Robert-Koch-Institut (RKI) ist die Bundesseuchenbehörde und als solche dem Bundesgesundheitsministerium untergeordnet.

In diesem Zitat ist wohlgemerkt nicht von einer mindestens 95-%igen *Impfrate*, sondern von einer 95-%igen *Immunitätsrate* die Rede. Um diese 95-%ige *Immunitätrate* zu erreichen, zielt das Gesetz auf eine 95-%ige *Impfrate* ab.

Immunitätsrate und *Impfrate* sind jedoch aufgrund sogenannter primärer und sekundärer „Impfversager" nicht dasselbe. Mit primären Impfversagern sind jene Geimpften gemeint, die nach einer Impfung keinen als schützend angesehenen Antikörpertiter entwickeln. Bei den sekundären Impfversagern fällt der Antikörpertiter im Laufe der Zeit unter den als schützend angesehenen Wert.

Die große Bevölkerungs-Studie KiGGS des RKI, an der knapp 18.000 Kinder und Jugendliche teilnahmen, ermittelte bei termingerecht zweimal geimpften Kindern bis zu 2 Jahre nach ihrer zweiten Impfung eine Rate von 4 % Impfversagern, die nicht den erwünschten Mindesttiter von 350 mIE/ml erreichten und somit als anfällig für das Masernvirus gelten.

3-6 Jahre nach der zweiten Impfung beträgt der Anteil der Impfversager bereits 7,4 % und 6-18 Jahre nach der letzten Impfung sogar 12,6 %. Daraus kann geschlossen werden, dass der über Impfungen erworbene Antikörpertiter mit wachsendem zeitlichen Abstand sinkt und die Rate der Impfversager zunimmt.[16]

Das Sinken von Impftitern wird nicht nur in Deutschland beobachtet.[17]

---

[15] RKI-Ratgeber Masern, rki.de, abgerufen am 07.12.2019. Siehe dazu auch die Email des RKI vom 19.09.2019 auf IFG-Anfrage Nr. 167 des Verfassers vom 22.05.2019

[16] 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) (2011) Vaccine, 29 (45), pp. 7949-7959, Table 2

[17] Bianchi FP et al.: *"Long-term immunogenicity of Measles vaccine: an Italian retrospective cohort study"*. J Infect Dis. 2019 Oct 3, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31580436

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

Leider liegen für Deutschland über die KiGGS-Studie hinaus keine genaueren Daten über die Entwicklung des Impftiters mit zunehmendem Alter bzw. zunehmendem Abstand zu der Impfung vor. Auch bei der vergleichbaren Erwachsenen-Studie DEGS wurden nach Wissen des Verfassers diese Werte leider nicht vom RKI erhoben.

Es kann somit nicht ausgeschlossen werden, dass bis zur Hälfte der Gesamtbevölkerung keinen als schützend angesehenen Masern-Antikörpertiter vorweisen kann, weil sie entweder niemals die Masern durchgemacht haben oder primäre bzw. sekundäre Impfversager sind.

Damit wären jedoch von vornherein alle Bestrebungen, eine Herdenimmunität durch eine mindestens 95-%ige *Immunitätsrate* zu erreichen, zum Scheitern verurteilt.

Dieses Ziel wäre selbst bei einer 100-%igen Durchimpfung allein schon aufgrund der primären und sekundären Impfversager nicht erreichbar.

Aufgrund der Sorgfalts- und Fürsorgepflicht wäre es geboten, vor Einführung einer Impfpflicht die tatsächliche Immunitätslage in der Gesamtbevölkerung zu klären.

7.2 Ignorierung des Anteils nicht abgegebener Impfpässe

Dazu kommt als weiterer Unsicherheitsfaktor die Rate derer, die keinen Impfpass vorweisen können. Das sind laut KiGGS-Studie 6,7 % der erfassten Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren.[18]

Laut dem Epidemiologischen Bulletin des RKI beträgt im Rahmen der Einschulungsuntersuchung die Rate der Kinder ohne Impfpass in den letzten Jahren etwa 8 %.[19]

Wie hoch der Anteil der Ungeimpften bzw. Kinder ohne ausreichenden Antikörpertiter unter den Kindern ohne vorgelegten Impfausweis ist, ist wenig bis gar nicht erforscht. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen ohne Impfpass fällt bei allen offiziellen Statistiken einfach unter den Tisch, so dass keine realistischen Daten vorliegen, weder bezüglich der Durchimpfungsrate noch der Immunitätsrate.

Eine realistische Erfolgskontrolle der angestrebten Immunität von 95 % in bestimmten Geburtsjahrgängen ist somit gar nicht möglich.

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

[18] C. Poethko-Müller, A. Mankertz: „Durchimpfung und Prävalenz von IgG-Antikörpern gegen Masern bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland“, Bundesgesundheitsblatt 9/2013, S. 1243

[19] EpiBull Nr. 18/2019, S. 148

7.3 Gleichsetzung von Ansteckung und Erkrankung

In der Begründung des Referentenentwurfs lautet der erste Satz:

> *„Masern gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen“.*

Mit Ansteckung ist eine von außen herangetragene Infektion und zeitlich begrenzte Vermehrung des Masernvirus in einem Menschen gemeint. Es wird in der allgemeinen Diskussion und im Referentenentwurf das Bild vermittelt, als sei eine Infektion mit Erkrankung gleichzusetzen.

Dies ist jedoch nicht richtig. Das Masernvirus mag als „hochinfektiös“ gelten, aber das Virus allein ist ganz offensichtlich nicht in der Lage, sicht- und spürbare Krankheitssymptome auszulösen. Dazu sind weitere Faktoren erforderlich, wie bereits der ungeklärte Rückgang der Maserntodesfälle um 99 % zwischen 1900 bis 1962 andeutet.[20]

Das Phänomen der „stillen Feiung“ zeigt, dass eine Maserninfektion nicht automatisch mit Krankheitssymptomen einhergehen muss – und trotzdem einen als schützend angesehenen Antikörpertiter erzeugen kann.

In der großen KiGGS-Studie des RKI wurden u. a. 68 ungeimpfte Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren erfasst, die laut Anamnese bisher keine Masernerkrankung durchgemacht haben. Darunter wiesen 47 % trotzdem einen positiven Maserntiter auf.

Demnach hatte fast die Hälfte dieser ungeimpften Jugendlichen ohne Masernhistorie die Masern völlig unerkannt durchgemacht und ist aller Voraussicht nach auch ein Leben lang immun.[21]

Über den Anteil der Gesamtbevölkerung, der unabhängig von Impfungen und durchgemachten Masern durch eine stille Feiung über Immunität verfügt, gibt es keine weiteren Daten. Ebenso fehlen offizielle Daten bzw. Forschungen zu den Faktoren, die über das Auftreten von sichtbaren Symptomen und ihre Schwere entscheiden.

Im RKI-Ratgeber Masern heißt es wörtlich:

> *„Das Masernvirus führt bereits bei kurzer Exposition zu einer Infektion (Kontagionsindex nahe 100%) und löst bei über 95% der ungeschützten*

Entwurf. Entwurf. Entwurf.

[20] siehe oben

[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) (2011) Vaccine, 29 (45), pp. 7949-7959, Table 1

Infizierten klinische Erscheinungen aus (Manifestationsindex ebenfalls nahe 100%).“ [22]

Dem widersprechen die Ergebnisse der KiGGS-Studie aus dem eigenen Haus (s. o.). Auf Anfrage konnte das RKI dem Verfasser auch keine Primärquelle nennen, die wissenschaftlich belegt, dass 95 % der „ungeschützten Infizierten“ tatsächlich Krankheitssymptome zeigen. Das RKI verwies stattdessen auf allgemeines Lehrbuchwissen.[23]

Die Behauptung, etwas sei automatisch wahr, weil es in den Lehrbüchern steht, ist ein unzulässiger und unwissenschaftlicher Zirkelschluss.

7.4 Was sind „hohe Komplikationsraten“?

Im Referentenentwurf zum Masernschutzgesetz wird als Begründung auf die „hohe Rate an Komplikationen“ bei Masernerkrankten verwiesen. Nicht geklärt ist, was die Initiatoren des Gesetzes unter einer „hohen Rate“ verstehen.

Bei den Pocken sind Experten von einer 30-%igen Sterberate der Erkrankten ausgegangen. Dies wurde und wird zu Recht als unakzeptabel hoch angesehen.[24]

Bei den Masern jedoch liegt die Sterberate laut RKI-Ratgeber Masern in entwickelten Ländern zwischen 0,05 % bis 0,1 %. Das ist ein 300stel bis ein 600stel der pockenbedingten Sterberate.

Ab welcher Sterberate man von einer „hohen Komplikationsrate“ ausgehen kann, ist nirgendwo geklärt und wird auch von den Autoren des Referentenentwurfs nicht thematisiert. Somit ist diese Behauptung völlig willkürlich.

7.5 Was sind „hohe Raten an Folgeerkrankungen?“

Im Referentenentwurf zum Masernschutzgesetz sind als Begründung „hohe Raten an Folgeerkrankungen“ angeführt. Wie bei der „hohen Komplikationsrate“ ist auch hier nicht definiert, ab welcher Häufigkeit ein Grenzwert überschritten ist, ab dem die Verantwortlichen spätestens handeln müssen.

Die Definition solcher Marker läge in der Verantwortung des Bundesgesundheitsministeriums. Hier liegt ein weiteres Versäumnis vor, das sich auf die Notwendigkeit einer Impfpflicht auswirkt.

Konkret geht es im Zusammenhang mit Masern bei Folgeerkrankungen wahrscheinlich um die Diagnose „SSPE“, die „subakute sklerosierende

---

[22] https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Masern.html, abgerufen am 4.12.2019

[23] Email des RKI vom 07.05.2019, IFG-Anfrage Nr. 163 des Verfassers vom 05.05.2019

[24] Wissenschaftlicher Dienst des Bundestages: „Verfassungsrechtliche Zulässigkeit einer Impfpflicht“, 2016, Aktenzeichen WD 3 – 3000 – 019/16, Seite 5

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

Panenzephalitis“. Kennzeichnend für eine SSPE ist eine schwere Gehirnentzündung, die zu einem jahrelangen geistigen Siechtum und schließlich zum Tode führt.

Laut statistischem Bundesamt werden durchschnittlich etwa 4 Fälle jährlich mit der Diagnose SSPE erfasst.[25]

Die Häufigkeit liegt laut RKI-Ratgeber Masern bei 4-11 SSPE-Fällen pro 100.000 Masernerkrankungen, oder umgerechnet bei etwa 1:10.000.[26]

Seit 2001, dem Beginn der IfSG-Meldepflicht für Masernerkrankungen, beträgt der jährliche Durchschnitt der erfassten Masernfälle etwa 1.400 Erkrankungen.[27] Somit dürfte es in Deutschland durchschnittlich weniger als einen SSPE-Fall jährlich geben. Tatsächlich werden jedoch im Jahresdurchschnitt 4 Fälle erfasst.

Dies könnte auf eine Problematik bei der Diagnosestellung hindeuten. SSPE ist per Definition die Spätfolge einer frühkindlichen Maserninfektion, die nicht ausheilt, sondern unerkannt weiterschwelt, um dann nach Jahren wieder auszubrechen. Zur Feststellung dieses Zusammenhangs gehört ein positiver Labortest auf das Masernvirus im Gehirnwasser des Patienten.

Die SSPE-Fälle werden als Argument für eine maximale Durchimpfungsrate gegen die Masern verwendet. Wenn alle Personen im Umfeld des ungeschützten Säuglings geimpft sind, so die Erwartung, profitieren diese Säuglinge durch die Unterbrechung von Infektionsketten vom sogenannten Herdenschutz.

Eine Maserninfektion ist bei Kindern unter einem Jahr normalerweise nicht möglich, weil Mütter, die selbst die Masern durchgemacht haben, ihren Säuglingen über Plazenta und Muttermilch einen Nestschutz mitgeben.

Dass geimpfte Mütter keinen oder nur einen geschwächten Nestschutz in Form von mütterlichen Antikörpern mitgeben können, ist bekannt.[28] Das RKI schreibt dazu auf seiner Webseite: [29]

Entwurf Entwurf Entwurf

[25] Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt, www.gbe-bund.de, Diagnosecode "ICD10 A81.1", abgerufen am 04.12.2019

[26] https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Masern.html, abgerufen am 04.12.2019

[27] Gesundheitsberichterstattung des Bundes, survstat.rki.de, 2001 - 2018

[28] EpiBull 48/2013, S. 486 + Leuridan E.: "*Early waning of maternal measles antibodies in era of measles elimination: longitudinal study*". BMJ 2010 May 22; Vol. 340, p1123, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20483946

[29] „Antworten des Robert-Koch-Instituts und des Paul-Ehrlich-Instituts zu den 20 häufigsten Einwenden gegen das Impfen, Stand 22.04.2016, https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Bedeutung/Schutzimpfungen_20_Einwaende.html, abgerufen am 04.12.2019.

„Das Kind einer gegen Masern immunen Mutter ist bis längstens 6 Monate nach der Geburt vor Masern geschützt, wobei der Nestschutz bei Kindern geimpfter Mütter kürzer ist als bei Kindern von Müttern, die die Maserninfektion durchgemacht haben.“

Bezüglich der Dauer des Nestschutzes sind sich die Experten offenbar nicht einig. „Vaccines“, das weltweit wichtigste Standardwerk zur Impfthematik, spricht im Gegensatz zum RKI von bis zu 15 Monaten Nestschutz.[30]

Selbst wenn in der Muttermilch keine spezifischen Masernantikörper nachweisbar sind, so ist der Säugling doch durch andere immunstimulierende Faktoren geschützt, die eine frühkindliche Infektion verhindern oder zumindest abschwächen können. Wie man heute weiß, sind die Antikörper nur ein Teil des hochkomplexen Immunsystems des Menschen.[31]

Wie das RKI einräumt, vermitteln Mütter, welche die natürlichen Masern durchgemacht haben, ihren Säuglingen einen deutlich besseren und länger anhaltenden Nestschutz als Mütter, die nur über einen Impftiter verfügen.

Säuglinge von geimpften Müttern haben somit ein höheres Risiko, im ersten Lebensjahr an Masern zu erkranken und damit auch Spätfolgen zu erleiden. Somit kann SSPE als eine indirekte Folge der Masernimpfung betrachtet werden – ein Aspekt, der von den Initiatoren des Masernschutzgesetzes beflissentlich übersehen wurde.

Unabhängig davon fehlen Untersuchungen darüber, ob der Virus-positive Laborbefund im Gehirnwasser von SSPE-Patienten tatsächlich im kausalen Zusammenhang mit der Erkrankung steht. Um dies mit Sicherheit sagen zu können, müssten wir u. a. wissen, ob dieser Laborbefund ausschließlich bei Menschen mit Gehirnentzündungen vorkommt und keineswegs bei Gesunden. Kommt nämlich der Laborbefund auch bei Gesunden vor, ist der kausale Zusammenhang nicht zwingend und eine ausführliche(re) Differentialdiagnose erforderlich.

Der identische Laborbefund kann nämlich z. B. auch als Impfschaden nach einer Masernimpfung auftreten. Die Diagnose heißt hier unter Umständen MIBE statt SSPE. Tatsächlich zeigt eine deutsche Studie, dass alle erfassten SSPE-Fälle, bei denen der Masern-Impfstatus bekannt war, bis zu dreimal gegen die Masern geimpft worden waren. Leider ist der zeitliche Abstand zum Ausbruch der

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

[30] Stanley A. Plotkin, MD; Walter A. Orenstein, MD, DSc (HON); Paul A Offit, MD; Kathryn M. Edwards, MD: „Vaccines“, 7. Auflage, Elsevier 2018, S. 585

[31] G. A. Holländer et al.: „Das Immunsystem: die zellulären und molekularen Grundlagen“ in „Pädiatrische Allergologie und Immunologie“, Urban & Fischer, 4. Auflage 2005, S. 217f.

Gehirnentzündung in dieser Studie nicht erfasst worden, um diesen möglichen Zusammenhang näher zu bestimmen.[32]

Doch auch die SSPE-Diagnose selbst wird als Impffolge diskutiert. Der französische Hersteller MSD der Masernimpfstoffe *M-M-RVaxPro* und *ProQuad* sah sich deshalb sogar gezwungen, in der Fachinformation auf die Möglichkeit von SSPE als Nebenwirkung hinzuweisen.[33]

Gehirnentzündungen sind bereits seit Jahrzehnten als mögliche Folge der MMR-Impfung bekannt und haben weltweit immer wieder zur Rücknahme von MMR-Impfstoffen geführt: 1988 in Kanada, 1989 in Malaysia, 1992 in Großbritannien, Deutschland und Neuseeland, 1993 in Japan, 2004 in Brasilien und 2006 in Italien.[34]

Auslöser der Gehirnentzündungen soll damals der in einigen Impfstoffen enthaltene Mumps-Virenstrang „Urabe“ gewesen sein. Diese Impfstoffe wurden

---

[32] Katharina Schönberger et al.: „Epidemiology of Subacute Sclerosing Panencephalitis (SSPE) in Germany from 2003 to 2009: A Risk Estimation“, plos one, 09.07.2013, • https://doi.org/10.1371/journal.pone.0068909, abgerufen am 08.12.2019

[33] Hersteller: MSD, Frankreich. Fachinformation M-M-RVaxPro, Stand 04/2019, Fachinformation ProQuad, Stand 10/2018

[34] a) Dr. med. Alan Golding: "Letter To David Salisbury by Alan Golding: A Time To Revisit Decisions", vaccines.me, abgerufen am 05.12.2019.

b) Mark Watts, Christopher Hope: „Vaccine officials knew about MMR risks“, The Telegraph online vom 05.03.2007, telegraph.co.uk, abgerufen am 05.12.2019

c) Dr. med. Andrew Wakefield, Vortrag vor der Association of American Physicians and Surgeons, veröffentlicht am 03.10.2011, https://youtu.be/l67fWVrw8xU

d) Canada Diseases Weekly Report, Vol. 16-50, 15. Dez. 1990, S. 1-2

e) Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft: *„Vertriebseinstellung von Impfstoffen, die den Mumpsvirus-Stamm Urabe AM 9 enthalten (Rimparix, Pluserix)“*, Dt. Ärztebl. 89, Heft 40, 2. Okt. 1992(77) A1-3251

f) „SmithKline Beecham zieht die Mumps-Masern(-Röteln)-Impfstoffe Rimparix und Pluserix aus dem Handel“, arznei-telegramm 09/1992, S. 87

g) Manatu Haurora: *„Immunisation Handbook“*, Ministry of Health New Zealand 1996, S. 92

h) Kimura et al.: *“Adverse events associated with MMR vaccines in Japan”*, Acta Paediatrica Japonica 1996; 38:205-11 (Originalarbeit nicht gefunden, wird jedoch mehrfach von anderen Publikationen zitiert)

i) Lawrence Altman: *"Company is investigating possible Vaccine Problems in Brazil"*, New York Times online vom 28. Aug. 2004

j) "*Autism caused by MMR Vacinne - Italian Government tries to avoid paying up - just like the UK*", Child Health Safety online vom 21.05.2012, abgerufen am 05.12.2019

k) *„Kontroversen um die Auslösung von Krankheiten“*, unter "MMR-Impfstoffe", wikipedia.de, abgerufen am 05.12.2019

l) *"Chiron zieht MMR-Impfstoff vom Markt - Italien und Entwicklungsländer betroffen"*, aerzteblatt.de vom 17.03.2006, abgerufen am 05.12.2019

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

nach und nach vom Markt genommen, nachdem eine spezielle Studie des britischen Herstellers GSK eine Häufigkeit von einem Fall unter 4.000 Geimpften festgestellt hatte. Zuvor war man aufgrund der Nebenwirkungs-Spontanmeldungen von einer Häufigkeit von 1:100.000 ausgegangen.

Ob wirklich nur die MMR-Impfstoffe mit Urabe-Strang betroffen waren und sind, nicht aber die aktuell verwendeten MMR-Impfstoffe mit dem „Jeryl-Lynn-Strang“ als Mumps-Komponente, ist unklar, denn eine vergleichbare Sicherheitsstudie zur genauen Feststellung der Nebenwirkungshäufigkeiten wurde bei diesen Impfstoffen nie vorgenommen und auch von den zuständigen deutschen Gesundheitsbehörden nicht verlangt. Die gemeldeten Häufigkeiten lagen für diese Impfstoffe damals bei 1:1.000.000.[35]

Ob die gegenwärtig verwendeten Kombinations-Impfstoffe mit Masernkomponente wirklich unbedenklicher sind als die zurückgezogenen Impfstoffe mit dem Urabe-Strang, wissen wir also nicht mit Sicherheit.

Unter diesen Umständen eine Impfpflicht einzuführen, ist aus Sicht des Verfassers verantwortungslos.

Außerdem: Wie kann es eine Impfpflicht für Impfstoffe geben, deren Zulassungsstudien ganz offensichtlich nicht in der Lage waren, schwere Nebenwirkungen mit einer Häufigkeit von 1:4.000 zu erfassen?

7.6 Fehlender Masern-Einzelimpfstoff

Es gibt eine Reihe von sachlichen Gründen, die für einen Masern-Einzelimpfstoff sprechen.

Zum einen enthält dieser keine möglicherweise riskante Mumpskomponente.

Zudem haben Impfungen gegen Mumps für Mädchen eine geringere Notwendigkeit als für Buben, da das Hauptargument für die Mumps-Impfung das Risiko von Hodenentzündungen mit ggf. folgender Unfruchtbarkeit darstellt.

Gleichzeitig wird die Röteln-Impfung in erster Linie für Mädchen thematisiert, um im Falle einer späteren Schwangerschaft das Risiko von Röteln-Embryopathien zu senken. Da Buben bekanntlich nicht schwanger werden können, entfällt im Grunde die Notwendigkeit einer Rötelnimpfung für sie.

Darüber hinaus könnten Kinder zum Impfzeitpunkt bereits Mumps oder Röteln durchgemacht haben und über schützende Antikörper verfügen. In diesem Fall stellen diese Impfungen völlig unnötige Körperverletzungen dar.

[35] Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft: *„Vertriebseinstellung von Impfstoffen, die den Mumpsvirus-Stamm Urabe AM 9 enthalten (Rimparix, Pluserix)“*, Dt. Ärztebl. 89, Heft 40, 2. Okt. 1992(77) A1-3251

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

Da die Mumps- und Rötelnkomponenten zusätzliche Nebenwirkungsrisiken mit sich bringen, ist der Gesetzgeber verpflichtet, Masern-Einzelimpfstoffe zur Verfügung zu stellen, so dass Eltern eine Wahlmöglichkeit haben.

Da Masern-Einzelimpfstoffe zwar nicht mehr in Deutschland, aber international durchaus noch verfügbar sind, ist es völlig unverständlich, warum der Gesetzgeber Eltern diese Wahlmöglichkeit bewusst vorenthält.

7.7 Ab wann ist eine Infektion nicht mehr „harmlos“?

In der Begründung des Referentenentwurfs zum Masernschutzgesetz heißt es wörtlich:

> *„Eine Masern-Infektion ist damit anders, als vielfach angenommen, keine harmlose Krankheit.“*

Es wurde bereits angeführt, dass eine Infektion mit dem Masern-Virus nicht automatisch mit einer Erkrankung einhergeht und dass bei den erfassten Erkrankungen der Anteil von Todesfällen und schweren Folgeerkrankungen vergleichsweise gering ist.

Auf welche konkreten Daten und Marker bezüglich Schweregrad und Häufigkeiten von schweren Masernverläufen bezieht sich die Aussage, die Masern-Infektion sei „keine harmlose Krankheit“? Dazu werden keine Angaben gemacht. Die Aussage ist somit willkürlich.

Selbstverständlich gibt es einzelne schwere Krankheitsverläufe. Diese haben jedoch individuelle Ursachen – welche offensichtlich von den zuständigen Gesundheitsbehörden nicht erforscht werden.

Die zitierte Aussage entbehrt somit jeder Grundlage und ist aus Sicht des Verfassers dieses Gutachtens ein weiteres Zeugnis für die mangelnde Sorgfalt bei der Erarbeitung des Gesetzesentwurfs.

7.8 Sind die verfügbaren Impfstoffe „hochverträglich“?

In der Begründung des Referentenentwurfs heißt es wörtlich:

> *„Zur Prävention stehen gut verträgliche (...) Impfstoffe zur Verfügung (...).“*

„Gut verträglich“ ist vage formuliert und offen für Interpretation. Nehmen wir die Begründung für die Rücknahme der MMR-Impfstoffe mit Urabe-Strang als Grundlage, dann bedeutet „gut verträglich“ eine Häufigkeit bei schweren Gehirnentzündungen von seltener als 1:4.000 (siehe weiter oben).

Eine weitere Möglichkeit, sich dem Grenzwert für „gut verträglich“ anzunähern, sind die Zulassungsstudien, die ja diesen Status bestätigen müssen, da ansonsten ein Impfstoff nicht zugelassen wird.

Um eine Häufigkeit schwerer Nebenwirkungen von 1:4.000 oder häufiger mit statistischer Zuverlässigkeit nachweisen zu können, ist bei der Zulassungsstudie

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

eine Gruppengröße von wenigstens etwa dem Dreifachen notwendig, also in diesem Fall von ca. 12.000 Versuchspersonen.[36]

Laut Auskunft des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI), der deutschen Zulassungsbehörde für Impfstoffe, sind die Zulassungsbedingungen für Impfstoffe verbindlich im Europäischen Arzneibuch (EAB) definiert.[37] Dort ist jedoch zur Feststellung der Nebenwirkungshäufigkeit keine Mindestanzahl der Versuchspersonen je Testgruppe angegeben, sondern es wird nur allgemein festgestellt: [38]

> *„Für die nach dem vorgesehenen Impfschema verabreichten Impfstoffe müssen ausreichend immunogene Eigenschaften und Unschädlichkeit beim Menschen nachgewiesen sein."*

Weitere Angaben über Mindestgrößen von Versuchsgruppen sind weder in der Monographie für den Masern-Einzelimpfstoff noch der MMR-Dreifach- oder der MMRV-Vierfach-Impfstoffe zu finden.[39]

Eine entsprechende Aussage ist nur in den europäischen EMEA-Leitlinien zu finden. Dort heißt es wörtlich: [40]

> *„If the marketing authorisation is based solely on immunogenicity studies, it is unlikely that the database would be sufficiently large to identify rare events. As a minimum, the total data from preauthorisation studies should usually be sufficient to reliably determine the frequency of uncommon local and systemic adverse events i.e. that occur at a frequency between 1/100 and 1/1000 vaccinated persons. Unless otherwise justified, the recommended minimum sample size would be at least 3000 subjects for new vaccines. If a total safety database is projected that would be insufficient to reliably determine anticipated rare adverse events then scientific advice should be obtained from EU Competent Authorities."*

Empfohlen, aber eben nicht zwingend verlangt, ist eine Mindestgröße von 3.000 geimpften Probanden, um eine Nebenwirkungshäufigkeit von 1:1.000 mit statistischer Zuverlässigkeit erfassen zu können.

Eine Häufigkeit von schweren Gehirnentzündungen oder gar Todesfällen von 1:4.000, wie im Falle der MMR-Impfstoffe mit enthaltenem Urabe-Strang,

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

---

[36] diverse Gespräche mit Mathematik-Experten sowie: *„Guidelines on clinical evaluation of new vaccines"*, European Medicines Agency, EMEA/CHMP/VWP/164653/2005, London, 18 October 2006

[37] Antwort des PEI vom 01.04.2011 an den Verfasser, als Antwort auf dessen IFG-Anfrage Nr. 3 vom 13. Mai 2006

[38] Europäisches Arzneibuch, Version 8.8. 2014, S. 1142-1146

[39] Europäisches Arzneibuch, Version 8.8. von 2014, S. 1339-1345

[40] *„Guidelines on clinical evaluation of new vaccines"*, European Medicines Agency, EMEA/CHMP/VWP/164653/2005, London, 18 October 2006

hätte in Deutschland in etwa die folgende Anzahl von schweren Impfnebenwirkungen zur Folge:

Gehen wir davon aus, dass von einem Geburtenjahrgang von 700.000 in Deutschland 93 % zweifach gegen die Masern geimpft wurden, wären das 651.000 Geimpfte jährlich. Bei einer Häufigkeit von schweren und schwersten Nebenwirkungen von 1:4.000 wären das in Deutschland jährlich jeweils 163 Gehirnentzündungen oder Todesfälle oder eben andere schwerwiegende gesundheitliche Folgen.

Legen wir die von den EMEA-Leitlinien empfohlene Mindestgröße von 3.000 geimpften Probanden zugrunde, dann sind aus Sicht der EMEA bis zu 651 schwere Impfschäden z. B. durch Gehirnentzündungen oder gar Todesfälle als Folge der MMR(V)-Impfung für Deutschland gerade noch akzeptabel.

Eine seltenere Häufigkeit wie 1:4.000, die ja Testgruppen von wenigstens 12.000 Probanden in der Zulassungsstudie erfordert, ist jedoch so nicht zu erfassen.

Laut der Fachinfo des Produktes „Priorix“ vom Januar 2003 ist von mehr als 10.000 Probanden die Rede, an denen die Impfstoffsicherheit getestet wurde. Beobachtungsdauer: 42 Tage. Erfassbare Häufigkeit schwerer Nebenwirkungen/Impfschäden bei dieser Gruppengröße: 1:3.333 oder häufiger. Erfassbarer Grenzwert bei einem Geburtenjahrgang von 700.000 Kindern und 93 % zweifach Geimpften: 292 Fälle je beobachteter schwerer Nebenwirkung.

Laut der Fachinfo des Produktes „Priorix Tetra“ vom Juli 2006 wurden 6.700 Impfstoffdosen verabreicht, was der zweifachen Impfung von 3.350 Probanden entsprechen dürfte. Beobachtungsdauer: 42 Tage. Erfassbare Häufigkeit schwerer Nebenwirkungen/Impfschäden: 1:2.233 oder häufiger. Erfassbarer Grenzwert bei einem Geburtenjahrgang von 700.000 Kindern und 93 % zweifach Geimpften: 292 Fälle je beobachteter schwerer Nebenwirkung.

Laut der Fachinfo des Produktes „ProQuad“ vom März 2013 wurden 6.038 Kinder im Rahmen der Zulassung geimpft. Beobachtungsdauer: 30 Tage. Erfassbare Häufigkeit von schweren Nebenwirkungen/Impfschäden: 1:2.013 oder häufiger. Der erfassbare Grenzwert bei einem Geburtenjahrgang von 700.000 Kindern und 93 % zweifach Geimpften: 323 Fälle je beobachteter schwerer Nebenwirkung.

Laut der Fachinfo des Produktes „M-M-RvaxPro“ vom Juni 2008 wurden 1.965 Kinder im Rahmen der Zulassung geimpft. Beobachtungsdauer: keine genaue Angabe, vermutlich jedoch mindestens 28 Tage. SSPE wird als mögliche Folge der Impfung erwähnt. Erfassbare Häufigkeit von schweren Nebenwirkungen/Impfschäden: 1:655. Erfassbarer Grenzwert bei einem

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

Geburtenjahrgang von 700.000 Kindern und 93 % zweifach Geimpften: 994 Fälle je beobachteter schwerer Nebenwirkung.

Welchen dieser möglichen Impfschadens-Grenzwerte sich die Autoren des Masernschutzgesetzes bei ihrer Beurteilung, die verfügbaren Impfstoffe seien „hochverträglich“ zu eigen gemacht haben, erschließt sich nicht.

Solche Häufigkeiten schwerer Impfschäden wären ggf. hinzunehmen, wenn sie durch die Erkrankungsrisiken im Rahmen einer Abwägung deutlich überstiegen werden. Hätten wir in Deutschland wie noch im Jahr 1900 bis zu 13.000 masernbedingte Todesfälle, wäre eine Abwägung von Nutzen und Schaden möglicherweise sinnvoll.

Eine solche Abwägung wurde jedoch von den Autoren des Masernschutzgesetzes nicht vorgenommen. Die Begründung, es stünden „hochverträgliche“ Impfstoffe zur Verfügung, ist somit bedeutungslos und zeugt nach Ansicht des Verfassers ein weiteres Mal von der Fahrlässigkeit, mit der hier vorgegangen wurde.

Darüber hinaus wäre zu diskutieren, ob es nicht die Verantwortung des Gesundheitsministeriums wäre, auf verbindliche Mindestgrößen für Impfstoff-Zulassungsstudien hinzuwirken, bevor entsprechend unzureichend getestete Impfstoffe zur Pflicht gemacht werden.[41]

7.9 Sind die verfügbaren Impfstoffe „hochwirksam“?

Im Referentenentwurf des Masernschutzgesetzes heißt es u. a. als Begründung:

> *"Zur Prävention stehen (...) hochwirksame Impfstoffe zur Verfügung, die eine langfristige Immunität vermitteln."*

Damit eine Impfpflicht Sinn macht, müssen natürlich wirksame Impfstoffe zur Verfügung stehen. Aus gutem Grund gelten placebokontrollierte Doppelblindstudien als „Goldstandard“ der Medizin, um die tatsächliche Wirksamkeit und Sicherheit eines Medikaments zu erfassen. Gerade bei medizinischen Maßnahmen, die rein vorsorglich gesunden Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen gegeben werden, müssen die *höchstmöglichen* Standards angelegt werden:

Eine Zulassungsstudie muss Geimpfte und Placebo-Geimpfte miteinander vergleichen, um am Ende zu sehen, ob Geimpfte unter dem Strich tatsächlich einen deutlichen gesundheitlichen Vorteil gegenüber Ungeimpften haben.

Dazu ist es erforderlich, dass die Versuchsgruppen groß genug sind, um auch seltenere schwere Nebenwirkungen erfasst zu können. Außerdem sollte eine solche Studie wenigstens ein Jahr lang laufen, um Spätwirkungen zu erfassen.

[41] www.dagia.org

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

Nach der Zulassung eines Impfstoffs sollten die Probanden wenigstens 5 Jahre weiter beobachtet werden.

Solche Placebostudien, wie sie unter anderem mehr als 300 Ärzte und Apotheker der DAGIA-Initiative seit Jahren auf www.dagia.org öffentlich fordern, sind jedoch ausgerechnet bei Impfstoffen noch nie üblich gewesen.

Die offizielle Begründung für das Fehlen von aussagefähigen Vergleichsstudien: Es sei ethisch nicht vertretbar, einer Versuchsgruppe vorsätzlich den Wirkstoff vorzuenthalten.[42]

Hier handelt es sich jedoch um einen unwissenschaftlichen und unsinnigen Zirkelschluss, denn damit wird das, was man im Rahmen einer Zulassungsstudie beweisen will, bereits bei der Beweisführung vorausgesetzt.[43]

Somit gibt es keine unmittelbaren wissenschaftlichen Beweise für die Wirksamkeit von Masernimpfstoffen.

Als Beweis für den Nutzen von Masernimpfstoffen werden in der Regel zwei Argumente vorgebracht: Erstens sei der Rückgang der Masern auf das heutige Niveau als Erfolg der Impfungen zu betrachten, ja sogar ein echter Beweis für die Wirksamkeit. Zweitens reiche der Nachweis eines Anstiegs des Antikörpertiters, also eines Laborwerts bei Gesunden, als Surrogat-Parameter aus.

Wie offizielle Statistiken zeigen, ist in Deutschland die Sterberate aufgrund von Masern bereits *vor* Einführung des ersten Masernimpfstoffs bereits um 99 % zurückgegangen. Zum heutigen Niveau von jährlich durchschnittlich einem erfassten Maserntodesfall haben die Masernimpfstoffe demnach maximal 1 % beigetragen!

Die Theorie der Antikörper wurde erstmals 1892 von Emil von Behring und im Jahr 1905 von Paul Ehrlich, beides Schüler von Robert Koch, aufgestellt.[44] [45] Man suchte nach einer Erklärung, warum manche Infektionskrankheiten, insbesondere solche von Kindern, in der Regel nur einmal auftreten. Sie erklärten sich das mit einer durch „Heilkörper“ (Behring) oder „Zauberkugeln“ (Ehrlich) im Blut erworbenen Immunität gegenüber krankheitsverursachenden Erregern.

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

[42] Zitat der Pressesprecherin des PEI in der Kölnischen Rundschau online 30. Okt. 2006 und bei FOCUS online 27. Okt. 2006

[43] siehe dazu auch https://de.wikipedia.org/wiki/Zirkelschluss

[44] H. Zeiss, R. Bieling: *„Behring, Gestalt und Werk“*, Bruno Schultz Verlag, 2. Auflage 1941, S. 96

[45] Dr. med. Klaus Hartmann: *"Erfassung und Bewertung unerwünschter Arzneimittelwirkungen nach Anwendung von Impfstoffen"*, Inaugural-Dissertation, Frankfurt a. M., 1997, S. 2

Damals wusste man weder etwas vom sogenannten zellulären Immunsystem noch von Epigenetik, der noch relativ jungen Lehre vom hochkomplexen Zusammenspiel von Genen, Körperzellen und der Umwelt.[46]

Unser heutiges Verständnis von den sogenannten Antikörpern, die im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten labortechnisch nachgewiesen werden, hat sich seit 130 Jahren nicht mehr weiterentwickelt und basiert immer noch auf den damaligen Hypothesen, die auf der Grundlage anderer Umstände und einer wesentlich geringeren Wissensbasis entstanden sind.

Der Verfasser dieses Gutachtens fragte vor einiger Zeit beim RKI nach wissenschaftlichen Studien, die belegen, dass Menschen mit hohen Antikörperwerten im Vergleich zu Menschen ohne nachweisbare Antikörpern einen nachhaltigen gesundheitlichen Vorteil besitzen. Das RKI konnte keine konkrete wissenschaftliche Studie nennen, sondern verwies ganz allgemein auf die „anerkannte Fachliteratur".[47]

Die angenommene Wirksamkeit der Masernimpfung wurde also möglicherweise bisher nicht durch solide wissenschaftliche Studien belegt, sondern basiert auf einem Konsens unter den einflussreichsten Fachleuten. Laut dem Medizinmethodiker Prof. Dr. Dr. Harald Walach ist dies im medizinischen Bereich nicht ungewöhnlich.[48]

Auch die Behauptung, die Masernimpfung verleihe eine „lange Immunität", trifft nicht zu, zumindest nicht im Vergleich zur natürlich erworbenen Immunität. Während die Fachkreise aufgrund der verfügbaren Studienlage davon ausgehen, dass die natürlich durchgemachte Masernerkrankung eine lebenslange Immunität verleiht, hat u. a. die KiGGS-Studie gezeigt, dass der Impf-Antikörpertiter, der nach Ansicht der Behörden Immunität verleiht, mit den Jahren sinkt und so die Anzahl der sekundären Impfversager mit zunehmendem Alter ansteigt.[49]

E gibt keine verlässlichen Daten über die Titer-Entwicklung über alle Altersgruppen hinweg. Auch in der großen DEGS-Studie des RKI über die Erwachsenen-Gesundheit wurde versäumt, entsprechende Daten zu erheben.

Auf welchen verlässlichen Daten basiert z. B. die Annahme, dass alle bis 1970 geborenen Personen tatsächlich über einen schützenden Antikörpertiter verfügen,

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

---

[46] Dr. Bruce H. Lipton: *„Intelligente Zellen. Wie Erfahrungen unsere Gene steuern"*, Koha Verlag, 2. Auflage 2016

[47] Anfrage des Verfassers an das RKI vom 25.10.2004, IFG-Anfrage Nr. 44 des Verfassers vom 21.11.2006, Antworten des RKI vom 01.02.2005 und 13.12.2006.

[48] Prof. Dr. Dr. Harald Walach: „Was ist eine ‚wissenschaftliche Tatsache'? Ein kleines Fallbeispiel: Der ‚Masernprozess'", harald-walach.de, abgerufen am 07.12.2019

[49] 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) (2011) Vaccine, 29 (45), pp. 7949-7959, Table 2

nicht an den Masern erkranken und empfängliche Personen bei Kontakt nicht anstecken können?

Ohne Gewissheit über die Aussagekraft des Antikörpertiters bezüglich der tatsächlichen gesundheitlichen Vorteile für Geimpfte und bezüglich der langfristigen Titer-Entwicklung ist die Einführung einer Impfpflicht Willkür.

Entwurf!
Entwurf!
Entwurf!

7.10 Die Häufigkeit schwerer Nebenwirkungen ist unbekannt

Die während des Zulassungsverfahrens erfassten Nebenwirkungen werden in den Produktinformationen dokumentiert. Wie bereits ausgeführt, sind die Zulassungsstudien für Impfstoffe mit Masernkomponente nicht in der Lage, schwere Nebenwirkungen mit einer ausreichenden statistischen Genauigkeit zu erfassen.

Werden z. B. in den Produktinformationen bestimmte schwere Nebenwirkungen nicht erwähnt, hat dies wie eine selbst erfüllende Prophezeiung Einfluss auf die Meldebereitschaft der Ärzte. Um dem Impfgedanken nicht zu schaden, neigen sie mit Verweis auf die Produktinformationen erfahrungsgemäß dazu, trotz bestehender Meldepflicht Erkrankungen im zeitlichen Zusammenhang mit Impfungen nicht zu melden.

Sich allein auf das Spontanmeldeverfahren zu verlassen, ist also trügerisch, wie das PEI selbst in einer Email vom 11.05.2012 dem Verfasser gegenüber einräumt: [50]

> *„Die Rate der Untererfassung von Verdachtsfällen unerwünschter Arzneimittelwirkungen im Rahmen des Spontanerfassungssystems ist in der Tat unbekannt.“*

Eine ähnliche Aussage trifft das PEI im Bundesgesundheitsblatt 12/2004: [51]

> *"Da die Untererfassung der Meldungen von Impfkomplikationen nicht bekannt oder abzuschätzen ist und keine Daten zu verabreichten Impfungen als Nenner vorliegen, kann keine Aussage über die Häufigkeit bestimmter unerwünschter Reaktionen gemacht werden."*

Dem Verfasser ist eine einzige konkrete Aussage des PEI zur Melderate bekannt, wonach maximal 5 % aller schwerwiegenden Nebenwirkungen zur Meldung kommen.[52]

Bezüglich der Feststellung der Dunkelziffer schreibt mir das PEI: [53]

> *„Die Einschätzung der Meldemoral und die Bekanntmachungen der Meldepflicht gehören nicht zu den Amtsaufgaben des PEI.“*

Die Rückfrage des Verfassers, wer denn in Deutschland für die Einschätzung der Meldemoral bzw. Dunkelziffer zuständig sei, wenn nicht das PEI, wurde leider vom PEI nicht beantwortet.

---

[50] IFG-Anfrage des Verfassers Nr. 11 vom 14.08.2006

[51] Bundesgesundheitsblatt 12/2004, S. 1161

[52] Hartmann/Stanislawski, Bundesgesundheitsblatt, 4/2002, Seite 353

[53] Email des PEI vom 28.11.2006 an den Verfasser, als Antwort auf dessen IFG-Anfrage Nr. 11 vom 14.08.2006

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

Der Verfasser selbst schätzt die allgemeine Melderate für Verdachtsfälle von Nebenwirkungen aufgrund einer Umfrage unter Naturheilkundlern auf allenfalls ein Tausendstel.[54]

Ob diese Schätzung zutrifft oder nicht, kann natürlich nicht mit Sicherheit gesagt werden. Erschreckend ist jedoch die Tatsache, dass die zuständigen deutschen Gesundheitsbehörden offenbar über keine eigenen Daten verfügen, die diese Schätzung widerlegen könnten.

Laut Abruf der PEI-Meldedatenbank am 10.12.2019 wurden seit dem Jahr 2000 insgesamt 3.766 mögliche leichte und schwere Impfnebenwirkungen nach Masernimpfung erfasst, darunter 26 Todesfälle, 57 bleibende Schäden und 1.055 Fälle mit unbekanntem Ausgang.[55]

Das PEI kann laut eigenem Bekunden nicht sagen, wie hoch die Dunkelziffer ist. Sie könnte bei 95 % liegen, bei 99 % oder bei 99,9 %.

Der Verfasser findet es sehr beunruhigend, dass das PEI als zuständige Bundesbehörde auf dem Standpunkt steht, die Dunkelziffer sei irrelevant, da sowieso niemand den Zusammenhang der erfassten Erkrankungen mit der Impfung beweisen könne.

Die Impfstoffsicherheit müsste nach Ansicht des Verfassers an erster Stelle stehen, so dass die korrekte Fragestellung lauten müsste, ob der Hersteller bzw. die Zulassungsbehörde den Zusammenhang mit Sicherheit *ausschließen* kann.

Es ist für den Verfasser nicht nachvollziehbar, wie auf dieser Grundlage eine Impfpflicht verabschiedet und von den Bürgern Vertrauen in die Sicherheit der Masernimpfstoffe erwartet werden kann.

7.11 Unsicherheit über die Höhe des als schützend angesehenen Antikörpertiters

Das Masernschutzgesetz geht davon aus, dass eine Impfung automatisch mit Immunität einhergeht. Dass dies nicht korrekt ist, zeigt die Rate der Impfversager, die keinen als schützend angesehenen Antikörpertiter vorweisen können.

Doch darüber hinaus ist auch die Höhe des Titers, der garantiert vor einer Erkrankung schützt, unsicher.

In der ab dem Jahr 2003 durchgeführten KiGGS-Studie geht das RKI davon aus, dass ein sicherer Erkrankungsschutz bei einer Titerhöhe von mehr als 350 mIU/ml besteht. Der Bereich zwischen 150 mIU/ml und 350 mIU/ml wird als grenzwertig

[54] Eine Umfrage des Verfassers unter den anwesenden Naturheilkundlern beim 4. Stuttgarter Impfsymposium 2007 ergab eine Melderate von 0,8 %. Hochgerechnet auf den Durchschnitt der Ärzteschaft ergibt sich eine Schätzung von 0,01 % Melderate.

[55] **http://www.pei.de/db-uaw, abgerufen am 10.12.2019**

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

bzw. nicht eindeutig angesehen. Es kann also hier durchaus zu Krankheitssymptomen und zur Ausscheidung des Erregers, also zur Ansteckung von Kontaktpersonen kommen. [56]

Am 22.07.2015 teilte dagegen das RKI dem Verfasser auf Anfrage mit: [57]

> *„International wird ein Referenzwert von 0,2 IU/ml als Schutz vermittelnd angesehen (Chen et al. Measles antibody: reevaluation of protective titers. J Infect Dis. 1990 Nov;162(5):1036-42). Interne Unterlagen dazu haben wir nicht."*

Laut der hauseigenen KiGGS-Studie wäre ein Titer von 0,2 IU/ml (bzw. 200 mIU/ml) nicht in der Lage, eine Erkrankung und eine Ausscheidung des Erreger verlässlich zu unterbinden.

Derzeit sind vier Impfstoffe mit Masernkomponente in Deutschland verfügbar. Bei der Zulassung von Priorix und Priorix Tetra (Hersteller: GSK, Großbritannien) reichte eine Titerhöhe von 150 mIU/ml aus.[58] Bei der Zulassung von M-M-RVaxPro und ProQuad (Hersteller: MSD, Frankreich) wurde eine Titerhöhe von 255 mIU/ml zugrunde gelegt.[59]

Der als sicher angesehene Grenzwert bei der Titerhöhe hat unmittelbaren Einfluss auf den Anteil der Impfversager: Je niedriger der Grenzwert, desto geringer auch die Rate der primären Impfversager, je höher der Grenzwert, desto höher auch die Rate der primären Impfversager.

Somit sind für alle gängigen Masernimpfstoffe die Zulassungs-Anforderungen an die Titerhöhe auch aus offizieller Sicht zu gering, um einen sicheren Schutz vor Erkrankung und Ausscheidung garantieren zu können. Zumindest gibt es hier offene Fragen, die vor Einführung einer Impfpflicht geklärt werden müssten.

Labore gehen in der Regel von einem positiven Titer ab einer Höhe von 150 mIE/ml aus. Dieser Titer ist laut KiGGS als grenzwertig zwischen „nicht wirksam" und „Wirksamkeit unsicher" anzusehen.

Das Masernschutzgesetz schränkt fundamentale Grundrechte ein, vor allem aber das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit. Grundlage für diese Einschränkung sind Immunitäts-Messwerte, die offenbar keine wirkliche

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

---

[56] 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)"* (2011) Vaccine, 29 (45), pp. 7949-7959, Table 2

[57] Email des RKI vom 22.07.2015 an den Verfasser, als Antwort auf dessen IFG-Anfrage Nr. 134 vom 19.06.2015.

[58] Email des PEI vom 23.07.2018 an den Verfasser, als Antwort auf dessen IFG-Anfrage Nr. 158

[59] Fachinfo M-M-RVaxPro vom April 2019, S. 9 + Fachinfo ProQuad vom Okt. 2018, S. 6

Sicherheit für Nichterkrankung und Unterbindung von Erregerausscheidung bieten können.

Müssten bei einer invasiven medizinischen Maßnahme zur reinen Prophylaxe an völlig Gesunden nicht die *höchsten* Maßstäbe an Wirksamkeit angelegt werden? Tatsächlich sind es die *niedrigsten* gerade noch vertretbaren Titerwerte, die zur Anwendung kommen.

Unter diesen Umständen ist eine Masern-Impfpflicht nach Ansicht des Verfassers verfassungswidrig.

7.12 Wie gesichert ist ein Herdenschutz ab 95 % Durchimpfungsrate?

Wie bereits ausgeführt, bedeutet eine 95-%ige *Durchimpfungsrate* aufgrund des Anteils an primären und sekundären Impfversagern eine deutlich niedrigere *Immunitätsrate*. Berücksichtigt man zudem die Festlegung des Titer-Grenzwertes auf den gerade noch vertretbaren niedrigen Wert von 150 mIU/ml, sieht es mit dem Verhältnis zwischen *Impfrate* und *Immunitätsrate* noch schlechter aus.

Das RKI antwortete auf die Anfrage, auf welche wissenschaftlichen Publikationen sich die Annahme einer Herdenimmunität bei einer Immunitätsrate von 95 % in der Bevölkerung beziehe: [60]

> *„Der Schwellenwert einer Immunität von 95% in der Bevölkerung ergibt sich aus epidemiologischen Modellen und Berechnungen, die seit über 30 Jahren zum anerkannten Stand der Wissenschaft gehören (siehe z.B. Literaturliste unten). Diese Studien sind publiziert und stehen der interessierten Öffentlichkeit weltweit zur Verfügung. Es handelt es sich hierbei nicht um behördeninterne Unterlagen.“*

Zunächst einmal sei noch einmal ausdrücklich hervorgehoben, dass das RKI von einer *Immunitätsrate* als Messlatte für Herdenimmunität ausgeht und nicht, wie fälschlicherweise das Masernschutzgesetz, von einer *Impfrate*.

Das RKI bezieht sich des weiteren auf einen „anerkannten Stand des Wissens“, den man genausogut als „anerkannten Stand der Vermutungen“ oder als „anerkannten Stand des Irrtums“ bezeichnen kann. Oder nach Prof. Harald Walach bzw. Ludwig Fleck: *„Eine wissenschaftliche Tatsache ist die Übereinkunft, mit dem Denken aufzuhören.“*[61]

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

[60] Email des RKI vom 19.09.2019 an den Verfasser, als Antwort auf dessen IFG-Anfrage Nr. 167 vom }22.05.2019

[61] siehe oben angegebene Quelle. Prof. Walach bezieht sich bei diesem Zitat auf Veröffentlichungen von Ludwik Fleck in den 1930er Jahren

Denn direkte wissenschaftliche Beweise kann das RKI nicht benennen. Die Behörde geht vielmehr von der aktuellen Mehrheitsmeinung unter den Fachleuten aus.

Eine gesetzliche Einschränkung von Grundrechten auf Vermutungen zu gründen, ist verfassungswidrig.

Auch die in der Literaturliste angeführten Hochrechnungen sind rein theoretischer Natur und berücksichtigen nicht die Tatsache, dass Ansteckung nicht mit Erkrankung gleichzusetzen ist und der Anteil der Immunität durch stille Feiung, also durch unerkannte Masern ohne Krankheitssymptome, unerforscht und somit unbekannt ist.

Die angestrebte Herdenimmunität ist somit selbst bei einer 95-%igen Immunitätsrate (mit einem als verlässlich angenommenen Mindesttiter von 350 mIU/ml) nicht gesichert, sondern reine Vermutung.

Zudem basiert die Erreichbarkeit dieses Ziels auf der Annahme einer angenommenen, aber nicht wissenschaftlich gesicherten, Wirksamkeit der verfügbaren Impfstoffe.

Darüber hinaus fehlen, wie bereits erwähnt, den deutschen Gesundheitsbehörden Daten zur Immunitätsrate aller Altersgruppen in der Bevölkerung. Das ist durchaus relevant:

Wenn tatsächlich, wie der Verfasser befürchtet, über alle Altersgruppen hinweg bis zu 50 % der Bevölkerung keinen als schützend angesehenen Antikörpertiter vorweisen können, ist eine Impfung der Kinder bei weitem nicht ausreichend, um eine Gesamtimmunität von 95 % zu erreichen.

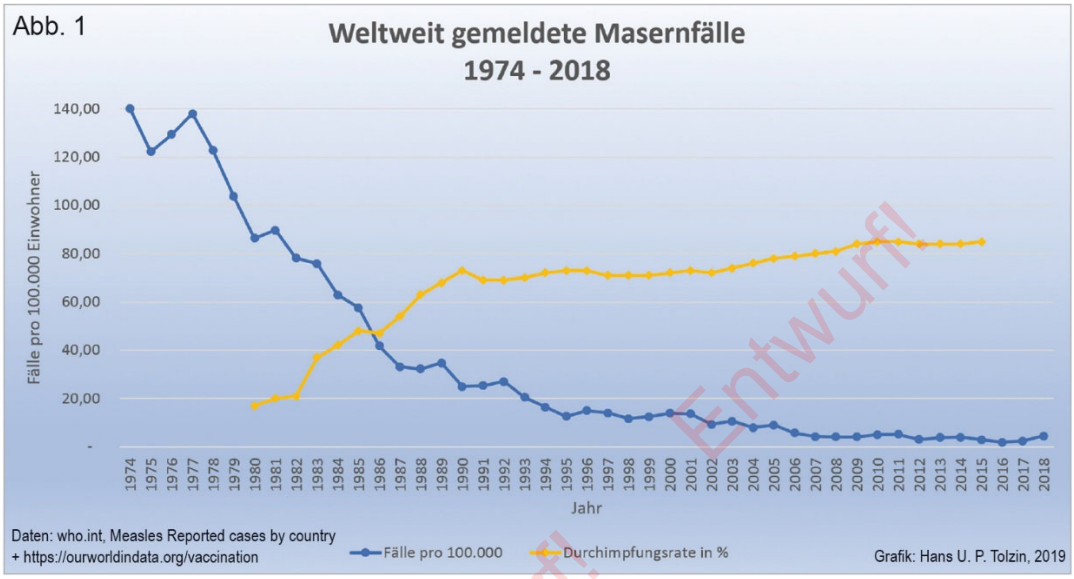
Ohne wesentlich drastischere Maßnahmen, welche die gesamte Bevölkerung betreffen und noch tiefer in die Grundrechte eingreifen, ist möglicherweise eine 95-%ige Immunitätsrate nie erreichbar.

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

7.13 „2018 kam es weltweit zu einer Verdoppelung der Masernfälle“

In der Begründung des Referentenentwurfs ist von einer – angeblich besorgniserregenden - weltweiten Verdoppelung der Masernfälle im Jahr 2018 die Rede.

Schauen wir uns also die offiziellen WHO-Statistiken einmal an:



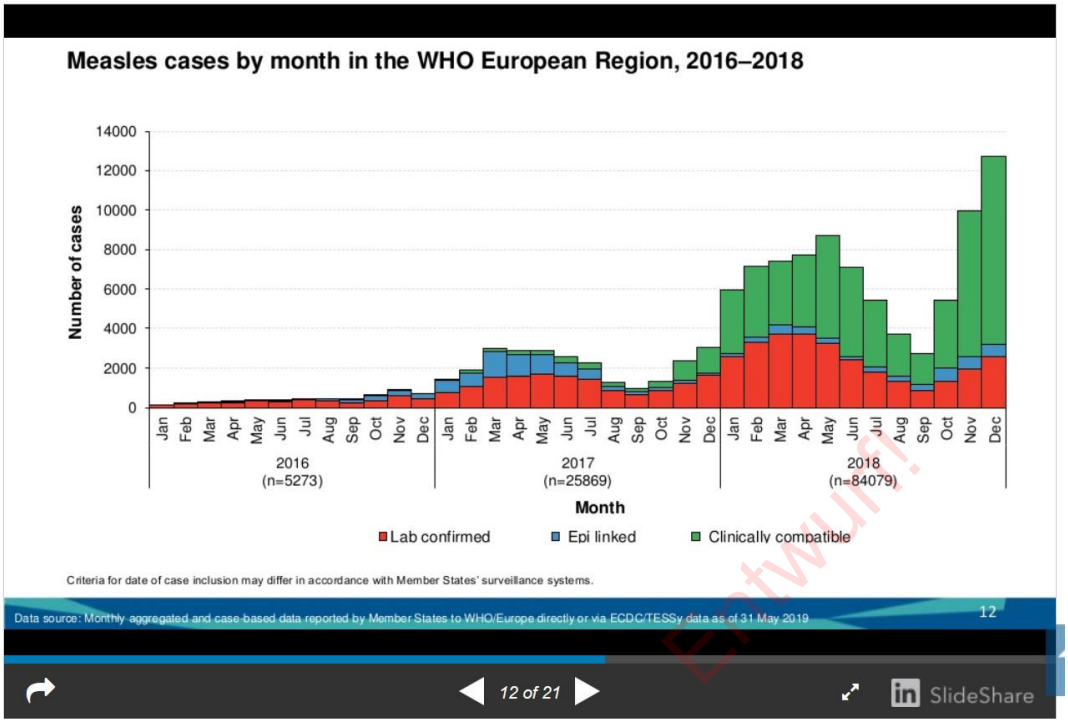
Der verhältnismäßig leicht Anstieg der weltweiten Fallzahlen von 2017 auf 2018 liegt im Rahmen der üblichen Schwankungen auf niedrigem Niveau. Der bisherige Kurvenverlauf lässt es eher unwahrscheinlich erscheinen, dass sich dieser Aufwärtstrend endlos fortsetzt.

Aus der Statistik ist zudem nicht ersichtlich, ob sich die Entwicklung gleichmäßig auf alle Nationen verteilt oder ob einzelne Länder eine gravierende Rolle spielen. Dazu müsste man sich zum Vergleich die Entwicklung in der WHO-Region Europa und in Deutschland ansehen: [62]

Entwurf!

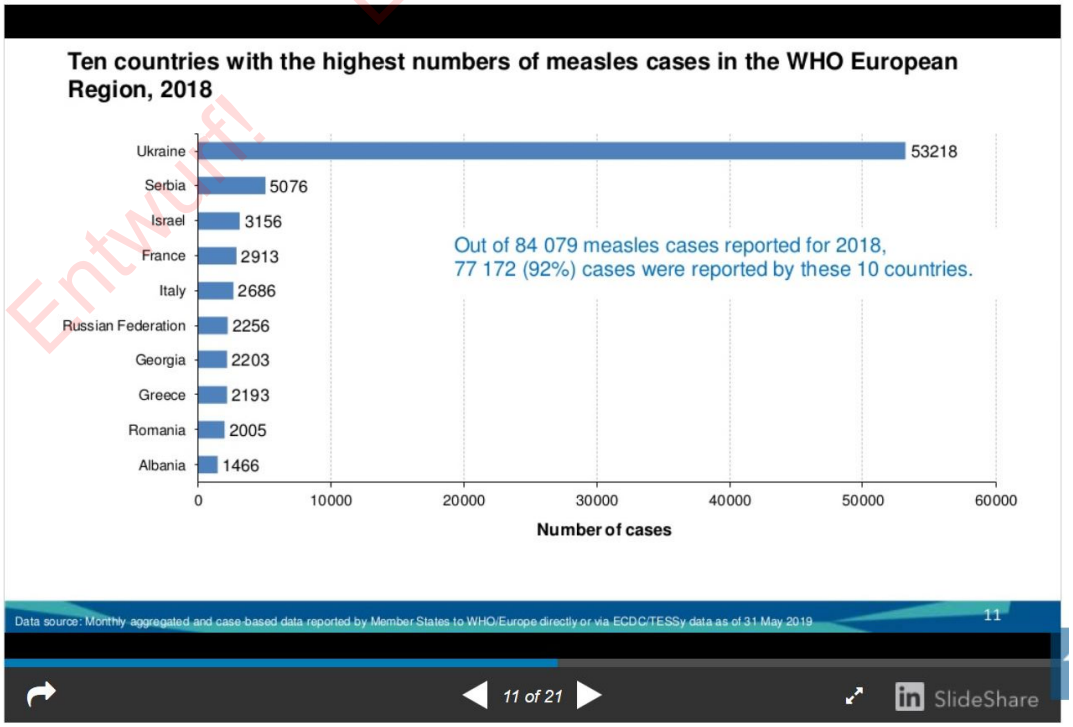
[62] **siehe auch https://www.impfkritik.de/pressespiegel/2019102602.html und Originalquelle WHO: http://www.euro.who.int/de/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/surveillance-and-data/who-epidata/who-epidata,-no.-82019, abgerufen am 06.12.2019**

EpiData 8/2019 covers data for the period August 2018—July 2019, received as of 2 September 2019



Die Zahl der Masernfälle in der WHO-Region Europa ist im Vergleich zu den Vorjahren tatsächlich markant angestiegen (siehe oben). Jedoch zeigt die nachfolgende Grafik, dass diese Zunahme fast ausschließlich auf das Konto der Ukraine geht, vermutlich als Folge der dortigen Unruhen.

EpiData 8/2019 covers data for the period August 2018—July 2019, received as of 2 September 2019

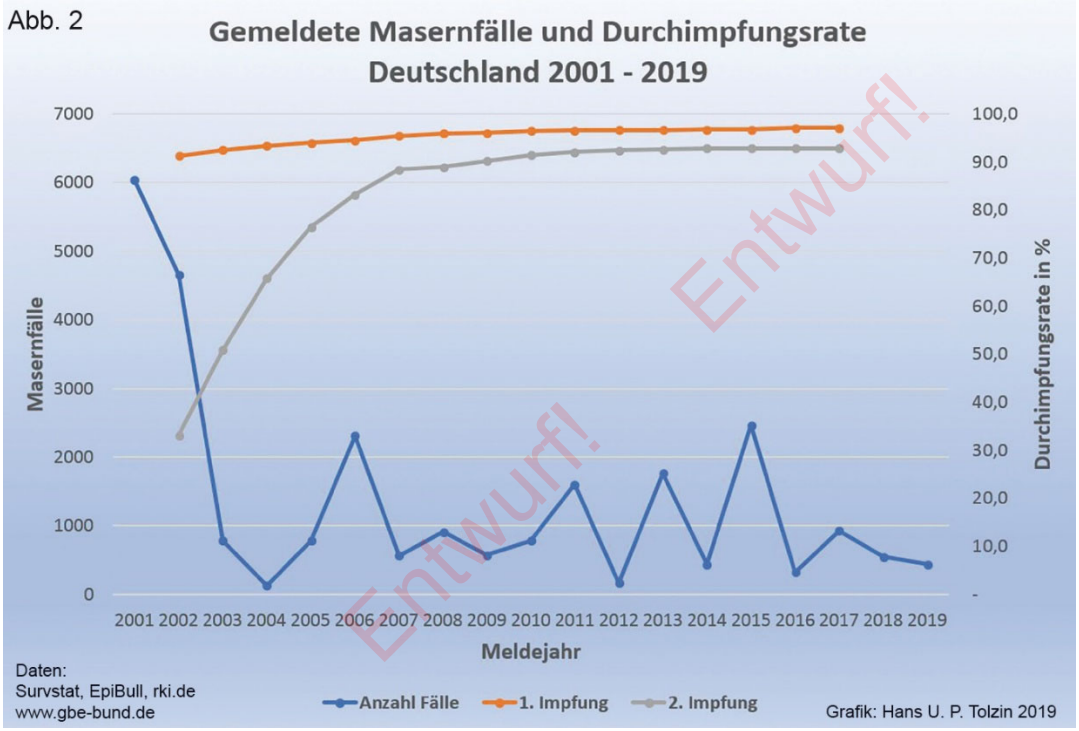


Entwurf!

Deutschland ist somit weder das Masern-Sorgenkind der Welt noch das der WHO-Region Europa. Eine Impfpflicht in Deutschland kann somit keinen spürbaren Beitrag für das Ziel der weltweiten Ausrottung der Masern leisten.

Aufgrund der tatsächlichen Fallzahlen wäre eventuell eine Gesundheitspolitik sinnvoller, die andere Länder bei ihren gesundheitspolitischen Maßnahmen unterstützt.

Auch die deutsche Masernstatistik zeigt keine bedenklichen Tendenzen von 2017 auf 2018 oder 2018 auf 2019, wie die nachfolgende Grafik zeigt:



Entwurf!

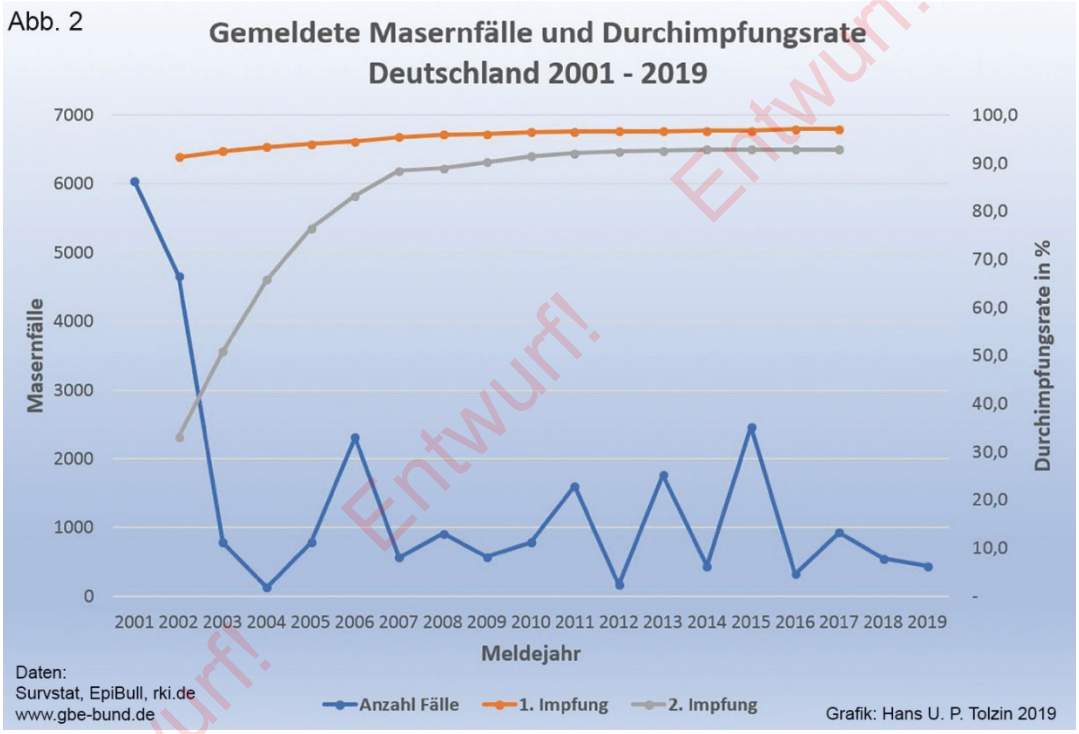
7.14 „Vermehrt Erkrankungen von Jugendlichen und Erwachsenen“

In der Begründung des Referentenentwurfs heißt es wörtlich:

> *„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.“*

Dass der Anteil der Jugendlichen und Erwachsenen unter den erfassten Masernfällen ansteigt, ist unbestritten. Das kann jedoch keineswegs an den Durchimpfungsraten liegen, denn diese sind seit 2001 kontinuierlich gestiegen und halten sich derzeit auf sehr hohem Niveau.

Hier noch einmal zur Klarstellung die gleiche Grafik wie auf der vorherigen Seite:



Entwurf!

7.15 „Anstieg der Fallzahlen durch fortschreitende Impfmüdigkeit“

In der Begründung des Referentenentwurfs heißt es wörtlich:

> *„Die angestiegenen Fallzahlen sind auf fortschreitende Impfmüdigkeit zurückzuführen.“*

Die auf den vorherigen Seiten aufgeführte Statistik der Impfraten zeigt, dass diese Behauptung schlichtweg unwahr ist, da es laut der offiziellen Statistik keinen Rückgang der Impfraten gab!

Die Fallzahlen schwanken vielmehr auf niedrigem Niveau, und zwar offensichtlich unabhängig von der Durchimpfungsrate.

Da das Jahr 2019 noch nicht ganz abgeschlossen ist, können wir nicht mit Sicherheit von einer Aufwärts- oder Abwärtstendenz im Vergleich zum Vorjahr sprechen. Ein ungewöhnlicher Anstieg ist jedenfalls nicht zu vermerken.

Entwurf!
Entwurf!
Entwurf!

7.16 „Große Ausbrüche in Deutschland“

In der Begründung des Referentenentwurfs heißt es wörtlich:

> *„Die bisherigen freiwilligen Maßnahmen zur Stärkung der Impfbereitschaft greifen nicht durch. Unter anderem in Bayern, Berlin, Hessen und Nordrhein-Westfalen kam es in den letzten Jahren zu großen Ausbrüchen. Allein bis Anfang März 2019 wurden dem Robert-Koch-Institut bereits 170 Masernfälle gemeldet.“*

Deutschland hat im Vergleich mit anderen Industrienationen, die höhere Masernfallzahlen zu verzeichnen haben, bereits jetzt eine relativ hohe Durchimpfungsrate und vergleichsweise niedrige Fallzahlen. Dass die bisherigen Maßnahmen nicht gegriffen haben sollen, ist angesichts der Statistik haltlos.

Selbst Länder mit noch höherer Durchimpfungsrate wie die USA, Finnland oder China[63] haben immer wieder Ausbrüche zu vermelden.

Dass Masernausbrüche gänzlich durch noch mehr Impfungen unterbunden werden können, ist demzufolge unsicher. Gelegentliche Ausbrüche sind aus epidemiologischer Sicht durchaus „normal“. Die Gesamt-Fallzahlen für Deutschland zeigen keine beunruhigenden Tendenzen (siehe Grafik oben).

Entwurf!
Entwurf!
Entwurf!

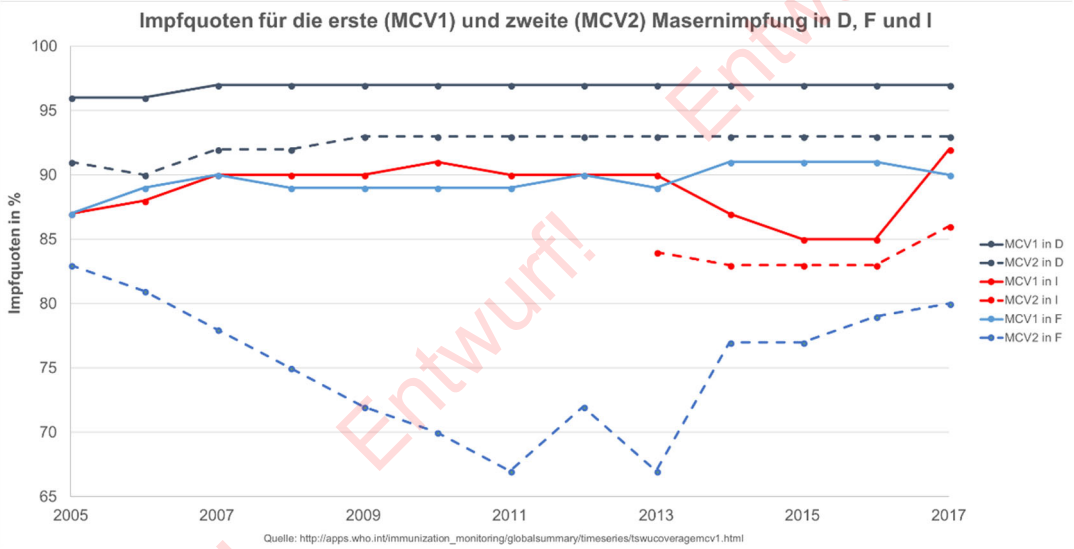
[63] a) Masters NB et al.: *"Assessing measles vaccine failure in Tianjin, China."*, Vaccine. 2019 May 31;37(25):3251-3254, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31078327
b) https://www.cdc.gov/measles/cases-outbreaks.html, abgerufen am 08.12.2019
c) *"Measles and drug-resistant bacteria on the rise in Finland"*, yle.fi, 21.05.2019, https://yle.fi/uutiset/osasto/news/measles_and_drug-resistant_bacteria_on_the_rise_in_finland/10793724, abgerufen am 08.12.2019}}

7.17 Erwartung: Die Impfpflicht wird für höhere Impfraten sorgen

Das offizielle Ziel der Masernimpfpflicht ist eine höhere Durchimpfungsrate in Deutschland und in Folge natürlich ein weiterer Rückgang der erfassten Masernerkrankungen.

Da bereits viele Länder seit Jahren eine ähnlich gelagerte Impfpflicht gegen Masern haben, wäre ein Blick über die eigenen Grenzen hinweg geboten, ob in diesen Ländern tatsächlich eine Impfpflicht für höhere Durchimpfungsraten als in Deutschland gesorgt hat.

Dr. med. Steffen Rabe, Vorstandsmitglied der „Ärzte für individuelle Impfentscheidung e. V." (ÄIIE) bietet basierend auf offiziellen WHO-Daten auf seiner Webseite www.impf-info.de eine entsprechende graphische Auswertung der Durchimpfungsraten verschiedener Länder an: [64]

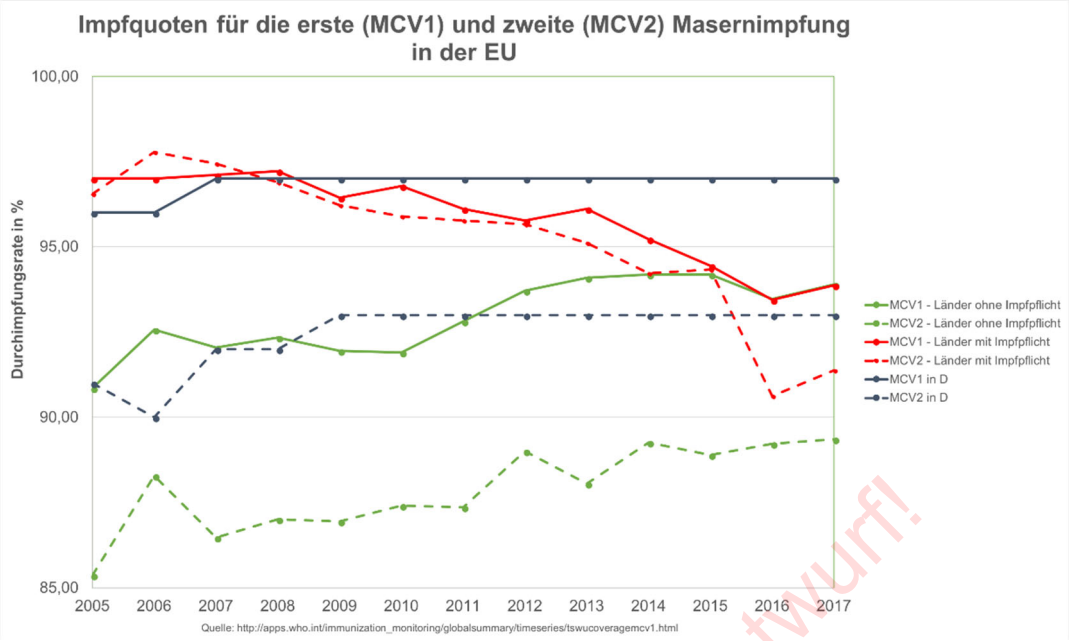


Quelle der Grafik: Dr. Steffen Rabe, impf-info.de

Vergleichen wir die Durchimpfungsraten von Deutschland mit Frankreich und Italien, also zwei Ländern mit einer aktuellen Impfpflicht gegen die Masern, zeigt sich, dass Deutschland bereits jetzt höhere Durchimpfungsraten hat als diese beiden Länder.

Entwurf!

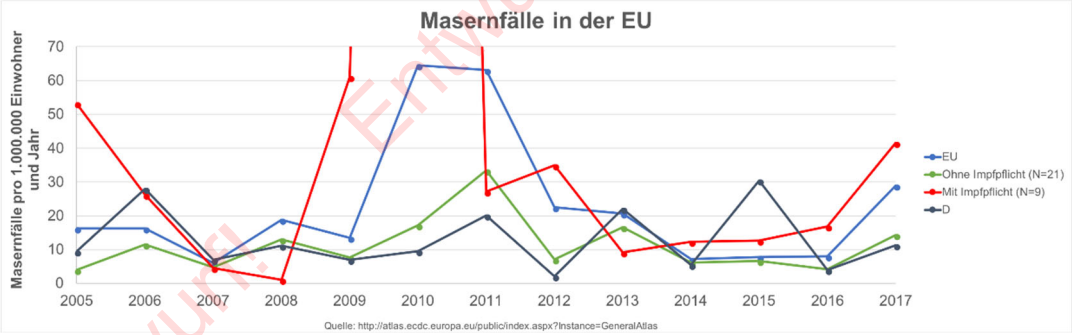
[64] https://www.impf-info.de/die-impfungen/masern/234-masern-und-impfpflicht-italien,-frankreich-und-deutschland.html, abgerufen am 6.12.2019



Quelle der Grafik: Dr. Steffen Rabe, impf-info.de

Auch im Vergleich von EU-Ländern mit und ohne Impfpflicht schneidet Deutschland überdurchschnittlich ab, insbesondere bei der ersten Masernimpfung.

Ähnlich sieht es bei der Zahl der erfassten Masernfälle aus:



Quelle der Grafik: Dr. Steffen Rabe, impf-info.de

Obwohl es in in Deutschland bisher keine Impfpflicht gegen die Masern gab, liegt die Fallzahl während der meisten Jahre im unteren Bereich.

Es ist also selbst dann, wenn man maximal hohe Durchimpfungsraten als erstrebenswert für die Volksgesundheit ansieht, sehr fraglich, ob verbesserte Impfraten und geringere Fallzahlen tatsächlich durch eine Impfpflicht erreicht werden können.

Vielmehr scheint es sinnvoller, nimmt man wirklich die Durchimpfungsraten als das einzig gültige Kriterium für eine erfolgreiche Masernpolitik an, auf den bisherigen erfolgreichen Maßnahmen weiter aufzubauen.

Bereits im Vorfeld der Verabschiedung des Gesetzes im Bundestag haben etliche Experten Bedenken geäußert, dass eine Impfpflicht durch den dadurch

Entwurf!

hervorgerufenen Widerstand in der Bevölkerung zu einem Sinken der Durchimpfungsraten führen kann statt zu einem Ansteigen.[65]

Entwurf!
Entwurf!
Entwurf!

[65] a) Deutscher Ethikrat: *"Impfen als Pflicht? - Stellungnahme"*, vom 27.06.2019, https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-impfen-als-pflicht.pdf, abgerufen am 08.12.2019
b) Jakob Simmank: "Impfpflicht: Zwanghaft auf der Suche nach einfachen Lösungen", ZEIT online vom 27.06.2019, https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2019-06/impfpflicht-masern-kita-jens-spahn-stellungnahmen-ethikrat/komplettansicht, abgerufen am 09.12.2019
c) Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (EbM-Netzwerk): *„Impfpflicht versus informierte Entscheidung – Perspektive der Evidenzbasierten Medizin“*, 02.05.2019, https://www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/pdf/stn-20190502-impfen.pdf, abgerufen am 08.12.2019

7.18 Selbstverpflichtung der europäischen WHO-Region

In der Begründung des Referentenentwurfs heißt es wörtlich:

> *„Bereits seit 1984 verfolgen die Mitgliedstaaten der europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Ziel der schrittweisen Eliminierung und schließlich weltweiten Ausrottung der Masern. Da in Deutschland die notwendigen Durchimpfungsraten von mehr als 95 % nicht erreicht wurden und einheimische Masern sich wieder verstärkt ausbreiten, hat die WHO Deutschland im Jahr 2017 wieder als Land mit endemischer Masernverbreitung eingestuft.“*

Grundsätzlich ist eine internationale Angleichung der Gesundheitspolitik zu begrüßen. Es muss jedoch aufgrund der Sorgfalts- und Fürsorgepflicht sichergestellt sein, dass die abgestimmten Maßnahmen auf dem *höchstmöglichen* – und nicht etwa auf dem *niedrigstmöglichen* - Niveau umgesetzt werden.

Aus zahlreichen bereits genannten Gründen ist die gegenwärtige WHO-Politik der Ausrottung der Masern durch eine maximale Durchimpfung fragwürdig, da sie nicht ausreichend auf nachvollziehbaren Fakten beruht.

Die Durchsetzung einer Impfpflicht unter Berufung auf WHO-Ziele ohne Berücksichtigung der in diesem Gutachten genannten Aspekte ist nach Ansicht des Verfassers verfassungswidrig.

Entwurf!
Entwurf!
Entwurf!

7.19 Mängel der Masernerfassung in Deutschland

Damit ein Land die offiziellen WHO-Kriterien für die Elimination der Masern erfüllen kann, darf u. a. nicht mehr als ein Fall auf 1 Mio. Einwohner pro Jahr erfasst werden. Somit dürften in Deutschland nicht mehr als 82 Fälle pro Jahr auftreten. Dieser Wert wurde seit Beginn der Meldepflicht für Masern ab 2001 in keinem Jahr erreicht.

Die WHO beklagt, dass Deutschland seine Masernfälle nicht detailliert genug erfasst. So sei es notwendig, in möglichst vielen Fällen den Virustyp labortechnisch untersuchen zu lassen, um Ansteckungsketten und zusammenhängende Ausbrüche erkennen und auf diese Weise rechtzeitig unterbrechen zu können: [66]

> *"The RVC urges further improvement in the epidemiological surveillance of measles and rubella with better contact tracing. More efforts to identify chains of transmission using epidemiological and laboratory data are needed as well as continued efforts to improve rubella surveillance, including laboratory confirmation of suspected cases and genotyping. Greater efforts are also needed to monitor and improve the immunization status of health care workers."*

Für die offizielle Eliminierung der Masern – und das ist ja auch ausgesprochenes Ziel von Gesundheitsminister Spahn - müssen u. a. die Übertragungsketten für wenigstens 12 Monate unterbrochen sein. Dies kann nur durch eine möglichst vollständige labortechnische Typisierung der Fälle dokumentiert werden.

Darüber hinaus wird die Typisierung benötigt, um vom Ausland eingeschleppte Fälle für den Eliminationsstatus von der Gesamtfallzahl abziehen zu können.

Das Nichterreichen des Status der Masern-Elimination ist also zumindest teilweise hausgemacht. Das Verhältnismäßigkeitsprinzip fordert jedoch vom Gesundheitsministerium, zunächst alle anderen Möglichkeiten auszuschöpfen, die keinen Eingriff in Grundrechte erfordern.

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

[66] WHO, Regional Office Europe: *"Seventh meeting of the European regional verification commission für measles and rubella elimination (RVC)"*, 13-15 June 2018, Paris, France, Page 36

7.20 Fehlende Haftung der Hersteller führt zu mangelhaften Produkten

Wie bereits angeführt, verfügen die deutschen Behörden nicht über verlässliche Daten zur Impfstoffsicherheit, unter anderem deshalb, weil die Zulassungsstudien zu klein sind, nicht lange genug laufen und nicht als vergleichende Placebostudien angelegt sind, weil die Dunkelziffer für das Meldesystem für Impfkomplikationen völlig unbekannt ist und weil das PEI als zuständige Behörde keinen Überblick über Nachmarktstudien besitzt.[67]

Das vermittelt den Eindruck, als werde die Sicherheit der gängigen Impfstoffe von den Verantwortlichen als gegeben angesehen, ohne dass belastbare Daten dazu verfügbar sind.

Völlig unverständlich ist, dass der Gesetzgeber die Hersteller von Impfstoffen von der Haftung für etwaige Mängel ihrer Produkte befreit. Man stelle sich vor, der VW-Konzern würde für seine Fahrzeuge eine Haftungsbefreiung verlangen.

Die Verantwortlichen der Impfstoff-Industrie sind keine Heiligen. Zudem haften sie bei Kapitalgesellschaften nicht persönlich. Wie in allen anderen Branchen ist auch bei Impfstoffen am besten für die Produktsicherheit gesorgt, wenn die Hersteller für Mängel ihrer Produkte direkt haften müssen.

Die Bedenken in der Bevölkerung gegenüber einer Impfpflicht beziehen sich hauptsächlich auf die Sicherheit der Impfstoffe. Indem das Gesundheitsministerium nicht durch entsprechende Maßnahmen dafür sorgt, dass den Herstellern die Qualität ihrer Produkte aufgrund des Haftungsrisikos ein primäres Anliegen ist, ignoriert es die möglicherweise berechtigten Sorgen der Bevölkerung.

Bezeichnend ist, dass es innerhalb der Regierung und Ministerien in Berlin keine einzige Stelle gibt, die einen Überblick über die jährliche Anzahl und Art der Anträge auf Impfschadensanerkennung, über den Anteil der anerkannten Impfschäden und deren Kosten für die Allgemeinheit hat.

Indem Ministerium und Regierung die Impfstoffsicherheit sträflich vernachlässigen, verstoßen sie nach Ansicht des Verfassers gegen das Grundgesetz.

Entwurf Entwurf Entwurf

[67] Auf die Frage des Verfassers an das PEI, ob für jeden zugelassenen Impfstoff wenigstens eine Nachmarktstudie vorliege, antwortete die Behörde am 03.02.2012 wörtlich: *„Ihre Frage, ob es für jeden in Deutschland zugelassenen Impfstoff mindestens eine Post-Marketing-Studie gibt, kann vom Paul-Ehrlich-Institut nicht abschließend beantwortet werden. (…)“*

7.21 Ungleichbehandlung bei Nachweis der Immunität

Auch wenn es aus Sicht des Verfassers etliche offene Fragen zur tatsächlichen Aussagefähigkeit des Antikörpertiters über eine künftige Nichterkrankung an Masern gibt, so herrscht in der medizinischen Welt derzeit doch ein breiter Konsens darüber, dass der Antikörpertiter einen brauchbaren Surrogat-Parameter für Immunität darstellt.

Wie schon aufgezeigt, kann dies aufgrund primärer und sekundärer Impfversager auf keinen Fall für den Impfstatus gelten. Nachfolgend ein praktisches Beispiel, welche Konsequenzen die geplante Regelung haben kann:

Nehmen wir einmal an, in einer Schulklasse mit 22 Kindern wären 20 Schüler wie von der STIKO empfohlen gegen die Masern geimpft, ein Kind bewusst ungeimpft, und ein weiteres Kind ungeimpft, weil eine Immunschwäche vorliegt.

Kommt es an der Schule in einer Nachbarklasse zu einem Masernfall, ist es die derzeitige Praxis, dass der bewusst ungeimpfte Schüler aus unserer Beispielklasse bis zu drei Wochen die Schule nicht betreten darf.

Der immungeschwächte Schüler bleibt im Unterricht, weil die anderen zwanzig Schüler geimpft sind und als immun gelten. Aufgrund der primären und sekundären Impfversager können aber bis zu drei der zwanzig Schüler zumindest abgeschwächt an den Masern erkranken und das Virus für einige Zeit ausscheiden.

Um den immungeschwächten Schüler vor einer Ansteckung mit dem Masernvirus zu schützen, müssten eigentlich auch jene geimpften Schüler, die keinen ausreichenden Titer entwickelt haben, während der Inkubationszeit nach Hause geschickt werden, damit sie nicht zu Überträgern werden.

Lässt sich der bisher ungeimpfte Schüler nun doch gegen die Masern impfen, darf er bereits am nächsten Tag wieder in die Schule – obwohl die Impfung mehrere Wochen benötigt, um den vollen Antikörpertiter aufzubauen. Dies bedeutet, dass der frisch Geimpfte den immungeschwächten Mitschüler unter ungünstigen Umständen anstecken kann! Soweit die aktuelle Praxis der Gesundheitsämter.

Der bewusst ungeimpfte Schüler müsste der Schule nicht fernbleiben, wenn er die Masern bereits unerkannt als „stille Feiung“ durchgemacht hat. Dies kann jedoch nur ein Antikörpertest verlässlich feststellen.

Dem Gesetzgeber geht es darum, die Infektionsketten zu unterbrechen, um WHO-Vorgaben zu erfüllen, immungeschwächte Kinder zu schützen und schwere Verläufe zu minimieren.

Dabei kann er sich aus offensichtlichen Gründen nicht auf den Impfstatus verlassen, sondern muss vielmehr darauf bestehen, dass betreute Kinder, ihre Betreuer sowie medizinisches Personal einen als ausreichend angesehenen Antikörpertiter vorweisen.

Entwurf Entwurf Entwurf

Wer einen ausreichenden Antikörpertiter nachweisen kann, fällt laut Masernschutzgesetz nicht unter das Betretungs- und Berufsverbot.

Allerdings müssen Eltern bzw. Betroffene, die das Gesetz befolgen wollen, entsprechende Labortests selbst bezahlen.

Da die Durchführung dieser Labortests im Interesse der Allgemeinheit liegt, ist es nicht nur eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung, sondern auch kontraproduktiv im Sinne der Gesetzesziele, wenn nur die Ungeimpften einen Titer-Test vornehmen lassen müssen und die Geimpften nicht, um so die Gemeinschaftseinrichtungen weiter betreten zu dürfen.

Es ist ebenfalls ungerecht sowie kontraproduktiv im Sinne der offiziellen Gesetzesziele, dass Eltern und Betroffen diese Labortests zusätzlich zu den zu leistenden hohen Krankenversicherungsbeiträgen selbst tragen müssen.

Geht es dem Gesetzgeber wirklich um eine Senkung der masernbedingten Krankheitslast, muss er die Kostenfrage für diese Blutuntersuchungen zufriedenstellend regeln.

Tut er dies nicht, ist damit zu rechnen, dass auf die Gesundheitsämter und damit auf die Verwaltungsgerichte eine wahre Klagewelle zukommt, um die Kostenerstattung für die Betroffenen zufriedenstellender zu regeln.

Entwurf!
Entwurf!
Entwurf!

7.22 „Keine Alternativen“ der Vorsorge

Laut Referentenentwurf zum Masernschutzgesetz gibt es zur Maximierung der Durchimpfungsrate keine Alternative, um die masernbedingte Krankheitslast in der Bevölkerung zu senken. Die Begründung der Alternativlosigkeit ist falsch, wie der Rückgang der masernbedingten Todesfälle in Deutschland um 99 % bereits *vor* Einführung der Masernimpfung eindrücklich zeigt.[68]

Einige der möglichen Ursachen für diesen phänomenalen Rückgang sind bekannt und müssten intensiv diskutiert und erforscht werden:

7.22.1 Passiv-Impfung (Immunglobuline)

Im RKI-Ratgeber Masern heißt es wörtlich:

> *„Bei abwehrgeschwächten Patienten, ggf. Schwangeren oder sehr jungen Kindern unter 6 Monaten ist eine postexpositionelle Prophylaxe von Masern nach individueller Risiko-Nutzen-Abwägung auch als passive Immunisierung durch eine Gabe von humanem Immunglobulin innerhalb von 2 – 6 Tagen nach Kontakt prinzipiell möglich (s. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission: www.stiko.de). Bei der Entscheidung, ob diese Personen angesichts einer möglicherweise komplikationsreicheren Masernerkrankung zum Beispiel Gemeinschaftseinrichtungen wieder betreten können, sollten weitere Faktoren (Anzahl und Dauer von Kontakten, Wahrscheinlichkeit von weiteren möglichen empfänglichen Personen etc.) in Erwägung gezogen werden.“*

Das Ziel einer Gesundheitspolitik ist die Senkung der Krankheitslast. Dies kann durch vorsorgliche Maßnahmen, aber auch durch effektive Behandlungsmethoden geschehen, die schwere Verläufe abmildern oder ganz verhindern.

Die Passiv-Impfung, d. h. die Behandlung mit aus menschlichem Blut gewonnenen Masern-Antikörpern, steht seit Mitte der 1920er Jahre zur Verfügung und wird bis heute von der Fachwelt als effektive Maßnahme zur Minderung schwerer Verläufe angesehen: [69]

> *„In 1926, Zingher summarized early efforts to prevent measles by injection of whole blood, serum, or plasma from donors who had a*

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

---

[68] a) „Mortality Statistic of the United States 1900 to 1904, Special Reports, Department of Commerce and Labor, United States of America, Washington, Government Printing Office 1906, S. XXVI, siehe auch https://www.cdc.gov/nchs/data/vsushistorical/mortstatsh_1900-1904.pdf, abgerufen am 3.12.2019

b) H.P.Pöhn, G.Rasch: „Statistik meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten“, bga Schriften 5/1993, MMV Medizin Verlag 1994, S. 81

[69] Stanley A. Plotkin, MD; Walter A. Orenstein, MD, DSc (HON); Paul A Offit, MD; Kathryn M. Edwards, MD: „Vaccines“, 7. Auflage, Elsevier 2018, S. 587

previous measles infection. A significant reduction in the measles attack rate among persons who received convalescent blood products after exposure to measles was shown, and convalescent blood products were widely used as postexposure prophylaxis in the 1920s and 1930s. In the 1940s, Janeway demonstrated that administration of Ig within 6 days after intimate exposure prevented measles in about three of four persons, with mild measles occurring in the fourth.“

Die Passiv-Impfung kann die Masernerkrankung in der Regel zwar nicht ganz verhindern und wirkt nur einige Wochen, senkt aber nach geltender Lehrmeinung bei rechtzeitiger Anwendung deutlich das Risiko von schweren Verläufen oder gar Todesfällen.

Sie wird im Gegensatz zur aktiven Masernimpfung nur im konkreten Erkrankungsfall beim Patienten und ggf. bei besonders anfälligen Kontaktpersonen angewendet. Damit werden die Risiken von Nebenwirkungen im Gegensatz zur aktiven Impfung auf jenen Personenkreis beschränkt, der unmittelbar von der Behandlung profitiert.

Ein weiterer Vorteil der Passiv-Impfung ist, dass die Patienten durch das abgeschwächte, aber dennoch natürliche Durchmachen der Masern einen höheren und länger anhaltenden Antikörpertiter entwickeln.[70]

7.22.2 Vitamin A

Studien zufolge ist Vitamin-A-Mangel ein Risikofaktor für schwere Masernverläufe. Deshalb empfiehlt die WHO seit Jahrzehnten hochdosierte Vitamin-A-Gaben insbesondere in sogenannten Entwicklungsländern.[71] [72] [73]

„High doses of vitamin A have been shown to decrease mortality and morbidity in young children hospitalized with measles in developing countries. The WHO currently recommends vitamin A for children with acute measles. Vitamin A oral dosage is once daily for 2 days at 200,000 IU for children ages 12 months and older, 100,000 IU for infants 6 to 11 months of age, and 50,000 IU for infants younger than 6 months of age. In the United States, as well as in developing countries, children with measles have been found to have low levels of serum retinol, and those with more-severe illness have lower levels.355–357

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

---

[70] Stanley A. Plotkin, MD; Walter A. Orenstein, MD, DSc (HON); Paul A Offit, MD; Kathryn M. Edwards, MD: „Vaccines“, 7. Auflage, Elsevier 2018, S. 588

67a EpiBull 2/2017, S. 17

[71] Alfred Sommer: *„Vitamin A deficiency and ist consequences – A field guide to detection and control“*, third edition, WHO 1995, https://www.who.int/nutrition/publications/vad_consequences.pdf, abgerufen am 07.12.2019

[72] Stanley A. Plotkin, MD; Walter A. Orenstein, MD, DSc (HON); Paul A Offit, MD; Kathryn M. Edwards, MD: „Vaccines“, 7. Auflage, Elsevier 2018, S. 585

[73] WHO, Department of immunization, vaccines and biologicals, Department of child and adolescent health: *„Treating measles in children“*, WHO/EPI/TRAM/97.02 (updated 2004)

The American Academy of Pediatrics (AAP) recommends using two doses of vitamin A (200,000 IU) on consecutive days, which is associated with a reduction in the risk of mortality in children younger than 2 years of age (relative risk [RR], 0.18; 95% CI, 0.03–0.61) and the risk of pneumonia-specific mortality (RR, 0.33; 95% CI, 0.08–0.92). (…) In addition, vitamin A therapy should be administered to children with measles who are immunosuppressed, have clinical evidence of vitamin A deficiency, or have recently immigrated from areas with a high mortality rate from measles.“

Ein möglicher Vitamin-A-Mangel wird jedoch von deutschen Gesundheitsbehörden und auch von der STIKO – und letztlich in der Begründung des Masernschutzgesetzes - als Risikofaktor und Vitamin-A-Gaben als mögliche sinnvolle Vorsorgemaßnahme ignoriert.

7.22.3 Vermeidung von Fiebersenkung, soweit nicht ausdrücklich indiziert

Eines der Leitsymptome von Masern ist Fieber. Fieber ist ein wichtiger Teil der Immunreaktion und ein generelles Senken des Fiebers ohne spezifische Indikation kann schwere Verläufe und Nebenwirkungen verursachen.[74] [75]

Künstlich hervorgerufenes Fieber ist sogar eine effektive Therapieform: [76]

„Der Mensch von heute kann nicht mehr ordentlich fiebern – so das bedenkliche Resümee von Experten. Die Fähigkeit, innere Hitze zu erzeugen, ist entwicklungsgeschichtlich unser ältester Abwehrmechanismus. Und bis heute Prognosefaktor für den Verlauf und oft auch das Überleben von Krankheiten. „Und trotzdem wird sofort das bisschen Fieber, das die Leute zusammenbringen, abgesenkt“, wettert Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Graninger, Uniklinik f. Innere Medizin, Wien, kürzlich auf einer Fachtagung zur Hyperthermie.“

Das unnötige Senken von Fieber, um ein befristetes subjektives Krankheitsgefühl zu mindern, kann sogar die Übertragung von Infektionskrankheiten begünstigen: [77]

„We highlight a potentially important negative effect of fever suppression that becomes evident at the population level: reducing

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

[74] Daniela Hüttemann: „Wie Fieber dem Immunsystem hilft“. Pharmazeutische Zeitung online vom 22.01.2019, https://www.pharmazeutische-zeitung.de/wie-fieber-dem-immunsystem-hilft/, abgerufen am 07.12.2019

[75] Carl I. Schulman et al.: "The Effect of Antipyretic Therapy upon Outcomes in Critically Ill Patients: A Randomized, Prospective Study", SURGICAL INFECTIONS Volume 6, Number 4, 2005

[76] „Hyperthermie-Tagung: Plädoyer für das Fieber“, Medical Tribune 43/2007

[77] David J. D. Earn et al.: „Population-level effects ot suppressing fever“, Proceedings of the royal society B, Vol. 281, Issue 1778, 7 March 2014

fever may increase transmission of associated infections. A higher transmission rate implies that a larger proportion of the population will be infected, so widespread antipyretic drug use ist likely to lead to more illnes and death than would be expected in a population that was not exposed to antipyretic pharmacotherapies.“

Darüber hinaus sind in den Fachinformationen gängiger Fiebersenker mögliche Nebenwirkungen angegeben, die leicht als Masernkomplikation fehlgedeutet werden können, z. B. zentralnervöse Störungen oder Erkrankungen des Immunsystems.[78]

Es gibt keine Veröffentlichungen der zuständigen nationalen Gesundheitsbehörden oder der STIKO, die auf diese Problematik im Umgang mit den Masern eingehen.

Hier gibt es ein bisher nicht ausgeschöpftes Verbesserungspotential zur Senkung der masernbedingten Krankheitslast. Beim Masernausbruch im bayerischen Coburg im Winter 2001/2002 betrug die Hospitalisierungsrate der Masernpatienten aus konventionell (mit Fiebersenkern und Antibiotika) arbeitenden Praxen etwa 10 %, während sie bei zwei homöopathisch-naturheilkundlichen Praxen, die nur bei eindeutiger Indikation symptomunterdrückende Medikamente verschreiben, bei denen etwa zwei Drittel aller Masernfälle betreut wurden, nur 0,25 % betrug. [79]

Die allgemeine Hospitalisierungsrate bei einem Masernausbruch in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2006 lag bei etwa 16 %, während von mehr als 50 Patienten aus vom Verfasser telefonisch befragten homöopathischen Praxen niemand stationär behandelt werden musste.[80]

Dr. med. Bob C. Witsenburg, ein dänischer Arzt, der in den 1960er Jahren in einer Kinderklinik in Ghana arbeitete, reduzierte im Rahmen einer Studie

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

[78] siehe Fachinformation „Ibuprofen Heumann Schmerztabletten 400 mg“, 03/2014 oder Fachinformation „Paracetamol ratiopharm 500 mg Tabletten“, 05/2014.

[79] a) RKI: EpiBull 19/2002, S. 155f
b) Dr. med. Stefan Schmidt-Troschke, *„Abschlussbericht, der Meldestelle Masern (2001-2004)“*, siehe auch impf-report Nr. 18/19, Mai/Juni 2006, S. 31-33,
c) Dr. med. Karl Fromme: *„Für und Wider der Impfung abwägen“*, Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe 26/2004, S. A1895
d) Dr. med. Stephan Arenz et al.: *„Der Masernausbruch in Coburg“*, Deutsches Ärzteblatt Ausgabe 49/2003, S. 3245-9

e) Hans U. P. Tolzin: *„Angst vor Masern? Die Widersprüche der offiziellen Masern-Politik“*, impf-report Nr. 18/19, Mai/Juni 2006, S. 4-7

[80] a) RKI: EpiBull Nr. 13/2007, S. 109-111
b) Dr. med. Werner Sameith: *„Masern-Erkrankungen in Nordrhein-Westfalen – ein volksmedizinischer Notstand?“* impf-report Nr. 18/19, Mai/Juni 2006, S. 8-9
c) Hans U. P. Tolzin: *„Angst vor Masern? Die Widersprüche der offiziellen Masern-Politik“*, impf-report Nr. 18/19, Mai/Juni 2006, S. 4-7

die Masernsterblichkeit seiner Patienten von 35 % auf 7 %, indem er die bis dahin grundsätzlich rein prophylaktisch gegebenen Fiebersenker wegließ.[81]

Der Verfasser findet es sehr bedauerlich, dass diese Erfahrungswerte von den deutschen Gesundheitsbehörden und der STIKO bisher nicht aufgegriffen wurden.

7.22.4 Vermeidung von Antibiotika, soweit nicht ausdrücklich indiziert

Antibiotika sind gegen Viren unwirksam, werden jedoch von Kinderärzten bei Masernverdacht häufig als Vorsorge gegenüber einer Sekundärinfektion durch Bakterien verabreicht.

Auch Antibiotika können Nebenwirkungen zur Folge haben, die fälschlicherweise den Masern zugerechnet werden können. Deshalb wäre zu prüfen, inwieweit der Antibiotika-Einsatz bei Masern zu schwereren Verläufen führt.

Solche Untersuchungen durch die zuständigen nationalen Gesundheitsbehörden sind dem Verfasser nicht bekannt. Hier gibt es also ein weiteres bisher nicht ausgeschöpftes Verbesserungspotential zur Senkung der masernbedingten Krankheitslast.

Entwurf!
Entwurf!
Entwurf!

[81] Dr. med. Bob C. Witsenburg: *„Masernsterblichkeit und Therapie“*, Der Merkurstab, Heft 3, Mai/Juni 1992, S. 177-180

7.23 Herdenschutz als einzig möglicher Schutz für immungeschwächte Personen

Ein häufig angeführtes Argument für eine möglichst hohe Durchimpfung der Bevölkerung ist der Schutz immungeschwächter Personen, die nicht geimpft werden können. Indem ihr Umfeld möglichst komplett durchgeimpft bzw. immun ist, sollen mögliche Übertragungsketten unterbrochen werden.

Auch hier gibt es, wie teilweise oben schon angeführt, mehrere alternative Möglichkeiten, insbesondere auch immungeschwächte Personen zu schützen:

1. Die Passiv-Impfung
2. Vorsorgliche Vitamin-A-Gaben
3. Sonstige nachweislich immunstärkende Maßnahmen, wie z. B. Gaben von hochdosiertem Vitamin C oder D.[82]
4. Isolierung der immungeschwächten Person, sobald ein Ausbruch im Umfeld auftritt.

Entwurf!
Entwurf!
Entwurf!

[82] Beispielhaft für Vitamin C: Carr AC, Maggini S: *„Vitamin C and Immune Function“*, Nutrients. 2017 Nov 3;9(11), https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29099763
Beispielhaft für Vitamin D: Trochoutsou AI et al.: *"Vitamin-D in the Immune System: Genomic and Non-Genomic Actions"*. Mini Rev Med Chem. 2015;15(11):953-63, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25985946

8 Fehlende Verhältnismäßigkeit

Insgesamt sterben in Deutschland jährlich bis zu einer Million Menschen, davon dreihundertvierzigtausend aufgrund von Kreislaufversagen (Wikipedia), zweihunderttausend aufgrund von Krebs (Wikipedia), vierzigtausend an Krankenhausinfektionen (WELT online vom 27.02.2014), vierzigtausend aufgrund von Arzneimittelvergiftungen (Todesursachenstatistik), zwanzigtausend aufgrund von Behandlungsfehlern (AZ München online vom 04.04.2018) und zehntausend durch Influenza (RKI). Es gibt also für einen Gesundheitsminister mehr als genug zu tun, um diese häufigen Sterbeursachen zu bekämpfen.

Mit durchschnittlich einem einzigen masernbedingten Todesfall sind die Masern eines der geringsten Probleme für die Volksgesundheit. Warum ausgerechnet hier fundamentale Grundrechte ausgesetzt werden sollen, ist reine Willkür.

Entwurf!
Entwurf!
Entwurf!

9 Gesundheitspolitisch relevante Vorteile der Masern

Bezüglich der Vorteile einer natürlich durchgemachten Masernerkrankung gibt es mehrere Sichtweisen. Betrachten wir ausschließlich die Antikörperbildung, so ist der natürlich gewonnene Immunschutz stärker und länger anhaltend als der durch Impfung gewonnene: [83]

> *„Measles disease results in higher antibody titers than does vaccination. Therefore, donor populations with predominantly vaccine-induced measles immunity yield lower measles antibody titers in Ig preparations.“*

Wie wir heute wissen, besteht das menschliche Immunsystem jedoch nicht nur aus den Antikörpern, sondern auch aus dem zellulären Immunsystem. Dieses besteht u. a. aus den Makrophagen und aus Immunzellen, die entartete Körperzellen erkennen und neutralisieren. Das zelluläre Immunsystem ist äußerst genau darin, körpereigenes (gesundes) Gewebe von körperfremdem Gewebe zu unterscheiden.

Die Zellen des Fötus sind aus Sicht des Immunsystems der Mutter aufgrund der genetischen Unterschiede (die Zellen enthalten DNA des Vaters) ein Fremdkörper. Während der Schwangerschaft wird deshalb das zelluläre Immunsystem heruntergefahren, damit die ungeborene Frucht nicht abgestoßen wird.

Ähnliches gilt auch für das zelluläre Immunsystem des Fötus. Während der Schwangerschaft sind Mutter und Kind dennoch über spezifische mütterliche Antikörper geschützt.

Erst mit der Geburt startet das zelluläre Immunsystem des Neugeborenen, indem es sich als Erstes mit den mütterlichen Darmbakterien auseinandersetzt.

Bis zu 15 Monate lang ist ein Kind durch Nestschutz und Stillen geschützt. [84]

Während der Antikörperschutz langsam nachlässt, übernimmt das zelluläre Immunsystem mehr und mehr die Abwehrarbeit. Mit jeder Infektion, die im Einzelfall entweder völlig unerkannt oder auch schwer verlaufen kann, trainiert und erstarkt das zelluläre Immunsystem ähnlich wie ein Muskel, der trainiert werden muss, um Höchstleistungen erbringen zu können.

Deshalb sind laut RKI und PEI die Antikörpertiter auch nur ein unzuverlässiger Surrogatmarker, denn die eigentliche Abwehrarbeit leistet das zelluläre

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

[83] Stanley A. Plotkin, MD; Walter A. Orenstein, MD, DSc (HON); Paul A Offit, MD; Kathryn M. Edwards, MD: „Vaccines“, 7. Auflage, Elsevier 2018, S. 588

[84] Stanley A. Plotkin, MD; Walter A. Orenstein, MD, DSc (HON); Paul A Offit, MD; Kathryn M. Edwards, MD: „Vaccines“, 7. Auflage, Elsevier 2018, S. 585

Immunsystem. Folgerichtig räumt das RKI in seinen Stellungnahmen ein, dass ein fehlender Antikörper im Grunde nichts über eine fehlende Immunität aussagt: [85]

> *"Weder das RKI noch die STIKO betrachten die Höhe der AK-Konzentration als alleiniges Kriterium für eine Immunität und definieren diese auch so nicht. Die für eine langfristige Immunität besonders wichtige zelluläre Immunität (immunologisches Gedächtnis) ist von den nachweisbaren AK-Titern nicht abhängig und deshalb dienen AK-Titer häufig nur als "Surrogatmarker" für die Immunität. Die STIKO empfiehlt z. B. nach Impfungen keine routinemäßige Testung auf Antikörper. Bei bestimmten Krankheiten mit langfristig stabilen AK-Titern nach Impfung oder Erkrankung, kann man allerdings aus dem Nachweis spezifischen Antikörper auf eine erfolgte Infektion mit bestimmten Erregern oder eine erfolgte Impfung schließen und damit indirekt auch auf eine vorliegende Immunität. Nicht nachweisbare oder niedrige AK-Titer sind jedoch kein Beweis für eine nicht vorhandene Immunität."*

Ein ähnliche Auskunft erhielt der Verfasser vom PEI: [86]

> *"Es gibt keine allgemeine Aussage des PEI, dass ein ausreichend hoch angesehener spezifischer Antikörpertiter eine Garantie für eine Nichterkrankung sei. Diese Aussage ist undifferenziert und entspricht nicht wissenschaftlichen Standards, entsprechend gibt es hier auch keine behördeninternen Unterlagen. Wie die Wirksamkeit zu prüfen ist, legt das Europäische Arzneibuch für die verschiedenen Impfstoffe genau fest."*

Die Masern scheinen ein ganz besonders intensives Training des zellulären Immunsystems darzustellen, denn Eltern und Mediziner beobachten immer wieder regelrechte Entwicklungsschübe.

Laut Anfrage des Verfassers an das RKI wurde das Phänomen der Entwicklungsschübe bisher weder von der Behörde noch von der wissenschaftlichen Welt ernst genommen und erforscht.[87]

Neben den in vielen Fällen beobachteten Entwicklungsschüben ist das Risiko für Allergien (überschießende Antikörperreaktionen) und Krebs (geschwächte Reaktion des zellulären Immunsystems auf entartete Körperzellen) nach durchgemachten Masern deutlich geringer.[88]

Entwurf Entwurf Entwurf

---

[85] Email des RKI vom 01.02.2005 an den Verfasser auf dessen Anfrage vom 25.10.2004

[86] Email des PEI vom 01.04.2011 an den Verfasser auf dessen Anfrage vom 27.03.2011 (ursprünglich: IFG-Anfrage Nr. 003a vom 13.05.2006)

[87] Email des RKI vom 22.05.2007 an den Verfasser auf dessen IFG-Anfrage Nr. 65 vom 17.05.2007

[88] a) Pediatrics. 2009 Mar;123(3):771-8: Rosenlund H et al.: *"Allergic disease and atopic sensitization in children in relation to measles vaccination and measles infection".* Pediatrics, 2009 Mar;123(3):771-8, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19255001
b) Kucukosmanoglu E et al.: *"Frequency of allergic diseases following measles"*. Allergol Immunopathol (Madr). 2006 Jul-Aug;34(4):146-9,

Angenommen, es wäre tatsächlich möglich, das Wildvirus gänzlich auszurotten, dann wären die Folgen nicht absehbar. Der derzeit immer noch vorkommende Kontakt mit dem Wildvirus hat deutliche Auswirkungen auf den durch Impfungen erworbenen Antikörpertiter: [89]

Ohne wiederkehrende Stimulierung durch das Wildvirus („Boosterung“) sinkt der Impftiter schneller als ohne. Ohne verfügbares Wildvirus könnte es sein, dass künftig regelmäßig nachgeimpft werden muss, um den Titer hoch zu halten - mit all den damit verbundenen Risiken und Einschränkungen von Grundrechten.

Wir dürfen auch nicht vergessen, dass selbst dann, wenn das Virus offiziell als ausgerottet gilt, und die Masernimpfung komplett eingestellt wurde, im Prinzip ein einziger Infizierter für eine erneute weltweite Ausbreitung sorgen kann. Die Quelle der Infektion müsste noch nicht einmal ein Mensch sein: Forscher der Universität Bonn entdeckten 2012 masernähnliche Paramyxoviren in Fledermäusen. Möglicherweise müssen wir erst weltweit sämtliche Fledermäuse entweder impfen oder töten, bevor wir uns der Ausrottung des Masernvirus sicher sein können.[90]

Es wäre unter Berücksichtigung aller Fakten zu erwägen, ob nicht vielleicht die genau umgekehrte Strategie sinnvoller wäre, nämlich die Verbreitung des Wildvirus im Gegensatz zur aktuellen Gesundheitspolitik sogar zu fördern und gleichzeitig die Faktoren, die zum Rückgang der Todesfälle um 99 % geführt

Entwurf Entwurf Entwurf

---

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16854347
c) Flöistrup H et al.: *"Allergic disease and sensitization in Steiner school children"*. J Allergy Clin Immunol. 2006 Jan;117(1):59-66, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16387585
d) Busse WW: *"Mechanisms and advances in allergic diseases"*. J Allergy Clin Immunol. 2000 Jun;105(6 Pt 2):S593-8, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10856163
e) Løvik M: *"Do infections reduce the development of allergy? Do measles reduce the risk of allergic disease?"*. Tidsskr Nor Laegeforen. 1997 Feb 20;117(5):688-90, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9102962
f) Qi Y et al.: *"Protective immunity elicited by measles vaccine exerts anti-tumor effects on measles virus hemagglutinin gene-modified cancer cells in a mouse model"*. J Cancer Res Clin Oncol. 2018 Oct;144(10):1945-1957, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30090962
g) Delpeut S et al.: *"Measles Virus Enters Breast and Colon Cancer Cell Lines through a PVRL4-Mediated Macropinocytosis Pathway"*. J Virol. 2017 Apr 28;91(10), https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28250131

h) Ellerhoff TP et al.: *"Novel epi-virotherapeutic treatment of pancreatic cancer combining the oral histone deacetylase inhibitor resminostat with oncolytic measles vaccine virus"*. Int J Oncol. 2016 Nov;49(5):1931-1944, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27601235
i) Awano M et al.: *"Measles virus selectively blind to signaling lymphocyte activity molecule has oncolytic efficacy against nectin-4-expressing pancreatic cancer cells"*. Cancer Sci. 2016 Nov;107(11):1647-1652, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27561180

j) weitere Quellenangaben: https://www.impfkritik.de/pressespiegel/2019041602.html

[89] RKI: EpiBull 48/2013, S. 486; EpiBull 1/99, S. 4; EpiBull 19/99, S. 142; EpiBull 7/2002, S. 53; EpiBull 38/2019, S. 398; EpiBull 32/33 2019, S. 309;

[90] „Ungeahntes Reservoir von Viren“, uni-bonn.de vom 24.04.2012, https://www.uni-bonn.de/neues/102-2012, abgerufen am 09.12.2019

haben, intensiv zu erforschen, damit alle nicht invasiven Möglichkeiten der Vorsorge ausgeschöpft werden können.

Die Entwicklung der Masern-Sterberaten während der letzten etwa 120 Jahre deutet darauf hin, dass verbesserte Lebensumstände sich sehr positiv auf die Masernrisiken auswirken.

Und die Verbesserung der Lebensumstände muss ja sowieso eines der zentralen Ziele einer nationalen Politik sein.

Entwurf!
Entwurf!
Entwurf!

10 Glossar/Abkürzungen

AK: Abkürzung für „Antikörpertiter“, nachweisbare Menge spezifisch gegen einen bestimmten Erreger gerichteten Antikörper im Blut

anaphylaktisch:

anaphylaktoid:

Diathese:

Differentialdiagnose:

EpiBull: Abkürzung für „Epidemiologisches Bulletin“. Wöchentliche Hauspostille des RKI.

Exposition:

GSK:

kausal: ursächlich (lat. *causa* „Ursache“)

Kontagionsindex;

Manifestationsindex;

MIBE:

mIE/ml bzw. mIU/ml

MSD:

PEI: Abkürzung für „Paul-Ehrlich-Institut“, deutsche Zulassungsbehörde für Impfstoffe, direkt dem Bundesgesundheitsministerium untergeordnet

postexponentiell:

Proband:

Prophylaxe:

RKI: Abkürzung für „Robert-Koch-Institut“, Bundesseuchenbehörde, direkt dem Bundesgesundheitsministerium untergeordnet

SSPE

Surrogat-Parameter: cccc

Entwurf! Entwurf! Entwurf!

Anmerkungen:

- *Glossar wird noch ergänzt*

möglicher Anhang:

- *Fachinfos der vier MMR(V)-Impfstoffe mit Markierungen*
- *Micro-Trace-Laboruntersuchungen*
- *DAGIA-Forderungen*

Entwurf!
Entwurf!
Entwurf!