© Dmytro Flisak - fotolia.com

Warum eine Impfpflicht absolut keinen Sinn macht!

Immer wieder wird von Seiten bestimmter Ärzteverbände und Parteien die angebliche Notwendigkeit einer Impfpflicht gegen Masern oder auch andere Infektionskrankheiten in die öffentliche Diskussion gebracht. Wie sie angesichts der fehlenden rechtlichen und sachlichen Voraussetzungen auf eine solche Idee kommen können, ist kaum nachvollziehbar. Die Diskussion ist in erster Linie von Irrationalität geprägt. Dieser Artikel fasst die wichtigsten Argumente zusammen, die gegen die Einführung einer Impfpflicht sprechen.

von Hans U. P. Tolzin, Medizin-Journalist und Gesundheitspolitiker

„Die Würde des Menschen ist unantastbar“

Ein Erbe unserer Vorfahren

Eine Impfpflicht wäre ein gravierender Eingriff in unsere Grundrechte, die sich in unserem Grundgesetz von einer weltweit wohl einmaligen Feststellung in Art. 1. Abs. 1 GG ableiten:

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

Es gibt wohl keine klarere Absage an jede staatliche Rechtfertigung zur Einschränkung von Grundrechten als diesen Satz. Ich wüsste auch nicht, dass irgendeine andere Verfassung eine solche Feststellung enthält.

Wie fand dieser Satz seinen Weg in unser Grundgesetz? Ich denke, die Überlebenden aus zwei verlorenen Weltkriegen wollten damit einem dritten Anlauf jede Grundlage entziehen. Denn jedem Krieg geht immer der Ausverkauf der Menschenrechte voraus: Entweder wird der Wille der Menschen einfach übergangen oder aber sie werden von einer einflussreichen Interessengruppe bewusst belogen und manipuliert.

Wir bewegen uns nun schon seit Jahrzehnten schleichend auf eine neue Art von Diktatur zu. Diesmal sind es nicht nationale, religiöse oder ideologische Egoismen, die eine Gefahr darstellen, sondern es sind die Interessen der globalen Konzerne und des Großkapitals, die zunehmend Einfluss auf alle Bereiche unserer Gesellschaft nehmen. Dadurch, dass sie übernational organisiert sind, können sie Nationen, Religionen und Ideologien gegeneinander ausspielen.

Wir verspielen das Erbe unserer Vorfahren und missachten die Opfer, die sie gebracht haben, wenn wir uns der wachsenden Dominanz der Konzerne nicht entgegenstellen. Denn wenn es irgend etwas gibt, was zwei verlorene Weltkriege an Gutem gebracht haben, dann ist es wohl dieser eine entscheidende Satz in unserem Grundgesetz.

Jeder Mensch ist ein „Würdenträger“

Von der Würde des Menschen werden in unserem Grundgesetz sämtliche Grundrechte abgeleitet.

Die Würde des Menschen ist sein angeborener, einzigartiger, nicht bezifferbarer und Respekt verdienender Wert. Er ist in seiner angeborenen Form ein Potential an Möglichkeiten, das sich dann im Laufe eines Menschenlebens mehr oder weniger konkret entfaltet. Man könnte deshalb nicht nur wichtige Funktionsinhaber, sondern jeden einzelnen Menschen als „Würdenträger“ bezeichnen.

Art. 1 Abs. 1 GG legt meiner Ansicht nach eindeutig fest, dass der Staat dem Individuum zu dienen hat und nicht umgekehrt. Denn es heißt ja nicht *„die Würde des Bundestages ist unantastbar“*, oder *„die Würde des Bundeskanzlers“* oder *„die Würde des deutschen Volkes“* oder *„die Würde Deutschlands“* oder *„die Würde des Staates“*, sondern eben die Würde eines jeden einzelnen Individuums. Der Staat hat also als seine vornehmste Aufgabe die Würde eines jeden einzelnen Menschen aktiv zu beschützen.

Solange der Staat dieses als erste Priorität behält, ist er gegen eine Diktatur immun und auch nicht in einen Krieg oder in den Missbrauch von Macht zu treiben.

Unter welchen Umständen wäre ein Eingriff in die Menschenwürde angemessen?

Extremsituationen können zum Abwägen zwingen

Doch natürlich gibt es Extremsituationen, in denen es angemessen sein kann, die Würde auf körperliche Unverletztheit nicht absolut zu sehen, sondern abzuwägen.

Wenn z. B. ein Notarzt zu einem bewusstlosen und schwer verletzten Unfallopfer kommt, kann er ja schlecht warten, bis dieser aufwacht, um dann zu fragen, ob er Erste Hilfe leisten darf. Vielmehr gilt es hier zunächst, das auf dem Spiel stehende Leben als das höhere Gut zu retten.

Doch auch der Notarzt darf keineswegs blindlings agieren, sondern muss sicherstellen, dass es sich bei dem Unfallopfer nicht um einen Diabetiker, einen Organtransplantierten oder den Träger eines Herzschrittmachers handelt. Er wird also prüfen, ob der Bewusstlose eine entsprechende Information entweder an einer Kette um den Hals trägt oder in seinem Geldbeutel aufbewahrt.

Welche Extremsituation könnte eine Impfpflicht rechtfertigen?

Im Gegensatz zu einem bewusstlosen und sterbenden Unfallopfer ist ein zu Impfender nicht in unmittelbarer gesundheitlicher Gefahr. Im Gegenteil, er muss ja völlig gesund sein, damit er überhaupt geimpft werden darf.

Ob dieser gesunde und ungeimpfte Mensch irgendwann einmal mit einem bestimmten Krankheitserreger in Kontakt kommen wird, kann nicht mit Sicherheit vorausgesagt werden. Man könnte allenfalls eine gewisse Wahrscheinlichkeit auf der Grundlage der aktuellen Verbreitung eines Erregers errechnen.

Doch selbst wenn ein gesunder und ungeimpfter Mensch irgendwann in der Zukunft mit einem bestimmten Krankheitserreger in Kontakt käme, kann nicht vorhergesagt werden, ob er dann auch tatsächlich erkrankt. Selbst bei der sogenannten Spanischen Grippe vor 100 Jahren ist – trotz Kontakt mit dem Erreger – ein Großteil der Menschen nicht erkrankt.

Etwa neun von zehn Menschen, die sich mit Polio infizieren, geben laut Lehrmeinung zwar das Virus weiter, erkranken aber selbst nicht. So etwas gibt es auch bei den Masern und bei sämtlichen anderen Infektionskrankheiten. Eine Infektion, d. h. ein Erregerkontakt mit einer messbaren Reaktion des Immunsystems, ist also nicht automatisch mit Erkrankung gleichzusetzen. Vielmehr müssen weitere Stressfaktoren auftreten. Welche das jeweils sind, wissen wir nur ansatzweise, weil dies von unseren Gesundheitsbehörden nicht weiter erforscht wird.

Doch selbst wenn ein gesunder und ungeimpfter Mensch nach Erregerkontakt z. B. an Masern erkrankt, verläuft die Erkrankung in der Regel mild – mit der Folge einer lebenslangen natürlichen Immunität.

Ob ein gesunder und ungeimpfter Mensch, der bei Erregerkontakt erkrankt, den Erreger dann auch verbreitet, kann ebenfalls nicht vorausgesagt werden. Vor ein paar Jahren fürchtete man eine weltweite Verbreitung von Ebola. Doch bisher ist jeder Ebola-Ausbruch auch ohne Impfung oder antivirale Medikamente von alleine wieder verschwunden.

Wir wissen also auch nicht, ob es bei der Krankheit, gegen die unsere gesunde ungeimpfte Person geimpft werden soll, jemals zu einer großen Epidemie mit tausenden von Toten kommen wird.

Bei all diesem Unwissen muss die Frage, ob das Antasten der menschlichen Würde durch eine Impfpflicht gerechtfertigt ist, ernsthaft gestellt und sehr sorgfältig abgewogen werden.

Ein Notarzt wird bei einem schwer verletzten und bewusstlosen Unfallopfer nicht erst warten, bis dieser von alleine erwacht, um seine Erlaubnis einzuholen.

© benjaminnolte - fotolia.com

Ein Beispiel: Maserntodesfälle ab dem Jahr 1900 bis heute

Tausende von Todesfällen im Jahr 1900

Es gibt also Extremsituationen, die eventuell auch eine Impfpflicht rechtfertigen würden. Doch was ist die Grenze für so eine einschneidende Maßnahme?

Ein schwerer Ausbruch mit einem Todesfall im Jahr? Oder mit einem Todesfall im Monat? Mit einem Todesfall täglich? Mit 10 Todesfällen täglich? Mit hundert Todesfällen täglich? Mit tausend Todesfällen täglich? Mit zehntausend Todesfällen täglich?

Wo soll die Grenze liegen? Wer soll über sie bestimmen? Die Pharmakonzerne und ihre Lobbyisten? Oder doch lieber unabhängige Fachleute und Politiker? Wenn wir uns hier nicht eine eigene Meinung bilden, sind wir unter Umständen den Marketing-Strategen der Pharmakonzerne ausgeliefert, die uns nur zu gerne sagen, was wir zu fürchten haben, damit sie uns ihre Lösung verkaufen können.

Nehmen wir wieder das Beispiel der Masern und schauen wir uns einmal die historische Dimension dieser an sich harmlosen Kinderkrankheit an.

Im Jahr 1900 gab es laut offizieller Todesfallstatistik im damaligen Deutschen Kaiserreich mit ca. 56 Mio. Einwohnern etwa 13.000 erfasste Maserntodesfälle (23 Todesfälle auf 100.000 Einwohner). Das ist mehr als ein Todesfall pro Stunde. Hätte es damals einen wirksamen und sicheren Masernimpfstoff gegeben, wäre vielleicht eine Pflichtimpfung oder doch zumindest eine nachdrückliche Impfempfehlung erwägenswert gewesen.

Völlig rätselhafter Rückgang um 99 % – ohne Impfungen

Doch die offizielle Masern-Sterberate ging in den nachfolgenden Jahrzehnten auch ohne Impfung rapide zurück. Im Jahr 1962, also ein Jahr, bevor der allererste Masernimpfstoff zur Verfügung stand, waren es noch 140 registrierte Todesfälle (Westdeutschland, damals ebenfalls ca. 56 Mio. Einwohner). Die Sterberate war also in ca. 60 Jahren um ganze 99 % zurückgegangen. Und das ohne jede Impfung!

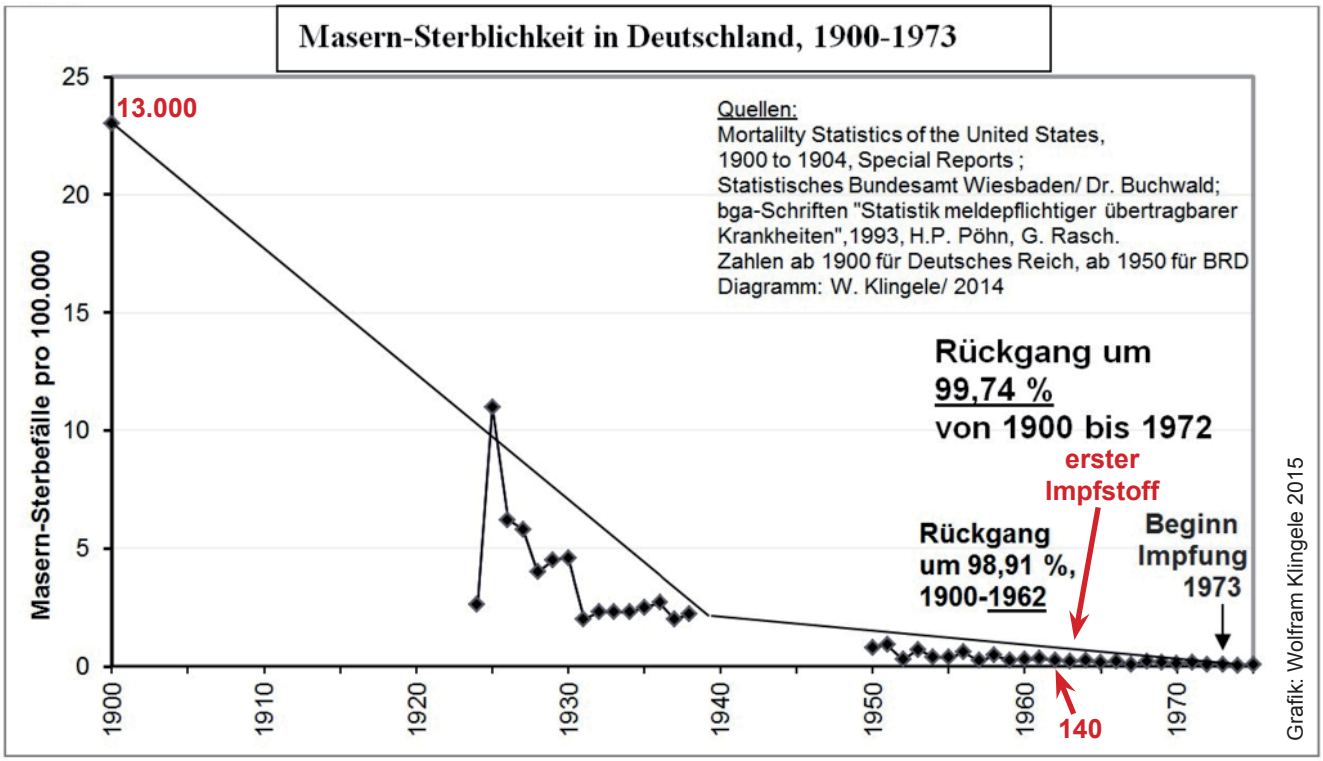
Dieser beständige Rückgang ist vermutlich auch der Grund, warum aus Sicht von Prof. Henneberg, des damaligen Chefs des Bundesgesundheitsamtes, die Einführung einer Impfung als unnötig angesehen wurde. Wie er im Bundesgesundheitsblatt schrieb, verläuft die Krankheit in der Regel harmlos und man wusste damals noch von einer Therapiemöglichkeit, mit der schwere Verläufe abgefangen werden konnten.

Vielleicht fragen wir uns jetzt überrascht, welche Therapiemöglichkeit 1962 zur Verfügung stand, denn von den heutigen Behörden hört man nichts dergleichen. Die Gründe für dieses „Vergessen" einer effektiven Masern-Therapie können wir allenfalls vermuten.

Aus heutiger Sicht wären natürlich 140 jährliche Todesfälle völlig inakzeptabel. Dennoch wäre vor Einführung einer Impfpflicht zunächst einmal zu klären, welche Faktoren für den phänomenalen Rückgang zwischen 1900 und 1962 verantwortlich waren. Und um was es sich bei der von Henneberg erwähnten Therapiemöglichkeit handelt.

Der Masernimpfstoff sprang auf einen längst fahrenden Zug auf

Als 1973 der erste Lebendimpfstoff gegen die Masern eingeführt



Zwischen den Jahren 1900 und 1962 ist die Anzahl der Maserntoten um 99 % gefallen – lange bevor es den ersten Impfstoff gab. Die Ursachen für diesen phänomenalen Rückgang scheint unsere Gesundheitsbehörden jedoch nicht zu interessieren.

„Eine Impfung gegen Masern ist zur Zeit auch aus dem Grunde nicht ratsam, weil die Masern nur in seltenen Fällen, die therapeutisch behandelt werden können, gefährlich werden.

Eine Massenprophylaxe ist daher nicht gerechtfertigt.“

Prof. Dr. med. Henneberg, im Jahre 1962 Präsident des Bundesgesundheitsamtes und Vizepräsident des Robert-Koch-Instituts (Zitat aus: Bundesgesundheitsblatt Nr. 4/1962, S. 55-58)

wurde, waren es noch 30 Todesfälle jährlich. Wir dürfen nun rätseln, ob dafür der 1963 eingeführte Totimpfstoff verantwortlich war, oder ob sich die schon 1900 begonnene Entwicklung einfach fortgesetzt hat.

Und dass wir heutzutage in Deutschland nur noch einen Todesfall jährlich zu beklagen haben: Liegt dies vielleicht am 1973 eingeführten Lebendimpfstoff und an der heutzutage sehr hohen Durchimpfungsrate? Oder ist dies ebenfalls auf ganz andere Faktoren zurückzuführen?

Wir wissen es nicht, denn die Politiker, Behörden und Hersteller blenden diese hochinteressante Frage einfach aus. Wie ist dies möglich? Selbst wenn die heute zur Verfügung stehende Masernimpfung im Allgemeinen als wirksam und sicher betrachtet werden könnte, ist sie ja dennoch eine Körperverletzung, die der mündigen Einwilligung auf individueller Ebene bedarf und im Einzelfall schwere gesundheitliche Schäden verursachen kann.

Leichtfertig alle Alternativen auszublenden, wäre ein Verstoß gegen unser Grundgesetz.

Was würde passieren, wenn wir ab morgen gar nicht mehr gegen die Masern impfen würden?

Die aktuelle Gefährdungslage

Was würde also geschehen, wenn wir von heute auf morgen nicht mehr gegen die Masern impfen würden? Derzeit wird in Deutschland durchschnittlich ein Maserntodesfall im Jahr gemeldet, sowie etwa vier Fälle von schweren Gehirnentzündungen mit SSPE-Diagnose.[1]

Dies ist die derzeitige offizielle kollektive Gefährdungslage. Dass sie nicht größer ist, ist angeblich eine Folge der Massenimpfungen. Oder, um es etwas konkreter werden zu lassen, eine Folge des hohen Immunisierungsgrades in der Bevölkerung, bewirkt durch die Impfungen.

Der Immunisierungsgrad ergibt sich der Lehrmeinung zufolge aus dem Anteil der Bevölkerung, der über einen schützenden Antikörpertiter verfügt.

Ist allenfalls die Hälfte der Bevölkerung gegen die Masern geschützt?

Wie groß ist also der Bevölkerungsanteil mit schützendem Titer und wie groß ist der Anteil ohne schützenden Titer? Die derzeitige offizielle Durchimpfungsrate bei der Einschulungsuntersuchung liegt bei 97 % (erste Impfung) und 93 % (zweite Impfung.) In der gleichen Altersgruppe beträgt die Rate der Impfversager, die trotz vorschriftsmäßig erhaltener zweimaliger Impfung keinen Titer entwickelt haben, bei knapp 13 %.[2]

Dazu kommt ein Unsicherheitsfaktor von bis zu 10 % durch jene Schüler, deren Impfstatus nicht erfasst werden konnte, weil sie bei der Einschulung keinen Impfpass vorlegten.

Während eine natürliche Masernerkrankung in der Regel ein ganzes Leben lang gegen eine neue Erkrankung schützt, sinkt der Impftiter mit der Zeit, wie die KiGGS-Studie des RKI bestätigt.[2] Je größer der Abstand von der Impfung und je älter die Menschen, desto größer ist logischerweise der Anteil der Ungeschützten in der Bevölkerung.

Und dann gibt es noch die älteren Erwachsenen, die niemals gegen die Masern geimpft wurden, weil sie bei der Einführung der Impfung bereits über das empfohlene Impfalter hinaus waren.

Untersuchungen über die Größe der Bevölkerungsteile mit und ohne schützenden Maserntiter hat es bis vor kurzem nicht gegeben. Dies hat erst die sog. DEGS-Studie geändert, die von 2008 bis 2011 durchgeführt wurde und deren Ergebnisse 2013 publiziert wurden. An der Studie nahmen ca. 8.000 Menschen teil. Unter anderem wurden auch Impfstatus und Antikörpertiter der 18- bis 79-jährigen Testpersonen erfasst.[3]

Ergebnisse staatlicher Studie bleiben ein Geheimnis

Wie groß der Anteil der Erwachsenen mit ausreichendem Maserntiter ist, wäre eine der zahlreichen interessanten Fragen, welche die DEGS-Studie leicht beantworten könnte. Doch bis heute wurde leider dazu nichts veröffentlicht.

Kritische Beobachter vermuten, dass maximal 50% der Bevölkerung über einen als ausreichend angesehenen Antikörpertiter verfügen. Und dass es kein Zufall ist, dass das RKI die entsprechende Statistik der DEGS-Studie bisher nicht veröffentlicht hat.

Denn wie wäre bei einer derart schlechten Immunitätslage zu erklären, dass die Masern nicht die halbe Bevölkerung dahinraffen?

Wie wäre dann die Bedrohungslage aufrecht zu erhalten, mit der die Notwendigkeit einer möglichst hohen Durchimpfungsrate gerechtfertigt wird? Wären die Ergebnisse der DEGS-Studie etwa schlecht fürs Impf-Marketing?

Tödliche Masernepidemien wären nicht zu erwarten.

Würden wir also von heute auf morgen nicht mehr gegen die Masern impfen, so bliebe der maximal denkbar gesundheitliche Schaden im Rahmen. Bei einem geschützten Bevölkerungsanteil von 50 % würden aus einem Maserntodesfall vielleicht zwei Todesfälle, aus vier SSPE-Fällen würden vielleicht acht werden.

Natürlich ist jeder Todesfall und jede schleichende Gehirnentzündung ein Opfer zuviel. Doch wir dürfen niemals vergessen, dass wir bei einer Impfpflicht eine ganze Bevölkerung den unbekannten Risiken von Nebenwirkungen und Impfschäden aussetzen, dass wir einer ganzen Bevölkerung eine Körperverletzung aufnötigen oder gar aufzwingen und somit ihre im Grundgesetz verankerte Würde verletzen.

Fiebersenken ist ein bekannter Risikofaktor

Unsere Politiker sollten also innehalten und erst einmal in Ruhe alle verfügbaren Fakten abwägen, um sich eine fundierte und begründete Meinung bilden zu können.

Eine wichtige Information wäre unter anderem, dass laut einer ganzen Reihe von Studien ein Fiebersenken das Risiko von schweren Komplikationen bis hin zum Tod drastisch erhöht. Würden wir also die allgemeine Tendenz beenden, jedes Fieber sofort mit Hilfe von Medikamenten zu unterdrücken, könnte vielleicht allein schon diese Maßnahme die Sterbe- und SSPE-Rate bei den Masern senken.[4]

Vitamin A-Mangel ist ein weiterer bekannter Risikofaktor

Die WHO propagiert darüber hinaus schon seit Jahrzehnten, dass komplikationsreiche Masernerkrankungen oft mit einem Mangel an Vitamin A einhergehen. Deshalb wird in Afrika parallel zur Masernimpfung auch Vitamin A verabreicht. Ein Mangel an Vitamin A mag bei deutschen Kindern seltener vorkommen als in Afrika, aber dennoch ein Faktor bei schweren Masernverläufen sein.[5]

Das sind schon mal zwei bekannte Faktoren, die unsere Mediziner und auch wir Eltern zugunsten leichterer Masernverläufe beeinflussen können. Und nicht zu vergessen:

Eine natürlich durchgemachte Masernerkrankung schützt ein Leben lang vor einer Wiederholung. Bei Mädchen bedeutet sie darüber hinaus den effektivsten Nestschutz für die späteren eigenen Kinder.[6]

Passivimpfung als effektive schulmedizinische Therapie

Ein dritter Faktor wäre die von Prof. Henneberg im Jahr 1962 erwähnte Maserntherapie, wobei es sich vermutlich um die sogenannte Passivimpfung, also die Gabe von Antikörpern in Form von Immunglobulinen, handelt. Ein Verfahren, das uns selbstverständlich auch heute noch zur Verfügung steht – aber vom RKI zwar erwähnt, aber ansonsten ignoriert wird.[6]

Zusammenfassend ist festzustellen, dass wir auch nach dem kompletten Einstellen der Masernimpfung keineswegs mit einer tödlichen Epidemie zu rechnen hätten. Denn wir haben ja auch heute keine echte Epidemie, obwohl aus Sicht der Lehrmeinung vermutlich die Hälfte der Bevölkerung ungeschützt ist, weil sie keinen ausreichenden Titer im Blut hat.

Was unsere Behörden nicht wissen wollen

Zudem wäre es doch wirklich spannend zu wissen, welche Faktoren für den Rückgang der Todesfälle zwischen 1900 und 1962 verantwortlich sind. Unverantwortlich dagegen ist, dass das RKI es offenbar nicht für nötig hält, diese Faktoren zu erforschen.

Warum auch immer – eine entsprechende Forschung ist politisch nicht gewollt. Unser Staat enthält uns bewusst wichtige Informationen vor. Die Absicht dahinter ist, uns durch das Unterdrücken von wichtigen Informationen und durch unrichtige Behauptungen in eine bestimmte Richtung zu manipulieren: Dem Impfen.

Und das ist eine eindeutige Verletzung der laut Grundgesetz unantastbaren menschlichen Würde.

Internationaler Druck und kollektive Programmierung des Unterbewussten

Ein möglicher Grund, warum unsere Gesundheitspolitiker die derzeitige Impfpolitik nicht hinterfragen wollen und sogar mit dem Gedanken an eine Impfpflicht spielen, könnte u. a. beim globalen Trend der Gesundheitsbehörden zu suchen sein, die eigene Effizienz in erster Linie anhand der offiziellen Durchimpfungsraten zu messen.

In Australien und in den USA werden derzeit die Maßnahmen gegen impfkritische Familien verschärft und in Europa wurde die Impfpflicht erst kürzlich in Italien und Frankreich stark ausgeweitet.

Insbesondere, was die Masern betrifft, haben sich die Mitgliedernationen der Weltgesundheitsbehörde WHO, also auch unsere Bundesregierung, dazu verpflichtet, diese Krankheit bis zu einem bestimmten Datum auszurotten.

Nationen, denen hier Nachlässigkeit oder gar Fahrlässigkeit vorgeworfen werden kann, müssen sogar mit Sanktionen rechnen. Der allgemeine Druck zur Impfung wird ständig stärker und wird voraussichtlich weiter steigen.

Die Folge ist eine noch stärkere Abneigung der Verantwortlichen, Verantwortung zu übernehmen: Warum das Risiko eingehen, zur Verantwortung gezogen zu werden, wenn man z. B. auf internationale Vereinbarungen verweisen kann?

Die Masern waren zweifellos vor über 100 Jahren eine für viele Kinder tödliche Erkrankung. Doch dies hat sich über Jahrzehnte – aus uns unbekannten Gründen – völlig geändert.

Irgendwie hat sich jedoch die kollektive Furcht vor den Masern und der fast schon religiöse Glaube an die Impfung weltweit so in unser Unbewusstsein einprogrammiert, dass ein Kurswechsel kaum noch vorstellbar scheint.

Wenn der aktuelle Impfkalender zur Pflicht würde

Mediale Ausschlachtung eines Maserntodesfalls

Wie schon gesagt, setzt unser Grundgesetz eine denkbar hohe Hürde für die Einführung einer Impfpflicht. Doch das Grundgesetz wurde vom Bundestag bereits mehrfach bei anderen Themen missachtet. Wir können uns also nicht in Sicherheit wiegen.[7]

So wie der vermeintliche Maserntodesfall eines kleinen Berliner Jungen im Jahr 2015 nur wenige Monate später zu einer enormen Verschärfung des Impf-Mobbings durch das Präventionsgesetz führte, kann jederzeit ein durch die Medien hochgespielter Einzelfall dazu führen, dass einzelne Abgeordnete oder Fraktionen im Bundestag lauthals weitere Verschärfungen fordern.[8]

Was würde das konkret bedeuten? Nehmen wir als Beispiel die Forderung des FDP-Parteitags im April 2017, wonach alle Kinder bis 14 Jahre entsprechend dem empfohlenen Impfkalender der STIKO verpflichtend geimpft werden sollen. Das wären bis zum Alter von 14 Jahren dann insgesamt 46 Impfungen gegen 13 Infektionskrankheiten.[9]

Das ist schon ein gewaltiger Sprung von einer Pflichtimpfung nur gegen Masern, die zwei Injektionen im Alter zwischen ein und zwei Jahren beinhalten würde.

So kommen in Deutschland Gesetze zustande

Doch wie läuft die Gesetzgebung im Bundestag heutzutage ab? Nehmen wir das Beispiel des Präventionsgesetzes. Der vorgeschriebene Weg ist eigentlich der, dass Gesetzesentwürfe rechtzeitig dem Gesundheitsausschuss des Bundestages vorgelegt werden. In diesem Ausschuss sitzen Mitglieder aller im Bundestag vertretenen Parteien, in der Regel deren entsprechende Fachleute und Sprecher. Der Gesundheitsausschuss berät den oder die vorliegenden Entwürfe ausführlich und bringt Korrekturen ein. Die Fraktionen haben also genügend Zeit, sich mit Pro und Kontra der verschiedenen Entwürfe ausführlich auseinanderzusetzen und sich die Meinung ihrer Fachleute anzuhören und ggf. zu eigen zu machen.

Beim Präventionsgesetz war es jedoch so, dass dem Gesundheitsausschuss nur einen Tag vor der Abstimmung im Bundestag von Gesundheitsminister Gröhe (CDU) eine neue Version vorgelegt wurde.

In dieser neuen Version waren die entscheidenden Verschärfungen des Impf-Mobbings enthalten, die in den Vorversionen noch nicht vorgesehen waren, z. B. die Pflicht zur ärztlichen Impfberatung, wenn ein Kind in den Kindergarten aufgenommen werden soll oder das Recht für Arbeitgeber, den Impfstatus bei Mitarbeitern als Einstellungs- und Verwendungskriterium zu verwenden.

Die Mitglieder des Gesundheitsausschusses hatten also gar keine Zeit mehr, den neuen Ent-

Tabelle 1: Impfkalender (Standardimpfungen) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene

Impfung	Alter in Wochen	Alter in Monaten					Alter in Jahren					
	6	2	3	4	11–14	15–23	2–4	5–6	9–14	15–17	ab 18	ab 60
Tetanus		G1	G2	G3	G4	N	N	A1	A2		A (ggf. N) [e]	
Diphtherie		G1	G2	G3	G4	N	N	A1	A2		A (ggf. N) [e]	
Pertussis		G1	G2	G3	G4	N	N	A1	A2		A (ggf. N) [e]	
Hib *H. influenzae* Typ b		G1	G2 [c]	G3	G4	N	N					
Poliomyelitis		G1	G2 [c]	G3	G4	N	N		A1		ggf. N	
Hepatitis B		G1	G2 [c]	G3	G4	N	N					
Pneumokokken [a]		G1		G2	G3	N						S [g]
Rotaviren	G1 [b]	G2	(G3)									
Meningokokken C					G1 (ab 12 Monaten)		N					
Masern					G1	G2	N				S [f]	
Mumps, Röteln					G1	G2	N					
Varizellen					G1	G2	N					
Influenza												S (jährlich)
HPV Humane Papillomviren									G1 [d]	G2 [d]	N [d]	

Erläuterungen

G Grundimmunisierung (in bis zu 4 Teilimpfungen G1–G4)

A Auffrischimpfung

S Standardimpfung

N Nachholimpfung (Grund- bzw. Erstimmunisierung aller noch nicht Geimpften bzw. Komplettierung einer unvollständigen Impfserie)

a Frühgeborene erhalten eine zusätzliche Impfstoffdosis im Alter von 3 Monaten, d. h. insgesamt 4 Dosen.
b Die 1. Impfung sollte bereits ab dem Alter von 6 Wochen erfolgen, je nach verwendetem Impfstoff sind 2 bzw. 3 Dosen im Abstand von mindestens 4 Wochen erforderlich.
c Bei Anwendung eines monovalenten Impfstoffes kann diese Dosis entfallen.
d Standardimpfung für Mädchen im Alter von 9–14 Jahren mit 2 Dosen im Abstand von 5 Monaten, bei Nachholimpfung beginnend im Alter > 14 Jahren oder bei einem Impfabstand von < 5 Monaten zwischen 1. und 2. Dosis ist eine 3. Dosis erforderlich (Fachinformation beachten).
e Td-Auffrischimpfung alle 10 Jahre. Die nächste fällige Td-Impfung einmalig als Tdap- bzw. bei entsprechender Indikation als Tdap-IPV-Kombinationsimpfung.
f Einmalige Impfung mit einem MMR-Impfstoff für alle nach 1970 geborenen Personen ≥ 18 Jahre mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit.
g Impfung mit dem 23-valenten Polysaccharid-Impfstoff.

Von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlener Impfkalender
Quelle: Epidemiologisches Bulletin des RKI vom 24. August 2017 (Nr. 34/2017)

wurf noch rechtzeitig vor der Abstimmung im Bundestag zu prüfen.

Tatsächlich spielte es aber auch gar keine Rolle, denn bei der Abstimmung saßen nur die Mitglieder des Gesundheitsausschusses im ansonsten leeren Plenarsaal des Bundestags. Sie stimmten – wie offenbar üblich – fraktionskonform ab. Es gab auch von Seiten der Opposition nur äußerst lahme Gegenreden.

Gröhes Nacht-und-Nebel-Aktion wurde auch von der Opposition nicht angesprochen und bemängelt. Als ich die entsprechende Debatte im Bundestag verfolgte, war ich entsetzt, denn ich war mir bis dahin gar nicht bewusst gewesen, wie neue Gesetze entstehen.[8]

Lobbyisten der Pharmaindustrie müssen heutzutage also gar nicht mehr die Mehrheit der über 700 Bundestagsabgeordneten beeinflussen, um ein gewünschtes Gesetz durchzubringen, sondern es reicht aus, den Sprecher der Regierungsmehrheit im Gesundheitsausschuss zu gewinnen.

Und das war in diesem Fall Bundesgesundheitsminister Gröhe mit Rückendeckung durch Bundeskanzlerin Merkel.

Ich bin mir nicht sicher, ob Gröhe selbst wirklich wusste, was genau in dem von ihm vorgelegten Entwurf stand. Ebenso wenig bin ich mir sicher, ob dieser letzte und entscheidende Entwurf überhaupt von Mitarbeitern seines Ministeriums formuliert wurde.

Können wir dem Bundestag vertrauen?

Was ich damit sagen will: Eine rationale, besonnene und alle Für und Wider abwägende Entscheidung des Bundestages ist nicht garantiert, bzw. wir können uns nicht darauf verlassen:

Letztlich entscheiden einzelne Schlüsselpersonen über neue Gesetzesvorhaben, auf die sich die Lobbyisten der globalen Konzerne zur Meinungsbeeinflussung konzentrieren können.

Die restlichen mehr als 700 Abgeordneten der etablierten Parteien verdanken in erster Linie den parteiinternen Seilschaften ihre Position und sind u. a. deshalb auf Abstimmungen entsprechend der Vorgabe der Fraktionsführung eingeschworen.

Doch auch wenn wir uns nicht darauf verlassen können, dass der Deutsche Bundestag bezüglich einer Impfpflicht eine rationale und sachlich nachvollziehbare Entscheidung trifft, sollten wir diese sachlichen Voraussetzungen doch einmal ansprechen.

Ohne die Erfüllung der nachfolgenden sechs Voraussetzungen kann und darf es keine Diskussion über eine Impfpflicht geben:

Erste Voraussetzung für eine Diskussion über den Sinn einer Impfpflicht: Jeder Geimpfte muss auch immun sein

Bei den Masern, so heißt es, sei eine Immunitätsrate von 95 % in der Bevölkerung notwendig, um zuverlässig alle Infektionsketten im Ansatz zu unterbrechen.[6] Jedoch werden in der öffentlichen Diskussion und auch von Seiten der Gesundheitsbehörden die Begriffe „geimpft“ und „immun“ immer durcheinander geworfen.

Das macht nur dann Sinn, wenn „geimpft sein“ automatisch immer auch „immun sein“ bedeutet.

Dies ist jedoch nicht der Fall: Die berühmte KiGGS-Studie des RKI hat z. B. zutage gebracht, dass es sich bei knapp 13 % der vorschriftsmäßig gegen Masern geimpften Grundschüler um sogenannte Impfversager handelt.[2]

Bei der Masernimpfung ist also allein schon aus diesem Grund niemals eine Immunitätsrate von 95 % in der Bevölkerung erreichbar!

Das bedeutet, dass die von der WHO und der Bundesregierung beabsichtigte Ausrottung der Masern gar nicht möglich ist und mit den derzeitigen Impfstoffen niemals möglich sein wird!

Ich frage mich: Wenn eine Ausrottung der Masern allein schon aufgrund der Impfversager gar nicht möglich ist, was soll dann das ganze Theater?

Mit wie vielen Todesfällen oder bleibenden gesundheitlichen Schäden müssen wir bei einer Durchimpfung einer Bevölkerung rechnen?

1 Todesfall oder bleibender Schaden?

10 Todesfälle oder bleibende Schäden?

100 Todesfälle oder bleibende Schäden?

1.000 Todesfälle oder bleibende Schäden?

10.000 Todesfälle oder bleibende Schäden?

... ... ?

Eine „Was-ich-nicht-weiß-macht-mich-nicht-heiß-Haltung“ verstößt gegen die Sorgfaltspflicht – und damit gegen das Grundgesetz!

„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.“

Geständnis der Zulassungsbehörde PEI im Bundesgesundheitsblatt, Dez. 2004, S. 1161

Zweite Voraussetzung für eine Diskussion über den Sinn einer Impfpflicht: Die statistischen Risiken müssen bekannt und kalkulierbar sein

Wie viele Impfschäden wären der Preis für eine Durchimpfung der Bevölkerung?

Es wäre unverantwortlich, einer gesamten Bevölkerung eine invasive medizinische Maßnahme zu verordnen, ohne dass die Notwendigkeit (als Schwere einer Epidemie), die Wirksamkeit (als deutlicher gesundheitlicher Vorteil gegenüber dem Nichtimpfen) und die Risiken (Nebenwirkungen und Impfschäden) auf kollektiver Ebene zuverlässig benennbar wären.

Dazu gehört eben auch die Klärung der Frage, mit wie vielen leichten und schweren Nebenwirkungen, mit wie vielen Impfschäden und Todesfällen aufgrund dieser Maßnahme zu rechnen ist.

Bereits ein einziger schwerer Impfschaden wirft ein schwerwiegendes ethisches Problem auf, da ja unser Grundgesetz das Individuum unter fundamentalen Schutz stellt.

Genau hier greift der Auftrag unseres Grundgesetzes, eine Verletzung der unantastbaren menschlichen Würde nur nach sorgfältigster Abwägung und Prüfung zuzulassen.

Zu dieser Abwägung und Prüfung gehört auch die Klärung, wie hoch statistisch gesehen das Risiko einer Nebenwirkung oder eines Impfschadens insgesamt ist.

Ein Todesfall unter 10 Millionen Geimpften? Oder unter einer Million Geimpfter? Oder unter 100.000 Geimpften?

Wir benötigen dringend eine zuverlässige Berechnung, um z. B. die Schwere einer aktuellen Epidemie abwägen zu können.

Kostet uns eine Durchimpfung der Bevölkerung voraussichtlich 10 Todesfälle jährlich, aber eine bestimmte Seuche dagegen 1000 Todesfälle, wäre der 100-fache Unterschied ein mögliches Argument, die Impfung als eine der gesundheitspolitischen Reaktionsmöglichkeiten in Erwägung zu ziehen.

Ist der Unterschied weniger deutlich oder gar nicht existent, dann sollten in erster Linie alternative Maßnahmen erwogen werden.

Doch wie sieht es nun mit zuverlässigen Statistiken zu den Impfrisiken aus? Als Erstes würde unser Blick wohl auf die Häufigkeitsangaben in den Produktinformationen der Impfstoffe fallen, also auf den Beipackzettel und die Fachinformation. Wir finden hier tatsächlich verschiedene mögliche unerwünschte Impfreaktionen mit ihren Häufigkeitsangaben. Doch hier gibt es gleich mehrere Probleme:

Erstes Problem mit den Angaben in den Produktinformationen

Da die beobachteten Nebenwirkungen nicht einem Vergleich von Geimpften und Placebo-Geimpften entnommen wurden, ist eine eindeutige Zuordnung der Symptome zum Impfstoff nicht möglich.

Bei wie vielen Menschen diese Symptome auch ohne Impfung aufgetreten wären, wissen wir also nicht. Man nennt dies auch das „Hintergrundrauschen“ in der Bevölkerung. Damit ist die Häufigkeit bestimmter Erkrankungen unabhängig von Impfungen gemeint.

Nehmen wir dazu das Beispiel „Autismus“. Hier stehen zwar Impfungen als Ursache oder Mitursache unter Verdacht, aber es erkranken ja auch Ungeimpfte an Autismus. Also interessiert uns vor allem das sogenannte „Delta“ zwischen den Geimpften und den Ungeimpften, also der Unterschied bei der jeweiligen Häufigkeit.

Einfach eine Gruppe von Menschen testweise zu impfen und die Nebenwirkungen zu erfassen, reicht deshalb nicht aus. Vielmehr muss ein Testimpfstoff mit einem wirkungslosen Scheinimpfstoff, also einem Placebo, verglichen werden. Die Placebostudie ist auch deshalb das Mittel der Wahl, weil dann das Studienpersonal bei der Erfassung der Symptome unvoreingenommener agieren kann.

Zweites Problem mit den Angaben in den Produktinformationen

Im Allgemeinen sind die Zulassungsstudien viel zu klein, um alle relevanten Nebenwirkungen erfassen zu können, wie selbst in der Standardliteratur nachzulesen ist: [10]

"Die klinischen Studien können auch nur die häufigeren, bei Impfstoffen meist undramatischen Nebenwirkungen erfassen. Äußerst seltene Ereignisse, wie etwa eine Poliomyelitis nach Schluckimpfung (Häufigkeit ca. 1 : 3 Mio.) lassen sich erst durch eine gründliche Erfassung nach breiterer Anwendung erkennen."

Selbst größere Studien mit bis zu 20.000 Versuchspersonen können laut PHARMADATEN '99 nur seltenere Nebenwirkungen bis zu einer Häufigkeit von 1 unter 3000 mit der notwendigen statistischen Sicherheit erfassen.

Würde z. B. jedes 5.000ste geimpfte Kind durch eine Impfung sterben, wären das bei 600.000 Geimpften, also einem nahezu durchgeimpften Jahrgang, bis zu

120 Todesfälle – ohne dass dies während der Zulassungsstudie zutage getreten wäre. Doch wir alle verlassen uns auf die Angaben in den Produktinformationen - und diese beruhen in erster Linie auf den Zulassungsstudien!

Interessenkonflikt des PEI beim Meldesystem

Eine andere Möglichkeit, sich der Frage nach den Impfrisiken zu nähern, ist das Meldesystem für Impfkomplikationen, das beim Paul-Ehrlich-Institut (PEI) im hessischen Langen angesiedelt ist. Bis zum Jahr 2000 galt für Deutschland ein sogenanntes Spontanmeldesystem, d. h. es war den Ärzten freigestellt, ob sie melden oder nicht.

Seit 2001 gilt dagegen eine Meldepflicht für alle relevanten medizinischen Berufe, und zwar für jeden Verdachtsfall einer Impfkomplikation. Allein der zeitliche Zusammenhang einer Erkrankung mit einer vorherigen Impfung reicht seitdem aus, um der Meldepflicht zu unterliegen.

Die Absicht des Gesetzgebers war ganz klar, die Melderate in Richtung Vollerfassung zu erhöhen. Dies ist leider nicht gelungen.

Zum einen liegt es wohl daran, dass das PEI als Zulassungsbehörde in einem enormen Interessenkonflikt steht: Als jene Behörde, die einen Impfstoff zugelassen hat, soll sie als die für Komplikationsmeldungen zuständige Behörde selbst nachträglich beurteilen, ob sie bei der Zulassung möglicherweise versagt hat.

Die Erfassung der Schadensmeldungen gehört eindeutig in die Hand einer vom PEI unabhängigen Behörde! Man hat diesen Konflikt beim PEI dadurch gelöst, dass man das Meldesystem einfach weiterhin als Spontanmeldesystem behandelt hat und nichts unternahm, um die Ärzte und Heilpraktiker auf die Meldepflicht und das drohende Bußgeld (bis zu 25.000 Euro!) hinzuweisen. Bis heute weiß ein Großteil der Heilberufler nichts von einer Meldepflicht.

Die Angst vor der Obrigkeit

Zum anderen haben auch die Heilberufe ein Problem: Bei den Impfärzten ist es zum einen eine gewisse psychologische Hürde, zum anderen wird der zeitliche Aufwand für die Meldung nicht honoriert.

Ärzte wie auch Heilpraktiker vermeiden in der Regel tunlichst alles, um bei den Gesundheitsämtern negative Aufmerksamkeit zu erregen. Denn laut IfSG hat die Meldung an die lokalen Gesundheitsämter zu erfolgen, die sie dann an das PEI weiterleiten müssen.

Die Angst, der Obrigkeit aufzufallen, sitzt uns Deutschen auch über 70 Jahre nach Ende des Dritten Reiches offenbar immer noch in den Knochen.

So fürchtet man sich, z. B. vom Gesundheitsamt zu einem „Gespräch“ eingeladen oder mit einer unangemeldeten Hygieneprüfung der Praxis konfrontiert zu werden.

Die Meldepflicht ist völlig verpufft

So ist es eigentlich kein Wunder, dass die Meldepflicht völlig verpufft ist. Lasek et al., vom PEI 2002 im Bundesgesundheitsblatt zitiert, schätzen die Melderate auf maximal 5 %. Somit müsste man die eingegangenen Meldungen von Impfkomplikationen mit mindestens 20 multiplizieren.[11]

Die Melderate könnte aber auch bei 1 % liegen, was einen Multiplikator von 100 bedeuten würde, um auf realistische Zahlen zu kommen.

Bei aktuell fast 4.000 leichten und schweren gemeldeten Impfkomplikationen und darunter jeweils 20 bis 30 gemeldeten Todesfällen und noch einmal so vielen dauerhaften gesundheitlichen Schäden können Sie sich das ganze Ausmaß des Nichtwissens selbst ausrechnen.

PEI: „Das Impfrisiko ist nicht kalkulierbar“

Das PEI bringt es selbst im Bundesgesundheitsblatt 12/2004 auf den Punkt:

„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."

Weitere Zitate dieser Art finden Sie auf meiner Webseite impfkritik.de unter dem Stichwort „Sicherheit“.

Damit haben wir also eine eindeutige Antwort auf die Frage, ob das Impfrisiko statistisch kalkulierbar ist: Nein, das ist es eben nicht!

Wie kann dann eigentlich eine Behörde im Rahmen des Zulassungsverfahrens beurteilen, ob der Nutzen deutlich die Risiken eines Impfstoffs überwiegt? Oder wie kann eine Ständige Impfkommission bei dieser fatalen Datenlage eine öffentliche Impfempfehlung aussprechen? Oder wie kann ein Bundestag bei dieser Datenlage auf die Idee kommen, eine Impfpflicht auch nur zu erwägen?

Die Bankrotterklärung des PEI

(heute noch genauso gültig wie 2004!)

„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.“

Bundesgesundheitsblatt 12/2004, S. 1161

Dritte Voraussetzung für eine Diskussion über den Sinn einer Impfpflicht: Es darf keine wirksamen Alternativen der Vorsorge und Behandlung geben

Sollte es nebenwirkungsfreie Alternativen der Vorsorge und Behandlung geben, die möglicherweise sogar durch – gut informierte und geschulte – Eltern selbst vorgenommen werden können, relativiert sich die Frage nach der Notwendigkeit von Impfungen sofort. Eine Impfpflicht macht also keinen Sinn, wenn es effektive Alternativen gibt.

Einige Möglichkeiten haben wir bereits auf Seite 10 angesprochen: Das Weglassen von Fiebersenkern, die therapeutische Anwendung von Passivimpfungen oder die Vermeidung eines Mangels an Vitamin A.

Ein wesentlicher Faktor bei allen Erkältungserkrankungen ist der Mangel an Vitamin D, dem Sonnenvitamin. Da gerade die Effektivität der Influenzaimpfung schlechter als mangelhaft ist, müsste die Bevölkerung eigentlich aktiv über die Möglichkeit informiert werden, sich durch eine ausreichende Sonnenbestrahlung oder entsprechende Nahrungsergänzungen zu schützen.

Doch wenn es um Alternativen der Vorsorge geht, beginnt auf Seiten der Behörden, der Hersteller (wobei es hier ja noch einigermaßen nachvollziehbar ist), der Fachleute, der Medien und der Politiker das große Schweigen. Man tut so, als hinge das gesundheitliche Heil der Welt alleine von den Produkten bestimmter Hersteller ab. Das muss sich schnellstens ändern!

Vierte Voraussetzung für eine Diskussion über den Sinn einer Impfpflicht: Alle Infektionskrankheiten müssen die gleichen Eigenschaften haben

Will man die Impfpflicht so, wie es beispielsweise die FDP möchte, auf breiter Ebene gleichzeitig für 13 Infektionskrankheiten einführen, geht sie im Prinzip davon aus, dass alle 13 Infektionskrankheiten bezüglich ihrer Eigenschaften vergleichbar sind.

Ist dies nicht der Fall, müssten die einzelnen Impfungen separat betrachtet und bewertet werden.

Tatsächlich bestehen enorme Unterschiede. Bei Tetanus beispielsweise ist eine Unterbrechung der Infektionsketten durch eine hohe Durchimpfungsrate gar nicht möglich, weil Tetanus nicht von Mensch zu Mensch übertragen wird. Dies ist bei den Masern ganz anders, denn hier geht die Fachwelt bei einem Kontakt mit einem Infizierten von einer fast hundertprozentigen Ansteckungsrate aus.

Dagegen liegt das Sterblichkeitsrisiko bei den Masern laut RKI bei 0,1 %, während es z. B. bei den Pocken 30 % beträgt, also das Dreihundertfache.[6,12]

Eine Impfpflicht pauschal für alle empfohlenen Impfungen zu fordern, ist also allein schon aus diesem Grund völliger Unsinn.

Jede einzelne Impfung muss aufgrund der besonderen Eigenschaften separat betrachtet und beurteilt werden.

Wird dies unterlassen, verletzt man als Gesundheitspolitiker die Sorgfaltspflicht bei der Anordnung einer einschneidenden Verletzung der menschlichen Würde.

Fünfte Voraussetzung für eine Diskussion über den Sinn einer Impfpflicht: Die Ausrottung einer Infektionskrankheit muss nachweislich möglich sein

Bei den Masern geht man davon aus, dass eine Ausrottung grundsätzlich möglich ist. Dies will man ja unbedingt durch eine Impfpflicht erreichen.

Ob so etwas wirklich möglich ist, muss beweisbar sein. Reine Vermutungen und Hypothesen reichen nicht aus, um in das Menschenrecht einer ganzen Bevölkerung einzugreifen.

Gerade bei den Pocken, die gerne als Beispiel für die Ausrottbarkeit eines Erregers genannt werden, ist die Rolle der Impfungen für das Verschwinden nicht eindeutig. Massen- und Zwangsimpfungen gegen die Pocken sind seit etwa dem Jahr 1800 im Einsatz.

Doch erst als die WHO aufgrund jahrzehntelanger Beobachtungen den Sinn der Massenimpfungen in Frage stellte und stattdessen auf konsequente schnellstmögliche Quarantäne der Erkrankten setzte, verschwanden die Pocken innerhalb weniger Jahre.

Eine Wiederholung dieses Erfolges bei den Masern ist nur schwer vorstellbar, denn während die Ansteckungsfähigkeit des Pockenkranken erst dann beginnt, wenn er schon schwer erkrankt und damit nicht mehr mobil ist, verteilt der Masernpatient das Virus bereits, bevor die typischen Masernsymptome erscheinen.

Wenn man den Masernpatienten in die Quarantäne steckt, ist es also bereits zu spät.

Doch wer solche Fragen stellt, wird in der Regel wie ein Spielverderber behandelt und ausgegrenzt. Oder erntet Aggressivität in Form von allen möglichen Beschuldigungen.

Mag sein, dass bestimmte Seuchen zumindest in unseren Breiten völlig verschwunden sind. Doch das hat in der Regel nichts mit Massenimpfungen zu tun, wie z. B. das Verschwinden der Pest und der Cholera zeigen, oder der Rückgang bei den Masern zwischen 1900 und 1962.

Auch Scharlach war einmal tödlich und zählt heute zu den harmlosen Kinderkrankheiten.

Doch Massenimpfungen können in diesem Fall nicht als Ursache herangezogen werden – es gab niemals einen breit eingesetzten Scharlach-Impfstoff.

Sechste Voraussetzung für eine Diskussion über eine Impfpflicht: Sie muss das geeignete Mittel zum Erreichen höherer Durchimpfungsraten sein

Selbst wenn wir mit Sicherheit davon ausgehen könnten, dass eine ausreichende Durchimpfung von z. B. 95 % der Bevölkerung es ermöglicht, eine Infektionskrankheit wie die Masern vollständig auszurotten, wäre zu prüfen, ob eine Impfpflicht ein geeignetes Mittel wäre, um diese hohe Durchimpfungsrate zu erreichen.

Der FDP-Parteitag geht bei seiner Forderung nach einer Impfpflicht bei 13 Infektionskrankheiten ganz offensichtlich davon aus, dass dies eine geeignete Maßnahme wäre, um die entsprechenden Durchimpfungsraten zu bewirken.

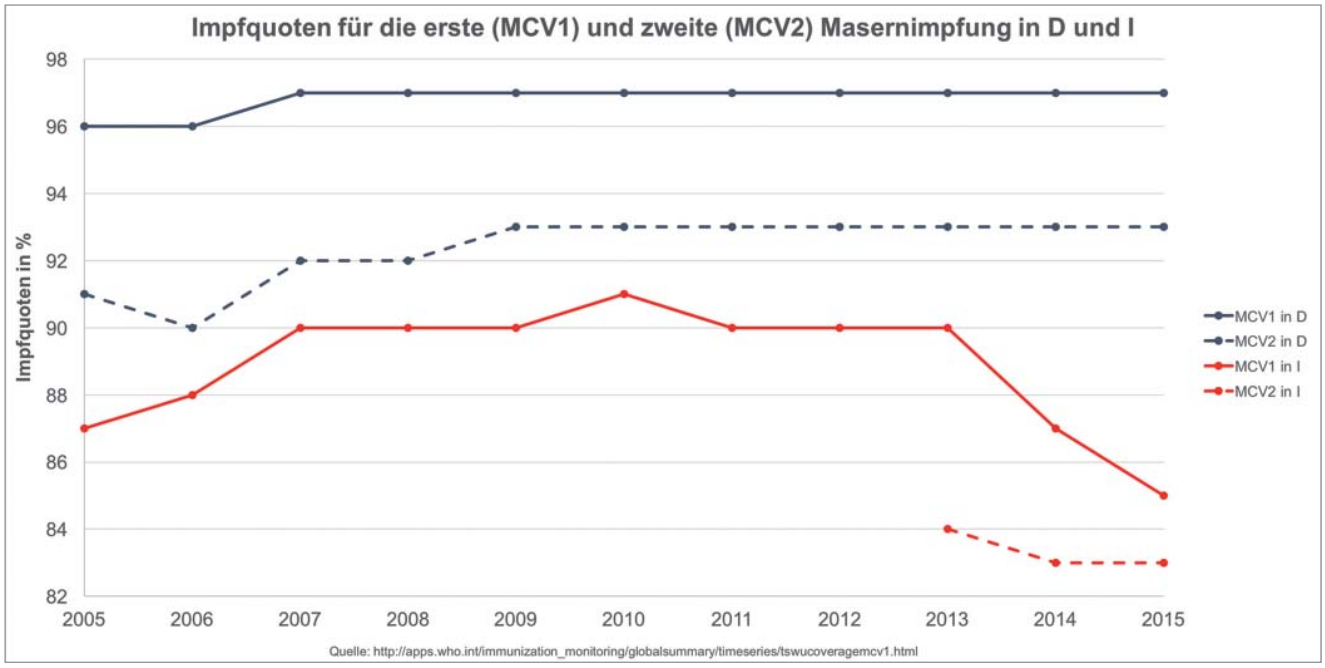
Doch ein Vergleich der Masern-Impfquoten zwischen Italien und Deutschland stellt das in Frage. Während wir in Deutschland – ohne Impfpflicht! – derzeit bei der Einschulung eine offizielle Durchimpfungsrate von 97 % (erste Impfung) und 93 % (zweite Impfung) haben, liegt sie in Italien – mit Impfpflicht! – bei 85 % (erste Impfung) und 83 % (zweite Impfung).

Eine Impfpflicht könnte durchaus dazu führen, dass sich in der Bevölkerung der Widerstand gegen die Impfung erhöht und dadurch die Durchimpfungsraten fallen.

Dies ist dann wahrscheinlich, wenn eine kollektive psychologische Grenze überschritten wird.[14]

Die Erfahrung zeigt, dass die Impfbereitschaft in dem Maße sinkt, wie die Menschen anfangen, sich mit Pro und Kontra zu beschäftigen. Wie z. B. bei der HPV-Impfung nach den ersten Diskussionen über Todesfälle geschehen.

Und eine Impfpflicht könnte genau diese Auseinandersetzung und die Frage nach dem Sinn der Impfung fördern.



Vergleich der Masern-Impfquoten von Deutschland (keine Impfpflicht) und Italien (Impfpflicht). Grafik: impf-info.de

Bedeuten mehr Antikörper auch wirklich mehr Gesundheit?

Im Rahmen dieses Artikels gehen wir davon aus, dass der messbare Antikörpertiter im Blut tatsächlich eine ausreichende Aussage über Immunität gegenüber bestimmen Infektionskrankheiten zulässt. Der Antikörpertiter ist auch bei der Zulassung von Impfstoffen die entscheidende Messgröße für „Wirksamkeit“.

Aus kritischer Sicht kann dieser Messwert jedoch nicht ausreichen, da wissenschaftliche Beweise dafür fehlen, dass Menschen mit hohen Titerwerten langfristig gesünder sind als Menschen ohne nachweisbare Titer.

Selbst die entscheidenden Bundesbehörden RKI und PEI geben in offiziellen Stellungnahmen zu, dass der Antikörpertiter nur eine unzuverlässige Ersatzmessgröße ist und ein fehlender Titer nichts über fehlende Immunität aussagen kann, weil wir seit einigen Jahren wissen, dass das zelluläre Immunsystem die eigentliche Abwehrarbeit leistet – und eben nicht die Antikörper.

Bereits vor Jahren hatte ich RKI und PEI um die Nennung von wissenschaftliche Studien gebeten, die beweisen, dass Menschen mit hohen Antikörpertitern im Blut langfristig gesünder sind als Menschen ohne Titer. Nach langem Hin und Her und schließlich der Androhung einer Klage auf Auskunft war die sinngemäße Antwort, dass es nun mal so in den Lehrbüchern stehe und deshalb wahr ist. Konkrete wissenschaftliche Quellen konnte man mir leider keine nennen.

Was bleibt also von der Behauptung einer Wirksamkeit der Impfungen übrig? Im Grunde gar nichts – außer vielleicht einem Placebo-Effekt, weil uns von Medien und Ärzten ständig eingeredet wird, dass wir nur mit Hilfe von

Impfungen eine Überlebenschance haben. Diesen Placebo-Effekt könnte man jedoch auch mit einer weitaus ungefährlicheren physiologischen Kochsalzlösung erhalten.

Doch für diesen Artikel haben wir die offizielle Grundannahme, das ein messbarer Titer bedeute Immunität, weitgehend übernommen. So können wir die ganze Bandbreite der sachlichen Widersprüche im Zusammenhang mit einer möglichen Impfpflicht aufzeigen.

Eine Impfung ist eine Körperverletzung – und das aus gutem Grund!

Ohne mündige Einwilligung keine Impfung

Die meisten Menschen, die ohne nachzufragen den offiziellen Impfempfehlungen folgen, sind sich gar nicht bewusst, dass es sich bei Impfungen rechtlich gesehen um Körperverletzungen handelt, die der mündigen Einwilligung bedürfen.

Selbst wenn ich Professor der Medizin, gleichzeitig Nobelpreis-träger und Gesundheitsminister in einer Person wäre, dürfte ich niemanden ohne dessen Einwilligung einfach so impfen!

Ohne mündige Einwilligung handelt es sich um eine Körperverletzung und ich könnte dafür bestraft werden.

Mit einer mündigen Einwilligung ist es jedoch keine Körperverletzung mehr und ich könnte wegen dem Akt des Impfens nicht mehr belangt werden. Es sei denn, ich hätte bei der Verabreichung einen groben Fehler begangen.

Verletzung der Haut

Doch warum ist Impfen eine Körperverletzung? Bei der Injektionsimpfung handelt es sich um eine Verletzung der Haut. Selbst als besagter Dreifach-Super-Mediziner dürfte ich nicht einfach im weißen Arztkittel durch eine Innenstadt laufen und willkürlich Menschen mit einer Nadel piksen.

Übrigens darf ich auch nicht einfach Leute anhalten und zwingen, irgendwelche Tropfen zu schlucken. Also stellt auch die Verabreichung von oralen Impfstoffen ohne Einwilligung eine Körperverletzung dar.

Potentiell gefährliche Inhaltsstoffe

Doch es geht nicht nur um den Akt des Impfens an sich, sondern auch darum, was in den Impfstoffen enthalten ist. Schließlich werden bewusst abgeschwächte Krankheitserreger oder Teile davon in einen gesunden Organismus eingebracht, damit dieser die Krankheit in abgeschwächter Form durchmacht.

Diesen Akt einfach in „impfen" umzubenennen und zu einer segensreichen Erfindung zu erklären, ändert nichts daran, dass der gesunde Organismus eine Form der Krankheit durchmachen soll.

Darüber hinaus enthalten zwei Drittel aller Impfstoffe Aluminiumsalze, also starke Zell- und Nervengifte, die der Körper nicht ohne weiteres wieder ausscheiden kann, da bei der Injektionsimpfung der Magen-Darm-Trakt bewusst umgangen wird.

Unschädlich in geringen Mengen?

Das oft gehörte Argument, die in den Impfstoffen enthaltene geringe Menge an potentiell bedenklichen Substanzen sei garantiert nicht gesundheitsschädlich, führt in die Irre.

Zum einen bleiben uns Hersteller und Behörden placebokontrollierte Sicherheitsstudien schuldig, die diese Annahme auch belegen.

Zum anderen bewirkt selbst diese „geringe Menge" an Aluminiumsalz eine messbare Manipulation des Immunsystems, denn es wird ja bewusst als Wirkverstärker eingesetzt.

Es ist also alles andere als wirkungs- und damit harmlos, auch in der „geringen Menge" im Impfstoff.

Allergisch? Dann Vorsicht beim Impfen!

Und zuletzt sind in allen Impfstoffen zahlreiche Substanzen enthalten, die bei einer bestehenden Allergie einen Schub bis hin zum tödlichen allergischen Schock verursachen können. Hier gilt es nicht nur die bekannten Inhaltsstoffe zu beachten, wie z. B. Hühnereiweiß, Aluminium oder Quecksilber.

Bei einer starken Allergie gegen eine Substanz könnten auch jene in Spuren enthaltene Stoffe zum Tragen kommen, die aus der Herstellung stammen und nicht zu 100 Prozent entfernt werden können, wie z. B. Nickel, Uran, Titan, Platin, Blei oder Wolfram.15

Nun, ich würde gerne mitentscheiden, bevor ich als Elternteil mein Kind solchen Risiken aussetze. Und Sie?

© nocturnal - fotolia.com

Wer an einer schweren Allergie leidet, hat guten Grund, auch bei Impfungen sehr vorsichtig zu sein, denn es sind laut unabhängigen Laboruntersuchungen zahlreiche nicht deklarierte potentielle Allergene enthalten.

Bei wem liegt die Beweislast für Notwendigkeit, Wirksamkeit und Sicherheit?

Es dürfen grundsätzlich nur gesunde Personen geimpft werden und eine Impfung stellt eine Körperverletzung dar, die der mündigen Einwilligung bedarf.

Diese mündige Einwilligung kann ich aber bei meinem gesunden Kind eigentlich nur dann geben, wenn Wirksamkeit und Sicherheit vom Hersteller garantiert werden können.

Wie wir wissen, kann er dies nicht garantieren. Stattdessen verspricht er, dass statistisch gesehen, also auf eine ganze Bevölkerung bezogen, der Nutzen die Risiken in einem Ausmaß überwiegt, dass es sich lohnt, das kollektive Risiko einer Impfung einzugehen.

Was dies jedoch für den einzelnen Impfling ganz konkret bedeutet, wissen wir nicht und wird auch nicht erforscht. Dass es auf der einen Seite sogenannte Impfversager und auf der anderen Seite Impfschäden gibt, ist zwar bekannt. Welche Faktoren aber jeweils dafür verantwortlich sind, dass in Einzelfällen schwere Nebenwirkungen oder Impfschäden oder gar der Tod auftreten, wissen die Behörden nicht, und sie wollen es offenbar auch gar nicht wissen.

Deshalb ist es im Grunde eine unglaubliche Zumutung, im Falle einer Erkrankung nach einer Impfung mehr oder weniger den Betroffenen oder deren Eltern die Beweislast aufzuerlegen. Das macht einfach keinen Sinn. Zum Wohle der Volksgesundheit wäre es wesentlich effektiver, wenn im Falle eines Impfschadensverdachts der Hersteller die Beweispflicht hätte – und nicht die Familie!

Damit wäre natürlich auch verbunden, dass der Hersteller die Haftung übernehmen müsste.

Nur unter diesen Voraussetzungen ist ein Impfstoffhersteller wirklich maximal motiviert, einen Impfstoff so sicher wie nur irgend möglich zu machen und dafür zu sorgen, dass alle bekannten Risikofaktoren bereits vor einer Impfung berücksichtigt werden können.

Schließlich ist der erste Auftrag des Herstellers, für die Kapitaleigner des Konzerns Gewinne einzufahren. Die Volksgesundheit kommt in der Rangfolge erst an zweiter Stelle. Auch wenn man natürlich nicht grundsätzlich dem Management oder den Besitzern der Aktienmehrheit eines Impfstoffherstellers Mißachtung ethischer Grundsätze unterstellen kann, so zeigt doch die Praxis immer wieder, dass es für die richtige Prioritätensetzung bei Entwicklung und Herstellung eines Impfstoffs sehr hilfreich sein kann, streng nach dem Verursacherprinzip vorzugehen.

Indem man jedoch die Hersteller von jeder Haftung befreit hat, um sie dafür dem Steuerzahler aufzuerlegen, nimmt man ihnen automatisch die Motivation, ihren Impfstoff so sicher wie irgend möglich zu machen. Gibt man dem Management eines Herstellers von Seiten des Gesetzgebers einen Spielraum, werden sie diesen nutzen, um bei den Sicherheitsoptimierungen zu sparen und damit die Gewinne zu optimieren. Nutzt ein Manager diesen Spielraum nicht aus, muss er auf der anderen Seite damit rechnen, vom Aufsichtsrat gefeuert zu werden.

Dieser Spielraum muss den Herstellern auch bei Anforderungen für eine öffentliche Transparenz sämtlicher relevanter Studiendaten genommen werden.

Das Gleiche gilt übrigens auch für die öffentlichen Empfehlungen der STIKO. Es muss für die Fachwelt wie auch für die interessierte Bevölkerung zu 100 % nachvollziehbar sein, aufgrund welcher wissenschaftlichen Fakten eine öffentliche Empfehlung ausgesprochen wurde.

Wer also eine Impfpflicht fordert, gleichzeitig jedoch den Herstellern und der STIKO erlaubt, bei der Sicherheit Kompromisse zu machen, ist entweder völlig naiv – oder in irgendeiner Form von Zuwendungen der Pharmaindustrie abhängig.

Die öffentlichen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) haben zunehmend Richtliniencharakter und müssen nicht zuletzt deshalb hundertprozentig transparent und nachvollziehbar sein. Foto: Die STIKO-Mitglieder, www.rki.de

Ein schlechter Witz: Die Zulassungsbedingungen für Impfstoffe

Fehlende Nachweise von Sicherheit und Wirksamkeit: Wie ist das möglich?

Die fehlenden Daten zu den Impfrisiken lenken unseren Blick auf die Zulassungsbedingungen: Wie ist es überhaupt möglich, dass Impfstoffe unter solchen Bedingungen zugelassen und öffentlich empfohlen werden? Das PEI hatte mich auf meine Frage nach den konkreten Zulassungsvoraussetzungen auf das Europäische Arzneibuch verwiesen. Dort seien die Zulassungsbedingungen im Detail nachzulesen.

Also nahm ich mir das Europäische Arzneibuch vor und suchte mir dort die Monographie für den Masernimpfstoff heraus. Alles, was ich dort zum Thema Sicherheit gefunden habe, ist dieses Zitat:

„Das Produktionsverfahren sollte verlässlich Lebendimpfstoff von angemessener Immunogenität und Sicherheit im Menschen erzeugen."

Angemessene Immunogenität, also messbarer Anstieg des Antikörpertiters im Blut und Sicherheit „sollten" gewährleistet sein.

Und wenn nicht, was dann? Ist das dann Verhandlungssache zwischen Hersteller und Zulassungsbehörde? Wir haben es also nicht mit verbindlichen Bedingungen zu tun, die erfüllt werden müssen, sondern mit flexibel zu handhabenden Faktoren.

Über das Europäische Arzneibuch fand ich bisher nicht heraus, welche Mindestanforderung ein Impfstoff tatsächlich erfüllen musste. Etwas erfolgversprechender ist da der Blick in die europäischen Leitlinien (EMEA-Guidelines). Dort heißt es immerhin wörtlich:

„Die Zulassungsstudie sollte Nebenwirkungen mit einer Häufigkeit von 1:1000 und häufiger zuverlässig erfassen."

Hier habe ich erstmals eine konkrete Mindestanforderung bezüglich der Studiengröße gefunden und welche Nebenwirkungshäufigkeit mindestens erfasst werden sollte. Tja, leider nur „sollte" und nicht „muss".

Leitlinien sind nur bedingt verbindlich und das „sollte" schwächt die Verbindlichkeit ebenfalls weiter ab. Haben die derzeit zugelassenen Masernimpfstoffe diese Voraussetzung nun erfüllen müssen oder nicht?

Um die Konsequenzen einigermaßen abschätzen zu können, lassen Sie uns mal ein Beispiel durchrechnen. Nehmen wir einmal an, wir hätten einen funkelnagelneuen Masernimpfstoff durch die Zulassung gebracht und die Zulassungsstudie war tatsächlich gerade groß genug, um jede Nebenwirkung, die bei tausend Geimpften wenigstens einmal auftritt, zuverlässig zu erfassen. Und nehmen wir weiter an, in der Zulassungsstudie sei kein Todesfall erfasst worden.

In unserem hypothetischen Beispiel-Impfstoff stirbt aber beim breiten Feldeinsatz tatsächlich ein Kind unter zweitausend Geimpften als Folge der Impfung. Dies erscheint dann natürlich nicht in der Zulassungsstudie, die zu klein war, um diese Häufigkeit zu erfassen.

Wenn nun aus einem Geburtenjahrgang, der aus 700.000 Kindern besteht, 600.000 Kinder mit diesem neuen Impfstoff geimpft werden, bedeutet dies bei einer Sterbehäufigkeit von 1:2000 insgesamt 300 Impftote. Nach der zweiten Injektion – die Masernimpfung muss ja zweimal verabreicht werden – sind das dann jährlich in Deutschland 600 durch die Impfung verstorbene Kinder.

Das ist natürlich nur ein hypothetisches Beispiel. Was ich damit zeigen will: Ein Impfstoff mag als „sicher" angesehen werden, wenn bei einer Zulassungsstudie, welche die oben genannte Mindestgröße gerade erfüllt, kein Todesfall auf-

5.2.1 Extent of the database

As a minimum, the total data from pre-authorisation studies should be sufficient to reliably determine the nature and frequency of local and systemic adverse events occurring at a frequency >1/1,000. If the marketing authorisation is based solely on immunogenicity studies, it is unlikely that the database would be sufficiently large to identify rare events. However, this may be possible if a large study of protective efficacy is performed.

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 pre-authorisation 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.

Eine Zulassungsstudie „sollte" als europäische Mindestforderung in der Lage sein, Nebenwirkungen mit mindestens einer Häufigkeit von 1 unter 1000 Geimpfen zu erfassen. Quelle oben: EMEA note for guidance on the clinical evaluation of vaccines, 17. Mai 2005, Page 19. Quelle unten: EMEA Guideline on clinical evaluation of new vaccines, 18. Okt. 2006, Page 18.

8.0/0213

Masern-Lebend-Impfstoff

Vaccinum morbillorum vivum

Definition

Masern-Lebend-Impfstoff ist eine gefriergetrocknete Zubereitung aus einem geeigneten attenuierten Stamm des Masern-Virus. Der Impfstoff wird unmittelbar vor der Anwendung entsprechend den Angaben in der Beschriftung rekonstituiert und ergibt eine klare Flüssigkeit, die durch einen pH-Indikator gefärbt sein kann.

Herstellung

Die Herstellung des Impfstoffs beruht auf einem Saatvirussystem und, falls das Virus in diploiden Zellen vom Menschen vermehrt wird, auf einem Zellbanksystem. Das Herstellungsverfahren muss nachweislich konstant Masern-Lebend-Impfstoff von ausreichender Immunogenität und Unschädlichkeit für den Menschen ergeben.

Das ist alles, was ich im Europäischen Arzneibuch zum Thema „Anforderungen an Sicherheit und Wirksamkeit des Masernimpfstoffs" gefunden habe. Quelle: Europ. Arzneibuch 2014, S. 1339.

getreten ist. Tatsächlich kann dies jedoch beim breiten Feldeinsatz bis zu 600 Todesopfer bedeuten.

Oder anders gesagt: Laut den europäischen Zulassungsbedingungen ist ein Impfstoff so lange als „sicher" einzustufen, solange er in Deutschland nicht mehr als 600 Todesopfer kostet.

Man mag bereit sein, dieses Risiko einzugehen, wenn die Masern jährlich das Hundertfache an Leben fordern. Vorausgesetzt natürlich, der Impfstoff sei wirklich klinisch effektiv und es gibt keine Alternativen der Vorsorge.

Tatsächlich fordern die Masern derzeit offiziell jährlich durchschnittlich nur ein Todesopfer in Deutschland – bei einer letztlich nicht bekannten Immunitätslage in der Bevölkerung.

Gehen wir, um dieser Unsicherheit auszuweichen, auf der Zeitachse zurück in das letzte Jahr, in dem noch keine Masernimpfung verfügbar war, also ins Jahr 1962, dann sind es allenfalls 140 Todesfälle, auf die wir zurückfallen würden, wenn wir auf die Masernimpfung komplett verzichten.

Doch vielleicht sind es auch weniger, nämlich 30 Todesfälle jährlich. Das war nämlich 1973 der Stand, als Totimpfstoff zugunsten des Lebendimpfstoffs verworfen wurde. Da der Absturz der Todesfallzahlen bereits 1900 begann, ist es nämlich sehr wahrscheinlich, dass der Rückgang von 1962 bis 1973 weniger mit dem Totimpfstoff als mit der allgemein rückläufigen Tendenz zu tun hatte.

Um maximal 140 (oder 30) Menschenleben zu retten, würden wir unserem Beispiel entsprechend möglicherweise 600 Menschenleben riskieren.

Das ist ein nicht auflösbares ethisches Dilemma, wodurch die Einführung einer Impfpflicht bei Masern selbstverständlich völlig indiskutabel wird: Das Grundgesetz erlaubt Eingriffe in die unantastbare menschliche Würde eben nur unter sehr streng gefassten Voraussetzungen.

Wer von der deutschen Zulassungsbehörde PEI ganz konkrete Mindestvoraussetzungen an Wirksamkeit und Sicherheit z. B. für einen neu zuzulassenden Masernimpfstoff genannt bekommen möchte, muss sich auf endlose ausweichende Antworten gefasst machen.

Ich wollte beispielsweise vom PEI wissen, wie hoch der Masern-Antikörper-Titer im Blut sein muss, damit der Impfstoff als wirksam anerkannt werden kann. Die letzte Antwort, die ich dazu erhalten hatte, war vom 30. Aug. 2016:

„Im Zusammenhang mit der aktuellen Frage weise ich darauf hin, dass das Paul-Ehrlich-Institut keinen konkreten Wert vorgibt (oder von ihm ausgeht), sondern der Antragsteller mit den Zulassungsunterlagen Werte angibt, die das Ergebnis von Ringversuchen diverser Labore über viele Jahre sind. Diese werden vom Paul-Ehrlich-Institut überprüft, u.a. auch daraufhin, welches Testsystem verwendet wird, wie dieses System (der Assay) validiert wurde, ob ein internationaler Standard als Vergleich verwendet wurde und wie der Antragsteller den von ihm gewählten serologischen Endpunkt begründet. Diese Bewertung erfolgt, wie mehrfach erwähnt, auf dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik sowie entsprechend der in den Antworten des Jahres 2015 angegebenen Literatur und dazu gehörender Aktualisierungen."

Alles klar? Das PEI gibt keine konkreten Mindesttiter vor, die ein neuer Impfstoff erreichen muss, sondern der Hersteller muss nur plausibel begründen können, warum er mit dem Titer zufrieden ist, den er als Erfolg des Testimpfstoffs vorweisen kann. Also ist es auch hier wieder einfach Verhandlungs-

4.2.2. Vaccine effectiveness

Vaccine effectiveness reflects direct (vaccine induced) and indirect (population related) protection during routine use. Thus, the assessment of vaccine effectiveness can provide useful information in addition to any pre-authorisation estimates of protective efficacy. Even if it was not feasible to estimate the protective efficacy of a vaccine pre-authorisation it may be possible and highly desirable to assess vaccine effectiveness during the post-authorisation period. The information gained from assessments of vaccine effectiveness may be particularly important to further knowledge on the most appropriate mode of use of a vaccine (e.g. need for booster doses in at least some segments of the population to maintain adequate protection over time).

„Exakte" Zulassungsbedingungen auf europäisch: Wenn es vor Zulassung eines Impfstoffs nicht gelingt, die Wirksamkeit eines neuen Impfstoffs zu bewerten, dann sollte man es möglichst nach der Zulassung beim breiten Feldeinsatz nachholen. Quelle: EMEA Guideline on clinical evaluation of new vaccines, 18. Okt. 2006, Page 14.

sache zwischen Zulassungsbehörde und Hersteller.

Die Folge ist, dass je nach Situation, Verhandlungsgeschick und evtl. geflossenen Zuwendungen zwei vergleichbare Impfstoffe an unterschiedlichen Maßstäben gemessen werden.

Nun, wer kann ausschließen, dass Verhandlungsgeschick, Zufall und Zuwendungen bei dem einen oder anderen Impfstoff dafür sorgten, dass ein nicht ausreichend wirksamer und sicherer Impfstoff auf die Menschen in Europa und Deutschland losgelassen wurde?

Wie kann man bei einer derartigen Datenlage ernsthaft eine Impfpflicht mit diesen Impfstoffen fordern?

Die aktuellen gesetzlichen Regelungen reichen völlig aus!

Wir haben derzeit keinen epidemiologischen Notfall, der eine Pflichtimpfung rechtfertigt. Übrigens war dies selbst bei Influenza nicht der Fall, als nämlich unsere Gesundheitsbehörden die Zahl der durch das Influenzavirus verstorbenen Menschen auf jährlich 10.000 Todesfälle schätzte. Seit der Schweinegrippe, bei der jeder Todesfall dann erstmals einzeln gezählt wurde, hat man diese Zahlen nicht mehr für das Impfmarketing bemüht.

Was ich damit sagen will: Selbst zu Influenza-Spitzenzeiten, als von bis zu maximal 32.000 Todesfällen (im Winter 1995/96)[16] die Rede war, wurde nicht ernsthaft über eine Impfpflicht bei Influenza diskutiert. Die derzeitige Impfpflicht-Diskussion rund um die Masern ist also so gesehen völlig absurd.

Doch was wäre, wenn wir tatsächlich einen schrecklichen Ausbruch bei einer Infektionskrankheit hätten, gegen die ein gut wirksamer und sicherer Impfstoff verfügbar ist? Was wäre, wenn dieser Ausbruch täglich tausende von Todesopfern fordert?

Für einen solchen Fall gibt es bereits die entsprechende gesetzliche Regelung. Im Infektionschutzgesetz (IfSG) heißt es in § 20, Abs. 6:

„Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates anzuordnen, dass bedrohte Teile der Bevölkerung an Schutzimpfungen oder anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe teilzunehmen haben, wenn eine übertragbare Krankheit mit klinisch schweren Verlaufsformen auftritt und mit ihrer epidemischen Verbreitung zu rechnen ist. Das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz) kann insoweit eingeschränkt werden. Ein nach dieser Rechtsverordnung Impfpflichtiger, der nach ärztlichem Zeugnis ohne Gefahr für sein Leben oder seine Gesundheit nicht geimpft werden kann, ist von der Impfpflicht freizustellen; dies gilt auch bei anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe. § 15 Abs. 2 gilt entsprechend."

Wir haben also bereits für den Fall eines schweren Ausbruchs und für den Fall, dass eine Impfung die einzige effektive Form des Schutzes darstellt, eine gesetzliche Regelung, die es der Regierung erlaubt, im Falle eines Falles schnell zu handeln.

Aber die dazu notwendige Einschränkung des Grundrechts auf körperliche Unversehrtheit kann auch dann keineswegs willkürlich angeordnet werden. Der wissenschaftliche Dienst des Bundestages schreibt dazu in einer Stellungnahme vom 27. Januar 2016 unter der Überschrift „Verfassungsrechtliche Zulässigkeit einer generellen Impfpflicht", die genauso für einen akuten Notfall nach § 20 IfSG gelten muss:

„Die Einführung einer generellen Impfpflicht würde die Schaffung einer gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage erfordern, die mit dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit vereinbar sein müsste. Ein solcher Eingriff wäre verhältnismäßig, sofern damit ein legitimes Ziel verfolgt wird und der Eingriff ferner geeignet, erforderlich und angemessen ist."

Ein Eingriff in die Würde des Menschen durch die Anordnung einer Impfpflicht muss also verhältnismäßig, geeignet, erforderlich und angemessen sein. Die jetzt notwendige Diskussion darf sich also nicht um die Einführung einer Impfpflicht drehen, sondern darum, wie ein Konsens in der Bevölkerung darüber aussehen könnte, was als geeignet, erforderlich und angemessen zu verstehen ist.

Denn im Moment haben wir diese Diskussion eben nicht, was

zur durchaus berechtigten Befürchtung bei vielen Menschen führt, dass es zu einer Ad-hoc-Willkürmaßnahme kommen könnte, die nicht verhältnismäßig, geeignet, erforderlich und angemessen ist.

Und tatsächlich finde auch ich es beunruhigend, dass die Gesundheitspolitiker des Bundestages und die Bundesgesundheitsbehörden sich hier offenbar nicht festlegen wollen.

Das Fazit: Keine einzige Voraussetzung ist erfüllt!

Zusammenfassend ist nicht eine einzige Voraussetzung dafür, eine Diskussion über eine allgemeine Impfpflicht zu führen, erfüllt:

1. Wir haben derzeit keine einzige schreckliche Seuche, die eine Antastung der menschlichen Würde rechtfertigt.
2. Es werden sämtliche Einflussfaktoren für die in den letzten etwa 120 Jahren von Impfungen unabhängig verlaufenden Rückgänge bei den Todesfällen und schweren Krankheitsverläufen ignoriert.
3. Es werden sämtliche bekannten und bereits erforschten Alternativen der Vorsorge und Behandlung ignoriert.
4. Es wird der Fakt ignoriert, dass wir keine schweren Seuchen haben, obwohl die Immunitätslage in der Bevölkerung gemessen am Antikörpertiter trotz Massenimpfungen bemerkenswert schlecht ist.
5. Es wird der Einfluss ignoriert, den die gewinnorientierten Pharmakonzerne auf die Stimmung in der Bevölkerung und die Meinungsbildung der Entscheidungsträger nehmen.
6. Es wird die Möglichkeit ignoriert, dass eine Impfpflicht zu einem erhöhten Widerstand in der Bevölkerung und damit zu fallenden Durchimpfungsraten führen könnte.
7. Wir lügen uns in die eigene Tasche, indem wir die Tatsache ignorieren, dass mit den derzeitigen Impfstoffen eine Ausrottung z. B. der Masern allein schon aufgrund des Anteils an Impfversagern gar nicht möglich ist.
8. Wir haben keine Ahnung über das wahre Ausmaß der Impfrisiken.
9. Wir ignorieren, dass ein fehlender Antikörpertiter aufgrund des zellulären Immunsystems nichts über eine fehlende Immunität aussagt.
10. Wir tun so, als wäre eine allgemeine Impfpflicht bei allen Infektionskrankheiten gleich sinnvoll.
11. Wir tun so, als wäre es eine wissenschaftlich bewiesene Tatsache, dass Infektionskrankheiten ausrottbar seien.
12. Wir ignorieren, dass die Zulassungsvoraussetzungen für Impfstoffe im hohen Maße unzulänglich sind
13. Wir ignorieren, dass die gegenwärtigen gesetzlichen Regelungen für einen eintretenden Seuchennotfall völlig ausreichen.
14. Wir führen eine Diskussion aus opportunistischen Gründen, ohne uns wirklich einmal mit den verfügbaren Fakten und Pro und Kontra Argumenten auseinanderzusetzen. Damit verhalten wir uns eher wie kleine Kinder und nicht wie mündige Bürger und verantwortungsbewusste Fachleute und Politiker.

Ich habe manchmal den Eindruck, dass unsere gesamte Gesellschaft wie unter Hypnose steht und wir alle wie Mogli aus dem Dschungelbuch ins Auge der Schlange Kaa starren und alles wie ein Schwamm aufsaugen, was die eigene Angst vor sogenannten Erregern verstärkt und damit die Sicherheit, die uns die Hersteller angeblich mit ihren Impfstoffen bieten, auf ein Podest heben. Dabei hält so gut wie nichts, was uns die Hersteller und die Gesundheitsbehörden im Zusammenhang mit Impfungen versprechen, einer näheren Überprüfung stand.

Fussnoten:

1 *Meldedatenbank des PEI, www.pei.de*

2 *Poethko-Müller C1, 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). Vaccine 2011 Oct 19;29(45)*

3 *www.degs-studie.de*

4 *siehe Quellenverweise auf http://www.impfkritik.de/fieber*

5 *siehe Quellenverweise auf http://www.impfkritik.de/vitamin-a*

6 *RKI-Ratgeber Masern, www.rki.de*

7 *Beispiele sind der Einsatz der Bundeswehr im Ausland und die Gewährung von Asyl für Flüchtlinge, die über sichere Drittländer nach Deutschland einreisten.*

8 *Tolzin, Hans U. P.: „Die ganze Wahrheit über den Berliner Masern-Todesfall“, impf-report Nr. 112/113, 3./4. Quartal 2016, S. 43-49*

9 *„FDP fordert Impfpflicht für Kinder“, ZEIT ONLINE vom 29. April 2017*

10 *Spiess, Impfkompendium, Thieme 1999, S. 28*

11 *Hartmann/Stanislawski, Bundesgesundheitsblatt 4/2002, S. 353*

12 *RKI, Merkblatt Pocken, Veröffentlichung der Erstversion im Bundesgesundheitsblatt 12/2001, Stand 31.03.2003*

13 *Müller, Angelika: „Was haben Impfungen mit dem Verschwinden der Pocken zu tun?“ impf-report Nr. 118, I/2018, S. 23ff*

14 *BZgA: „Prävention durch Angst? Stand der Furchtappellforschung“, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 04, April 1998.*

15 *Tolzin, Hans U. P.: „In 20 verschiedenen Impfstoffen vorgefundene Elemente“, impf-report Nr. 115/116, 2./3. Quartal 2017, S. 9ff*

16 *RKI, AGI-Saisonbericht 2006/07, S. 27*