

18

Depesche 18/2019

Nr. 640 insgesamt
30. September 2019
Neunzehnter Jahrgang
Euro 4,00 · SFr 5,00
Sabine Hinz Verlag
Henriettenstraße 2
D-73230 Kirchheim
Tel.: (07021) 7379-0
Fax: (07021) 7379-10
info@sabinehinz.de
www.sabinehinz.de
www.kentdepesche.de

640

Lesen, was nicht in der Zeitung steht:

KENT-DEPESCHE

mehr wissen - besser leben

Michael Kents Depesche für Zukunftsbauer

IMPFPFLICHT alternativlos?

Unbestechliche Fakten & Zahlen



Zitate zur Impfpflicht

»Die meisten [...] Kritiker der Impfpflicht sind nicht gegen Impfungen, tatsächlich kommen die meisten kritischen Stimmen von [...] Impfbefürwortern.«

Deutsches Ärzteblatt 2019; 116 (29-30)

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/208964/Impfdebatte-Ablehnung-der-Impfpflicht-ist-keine-Ablehnung-des-Impfens>

»Gut gemeint ist nicht gut gemacht:

Die von Jens Spahn geplante Impfpflicht gegen Masern könnte das Problem größer machen, als es ist.«

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Alexander Kekulé

Dir. d. Instituts für Med. Mikrobiologie, Halle, langj. Berater d. Bundesregierung f. biol. Bevölkerungsschutz
<https://www.tagesspiegel.de/politik/masernimpfpflicht-der-gefaehrliche-irrtum-von-gesundheitsminister-spahn/24322246.html>

»Eine allgemeine staatliche Impfpflicht zur Bekämpfung der Masern hält der Deutsche Ethikrat für „nicht gerechtfertigt“.«

Ärzteblatt, 27. Juni 2019

aerzteblatt.de/nachrichten/104209/Ethikrat-votiert-fuer-Impfpflicht-fuer-Aerzte-aber-gegen-allgemeine-Impfpflicht

»Der Gesetzentwurf ist blinder Aktionismus, der die Faktenlage völlig verkennt und ignoriert.«

Michael Friedl, Kinder- und Jugendarzt

<https://www.merkur.de/politik/masern-impfpflicht-aerzte-ueben-massive-kritik-an-spahn-zr-12251003.html>

»Eine Impfpflicht könnte auch den Eindruck erwecken, dass die sachlichen Argumente doch nicht so gut sind.«

Prof. Lothar H. Wieler, Präsident d. Rob.-Koch-Instituts

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, https://www.kvno.de/60neues/2019/19_07_masern/index.html

»Spahn prescht vor und hat die Folgen nicht immer vor Augen.«

Frank Ulrich Montgomery, Präsident d. Bundesärztekammer

<https://www.merkur.de/politik/masern-impfpflicht-aerzte-ueben-massive-kritik-an-spahn-zr-12251003.html>

»Bundsratsausschüsse halten Masernimpfpflicht für verfassungsrechtlich bedenklich!«

Ärzteblatt vom 11.09.2019

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/105884/Bundsratsausschuesse-halten-Masernimpfpflicht-fuer-verfassungsrechtlich-bedenklich>

»Abgesehen von erheblichen Zweifeln an der rechtlichen Zulässigkeit halte ich eine Impfpflicht weder für erforderlich noch für geeignet, eine deutlich höhere Impfbeteiligung zu erzielen.«

Dr. Jan Leidel, Virologe und Sozialmediziner

Ehem. Leiter der „Ständigen Impfkommision“ (STIKO) am Robert-Koch-Institut, Berlin
https://www.deutschlandfunk.de/thomas-fischbach-vs-jan-leidel-braucht-deutschland-eine.2927.de.html?dram:article_id=411412

INHALT

Zitate zur Impfpflicht	2
Inhalt/ Impressum	3
M. Kent zur Impfpflicht	3
Mehrfachbezug/Rabatte	4

Angelika Müller

Impfpflicht alternativlos?	5
-----------------------------------	---

Angebote	16
----------	----

IMPRESSUM

Michael Kents Depesche **mehr wissen - besser leben** erscheint 6 mal pro Quartal (24 x jährlich) und kann als Postversandausgabe über den Verlag (ggf. plus zusätzlicher PDF-Version per Mail) wie auch als Heft über freie Zeitschriftenvertriebsstellen bezogen werden.

Redaktion: Michael Kent (E-Mails an: redaktion@kent-depesche.com) Verlag: Sabine Hinz (Zuschriften per E-Mail an: info@sabinehinz.de).

Regelmäßige Autoren: Michael Kent, Hans Bschorr, Hannelore Zech, Angelika Müller sowie Gastautoren. Keine Gewähr für unverlangt eingesandte Manuskripte u. Bildsendungen. Zuschriften können ohne ausdrücklichen Vorbehalt veröffentlicht werden. Vom Leser verfasste Beiträge können aus redaktionellen Gründen abgeändert oder gekürzt werden. Namentlich gekennzeichnete Beiträge müssen nicht mit der Meinung der Redaktion übereinstimmen. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernimmt der Verlag keine Haftung.

Bildnachweise: Titelbild/Artikeltitel: www.123RF.com
Alle Grafiken und Tabellen von Angelika Müller:
Seiten 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18
Seite 19: Standbild von www.seimutig.tv

Erstveröffentlichung 18/2019: 30.09.2019

Adresse: Sabine Hinz Verlag, Henriettenstraße 2, 73230 Kirchheim, Tel.: 07021/7379-0, Fax: -10
Internet: www.sabinehinz.de · kentdepesche.de

Regelmäßiger Bezug: Monatlicher Bezug € 8,00 (Lastschrift). Quartalsbezug 6 Ausgaben für € 24,00 (Rechnung). Druck- plus E-Mail-Ausgabe: zzgl. 20 Cent je Heft bzw. 40 Cent/Monat bzw. € 1,20 pro Quartal. Der Bezug kann telefonisch, per E-Mail, brieflich oder per Fax eingestellt werden – bei monatlicher Zahlungsweise zum Monatsende, bei jährlicher zum Jahresende.

Druck: Eigendruck (Digitaldruck). **Inserate:** In der Depesche werden keine bezahlten Fremdanzeigen abgedruckt. **Copyright** © 2019 by Michael Kent, Sabine Hinz Verlag, Kirchheim unter Teck. Alle Rechte vorbehalten. Jedoch sind nicht-gewerbliche Weitergabe bzw. Vervielfältigungen einzelner Depeschentitel für Bezieher der regelmäßigen Postversandausgabe gestattet. Eine Haftung für die Richtigkeit der Veröffentlichungen kann trotz sorgfältiger Prüfung durch die Redaktion vom Herausgeber nicht übernommen werden.

KENNELERNEN

Für Interessenten besteht einmalig die Möglichkeit, die Depesche unverbindlich kennen zu lernen. Hierzu die Postanschrift mit Stichwort „Kennenlernbezug“ an den Verlag senden und Sie erhalten die Depesche drei Monate lang (insgesamt 6 Ausgaben) für 10,- Euro. Es entsteht Ihnen daraus keine Aboverpflichtung!!



Impf-
pflicht

Michael Kent, Vorwort

Sehr geehrter Leser!

Herzlich willkommen zu dieser Sonderausgabe, die sich der Frage widmet: Ist eine Impfpflicht „alternativlos“, sinnvoll, nötig bzw. unumgänglich?

Ganz egal, wie man zum Thema Impfen oder Pflichtimpfung steht, sollte man sich immer der folgenden Tatsache bewusst sein: Eltern, die sich und ihre Kinder impfen lassen, Eltern, die sich und ihre Kinder *nicht* impfen lassen, Eltern, die für eine Impfpflicht sind und Eltern, die dagegen sind ... wollen alle *dasselbe*: Das Beste/Richtige für sich bzw. vor allem für ihr Kind! Der einzige Unterschied ist: Sie verfügen über unterschiedliche Informationen als Grundlage für ihre Entscheidung.

Meinungen basieren auf Informationen. Wie gut (vollständig, zuverlässig, tragfähig, korrekt) diese Informationen sind, bestimmt, wie richtig/gut die daraus resultierenden Entscheidungen werden. Je besser die Entscheidungen, desto besser, gesünder, erfolgreicher das Leben. Das gilt nicht nur auf persönlicher Ebene, sondern auch für die Politik. Auch da führen falsche, unvollständige, tendenziöse Informationen zu schlechten Entscheidungen – und diese wiederum zu einer Verschlechterung der Lebensbedingungen. Deshalb sind korrekte, ungefärbte, vollständige Informationen so wichtig. Im vorliegenden Heft geht es daher

nicht um Meinungen, Standpunkte, Ansichten, Denkweisen oder Wünsche, sondern ausschließlich um unbestechliche, wissenschaftlich nachprüfbar, sachliche, neutrale und vollständige Informationen – auch wenn diese manchmal unbequem sein können!

Wenn ein geplantes Gesetz in das Leben jedes Bürgers eingreifen will, in das Leben unserer Kinder, wenn es die staatliche Hoheit über unsere Körper und die Körper unserer Kinder beansprucht, wenn also das Recht auf Selbstbestimmung (bzw. von Eltern über den Körper ihrer Kinder) umgangen werden soll, braucht es dafür Triftiges:

(1) Das Gesetz muss *erforderlich* sein, d.h. es muss sehr gewichtige Gründe dafür geben, z.B. eine dringend abzuwendende Situation, deren Gefahrenpotential es rechtfertigt, das Wohl der Gemeinschaft über das Recht des Einzelnen bzw. über das Elternrecht zu stellen. (2) Die vorgeschlagenen Lösungen müssen *geeignet* sein, das vorliegende Problem zu beseitigen und zu lösen. (3) Das Gesetz muss für den Einzelnen zumutbar sein, darf keine unbegründete Härte darstellen, muss *angemessen* bzw. verhältnismäßig sein.

Diese Depesche wird anhand wissenschaftlich unwiderlegbarer Zahlen und Fakten belegen, dass weder 1, 2 noch 3 gegeben sind und somit *keine* Rechtferti-

Mehrfachbezug/Rabatte

Eine Möglichkeit, um den Bezugspreis für die Depesche zu reduzieren, besteht darin, weitere Personen in den Depeschenbezug zu integrieren und einen sog. **Mehrfachbezug** zu buchen, d.h. ein Depeschenbezieher erhält z.B. je vier Depeschenhefte und liefert die weiteren Exemplare dann an seine Nachbarn, Verwandten, Arbeitskollegen (o.ä.) aus. Der Mehrfachbezug eignet sich auch für alle, die die Depesche in ihrem Laden, Restaurant etc. öffentlich zum Verkauf auslegen möchten.

Anzahl	Rabatt	mtl. Euro Ges-Preis	mtl. pro Pers.
1-fach	--	8,00	8,00
3-fach	25 %	18,00	6,00
4-fach	30 %	22,40	5,60
5-fach	35 %	26,00	5,20
6-fach	40 %	28,80	4,80
7-fach	45 %	30,80	4,40
8-fach	50 %	32,00	4,00
10-fach	55 %	36,00	3,60
12-fach	60 %	38,20	3,20
15-fach	65 %	42,00	2,80

Großabnehmer/Händler:	mtl.	pro Exempl.
20-fach	70,0 %	48,00
50-fach	72,5 %	110,00
100-fach	75,0 %	200,00

Die **allgemeine Rabattstaffel** gilt für die mehrfache Nachbestellung von Einzelheften. Der Grundpreis für ein normales s/w Heft: Euro 4,00, für ein farbig gedrucktes: 6,00

Menge	gemischte	identische
ab 5 Stück	10 %	20 %
ab 10 Stück	20 %	30 %
ab 20 Stück	25 %	35 %
ab 40 Stück	30 %	40 %
ab 80 Stück	35 %	45 %
ab 120 Stück	40 %	50 %
ab 160 Stück	45 %	55 %
ab 200 Stück	50 %	60 %
ab 300 Stück		65 %
ab 500 Stück		70 %

Sonderdrucke / „S-Depeschen“

Zur breiten, **kostenlosen** Verteilung einzelner Ausgaben, Artikel oder Zusammenstellungen an ein größeres Publikum (Vorträge, Kongresse, Messen etc.) empfiehlt sich nicht die Nutzung der allgemeinen Rabattstaffel, sondern die Bestellung von sog. Sonderdrucken. Diese werden auf *Normalpapier* gedruckt (weiß), sind im Normalformat (A4) oder im halben Format (A5) erhältlich, sowohl in s/w als auch in Farbe. Die Preise für Sonderdrucke betragen pro Seite:

DIN A4 s/w: 2,5 Cent, 16 Seiten = 40 Cent.
DIN A5 s/w: 1,25 Cent, 16 Seiten = 20 Cent.
DIN A4 color: 10 Cent, 16 S. = 1,60 Euro.
DIN A5 color: 5 Cent, 16 S. = 80 Cent.
Doppelter Seitenpreis bei *Depeschenpapier*.
Mindestabnahme s/w: 25 St., color: 10 St.

Nachbestellung für Depeschenbezieher

Wer als Depeschenbezieher reguläre Hefte nachbestellen möchte (z.B. auch nur eine einzelne Ausgabe), die er bereits im Abo bezogen hat, entrichtet hierfür nur den halben Preis (d.h. für ein Einzelheft s/w: Euro 2,00, für ein Farbheft: Euro 3,00).

gung für die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht bei Masern besteht. Weder sind die Deutschen „impfmüde“ noch sinken die Impfraten (sie steigen) noch nehmen die Masernfälle zu (sie nehmen ab) noch mehren sich Todesfälle und Folgeerkrankungen oder nehmen gar bedrohliche Ausmaße an noch würden die vorgesehenen Maßnahmen die Situation verbessern (eher verschlechtern).

Das bringt uns zum wichtigsten Punkt von allen: Denn wenn es möglich ist, dass ein Gesetzentwurf zur Realität werden kann, der sich nicht an realen Fakten orientiert, der nicht auf echten Gründen und Tatsächlichkeiten, sondern auf Fiktionen beruht, dann stehen hier nicht nur unsere Selbstbestimmung, das Hoheitsrecht über unseren Körper, unsere Gesundheit und die Zukunft unserer Kinder auf dem Spiel, sondern auch Rechtsstaatlichkeit und Demokratie.

Vor diesem Hintergrund schrieb ein Kommentator auf Facebook neulich: „Der Regierung zu erlauben, den Menschen etwas gegen ihren Willen zu injizieren, ist weit gefährlicher als Masern.“ Tatsächlich befürchten Experten, dass das Impfpflichtgesetz, falls es denn umgesetzt werden sollte, einen *Dammbruch* auslösen könnte, die Tür für weitere Gesetze öffnen könnte, die in unser Leben eingreifen und weitere Hoheitsrechte über unseren Körper an sich reißen, wie z.B.: weitere Pflichtimpfungen, Zwangsbehandlungen, digitale Behandlungs- und Medikamentenkontrolle, Organspendepflicht usw. Egal also, wie man zur *Impffrage* steht: Eine *Impfpflicht* ist beim gegenwärtigen Stand der (echten) Fakten weder fachlich noch wissenschaftlich noch rechtlich begründet bzw.

begründbar und stellt eine schwerwiegende Verletzung der Rechtsstaatlichkeit bzw. eine Gefährdung der Demokratie dar.

Es ist daher wichtig, die Fakten zu verbreiten: an Ärzte, Behörden, Politiker, Juristen, Medien. Um Ihnen das zu erleichtern, geben wir dieses Heft zum Selbstkostenpreis an all jene ab, die es verteilen/verschenken möchten, siehe Seite 20.

Eine letzte Anmerkung: Unsere Autorin, Angelika Müller, ist eine der versiertesten Impfexpertinnen Deutschlands. Sie scheut keine fachliche Diskussion mit Behörden, Ärzten, Juristen, Wissenschaftlern. Im heutigen Artikel hat sie *absichtlich* auf medizinische, wissenschaftliche Sprache verzichtet und einzelne Thematiken gezielt nicht weiter vertieft. Dieses Heft hätte 100 Seiten aufweisen können – doch unser Ziel war keine Doktorarbeit, sondern eine kompakte Zusammenstellung der wichtigsten Argumente, die allgemeinverständlich ist. Ich hoffe, das ist uns gelungen.

Falls ja, und wenn die Informationen für Sie stichhaltig sind, dann helfen Sie bitte mit, die Impfpflicht zu verhindern. Nicht, weil Impfen schlecht wäre, sondern weil wir hier an einem entscheidenden Punkt angelangt sind: Wenn es den Bürgern nicht gelingt, ein faktisch *unbegründetes* Gesetz zu verhindern, das auf falschen Tatsachen basiert, während es die Freiheitsrechte jedes Einzelnen einschränkt, „haben wir es gehabt“, dann markiert dies das Ende der freiheitlichen Demokratie und Rechtsstaatlichkeit bzw. den Beginn einer finsternen „Lobbykratur“. Vielen Dank für Ihr Interesse und Ihr Engagement, *Michael Kent*

Impfpflicht alternativlos?

Unbestechliche Fakten & Zahlen



Von Angelika Müller

*Immer mehr Fachleute – Ärzte, Professoren, Juristen – sprechen sich aktuell gegen die von Gesundheitsminister Jens Spahn auf den Weg gebrachte Masernimpfpflicht in Deutschland aus (Kabinetentwurf Masernschutzgesetz). Sogar impfbefürwortende Ärzte, die weit davon entfernt sind, Impfkritiker oder Impfgegner zu sein, befürchten, dass der Verlust der Freiwilligkeit einen gegenteiligen Effekt haben und zu vermehrten Protesten gegen das Impfen führen könnte. Abseits aller, zumeist sehr emotional geführter Debatten, gibt es aber Fakten, die der Öffentlichkeit und den verantwortlichen Politikern offenbar nicht hinreichend bekannt sind. Denn tatsächlich ist eine Impfpflicht längst **hinfällig** – und zwar gemessen an den Kriterien, wegen derer sie angeblich notwendig bzw. „alternativlos“ sei. Fakten, die jeder Bürger, dem das Wohl seiner Kinder und der Demokratie nicht ganz gleichgültig ist, kennen sollte. Die erfahrene und versierte Impfpflichtexpertin Angelika Müller nennt sie. mk*

Die wesentlichen Argumente der Befürworter des neuen Impfpflichtgesetzes lauten: • Die Impfmündigkeit nimmt zu. • Schuld daran sind die Impfgegner. • Deshalb nimmt auch die Zahl der Masernkranken zu. • Masern sind eine sehr gefährliche Infektionskrankheit – und hoch ansteckend. • Besonders gefährdet sind die, die man nicht impfen kann, allen voran Säuglinge. • Eine Herdenimmunität wird erreicht, wenn 95 Prozent der Bevölkerung geimpft sind. • Durch die Herdenimmunität sind auch die geschützt, die man nicht impfen kann. • Wenn 95 Prozent geimpft sind, kann man die Masern ausrotten.

• Man hat ja zuvor alles Erdenkliche versucht, aber es hat nicht funktioniert. • Deshalb ist die Impfpflicht jetzt alternativlos!

Diese Argumentationskette klingt zunächst logisch. Man kann sie leicht nachvollziehen. Ergo: Wenn man die „unverantwortlichen Impfgegner“ durch ein Gesetz zum Impfen zwingt, sind alle Probleme gelöst.

Doch stimmen diese Behauptungen auch? Es wäre ja nicht das erste Mal, dass politische Entscheidungsträger wissenschaftliche Fakten ausblenden, wie es nicht das erste Mal wäre, dass die Massenmedien willige Handlanger spielen. Wenn aber

die uns allgemein präsentierten „Fakten“ falsch sind, was sind dann die echten Fakten? Lässt sich eine Impfpflicht dann überhaupt noch rechtfertigen bzw. welche vernünftigen Maßnahmen lassen sich dann von diesen echten Fakten ableiten?

Prüfen wir also die für die Einführung der Impfpflicht genannten Gründe einmal auf Herz und Nieren, während wir dabei die *Ebene der konservativen Wissenschaft* nicht verlassen. Alle hier angegebenen Quellen sind nachprüfbar, hieb- und stichfest, wissenschaftlich unumstritten, alle Informationen sowohl fachlich, als auch politisch und rechtlich relevant.

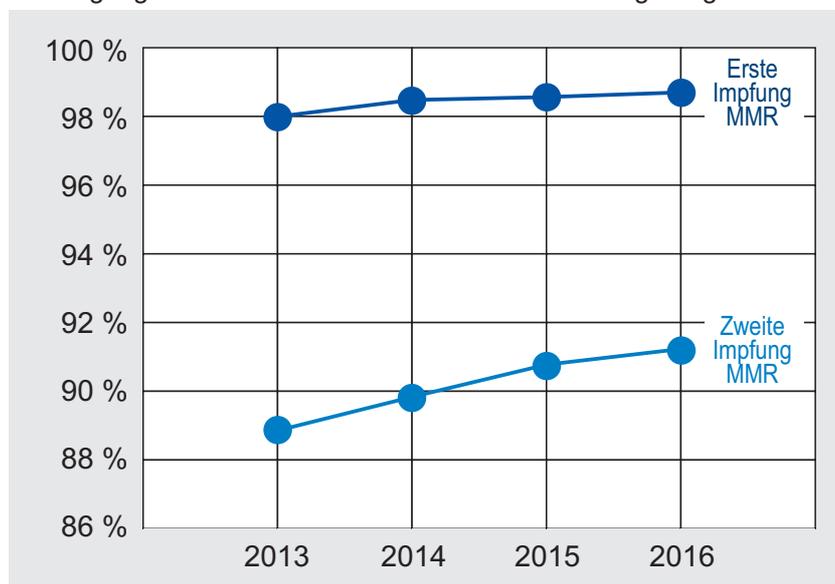
Sinken die Impfraten wirklich?

Kurze Antwort: Nein!

Im Gegenteil: Die Impfraten bei Kindern nehmen seit Jahren zu bzw. halten sich auf hohem Niveau. Wir sind hier bei einem der zentralen Probleme in der gesamten Diskussion um die Impfpflicht: Es wird einfach mit falschen Fakten gearbeitet und getrickst. Beispielsweise, indem alle Nicht-zweimal-Geimpften und alle nicht exakt im Zeitfenster des Impfkalenders Geimpften als „ungeimpft“ betrachtet werden. Das ist jedoch aus Sicht des Impfschutzes und der Herdenimmunität falsch.

Die staatliche Gesundheitsbehörde, die für Infektionskrankheiten zuständig ist, das Robert-Koch-Institut (RKI), sammelt seit Jahren aus allen Bundesländern die Abrechnungsdaten der kassenärztlichen Vereinigungen. So weiß man *sehr genau*, wie viele Kinder in welchem Alter eine Masernimpfung bekommen haben. Diese Daten werden vom RKI im Projekt „Vac-Map“^{*1} zur Verfügung gestellt.

Abb. 1: Die Entwicklung der Impfraten bei der ersten (dunkel) und der zweiten **Masernimpfung** (heller) zeigen laut Daten der kassenärztlichen Vereinigungen von 2013-2016 eine kontinuierliche Steigerung.



Da es in Deutschland schon seit Jahren keinen Einzelimpfstoff gegen Masern mehr gibt, werden in den Abb. 1/2 die Daten der 3-fach- oder 4-fach-Kombinationsimpfung gegen Masern, Mumps, Röteln (**MMR**) – sowie ggf. Windpocken – dargestellt.

Es handelt sich dabei um die Daten aller gesetzlich versicherten Kinder im Alter von 5 Jahren. Hierbei ist wichtig, dass diese Quote vom Bundesland Sachsen erheblich nach unten gedrückt wird, weil dort die 2. MMR-Impfung viel später (bis spätestens zur Einschulung) *empfohlen* wird². Ohne Sachsen (wo ja auch geimpft wird, nur eben später), würden sich sogar noch bessere Zahlenwerte in der Statistik ergeben. Zudem ist zu beachten, dass nur gesetzlich Versicherte erfasst werden. Diese machen jedoch 85 Prozent der Bevölkerung aus und liefern somit eine gute Datengrundlage. Die Statistik zeigt, dass die Impfraten seit Jahren kontinuierlich *zunehmen*. Von einer „Impfmüdigkeit“ oder von „Impflücken“ ist bei einer Erstimpfungsrate von 98,7 Prozent nichts erkennbar!

Auch die vom RKI gesammelten und jährlich veröffentlichten Impfdaten aus den *Einschulungsuntersuchungen* belegen die stetige Zunahme bzw. den Erhalt der hohen Impfdaten bei der 1. und 2. MMR-Impfung in Deutschland (Abbildung 2).

Bei der Einschulung im Jahr 2017 waren 97,1 Prozent der Kinder mindestens einmal gegen Masern geimpft. Seit Jahren nehmen die Impfdaten sowohl bei der ersten als auch bei der zweiten MMR-Impfung stetig zu. Bei diesen Daten ist zu beachten, dass 8,4 Prozent aller Kinder den Impfausweis nicht vorgelegt haben. Von diesen Kindern ist der Impfstatus unbekannt. Ein vom RKI durchgeführter Abgleich ergab aber, dass die Kinder, die den Impfausweis nicht vorgelegt haben, die Impfdaten *nicht* nach unten drücken⁴. Das RKI selbst betont in einer aktuellen Veröffentlichung die positive Tendenz insbesondere bei der zweiten Masernimpfung: „Wie in den Berichten ... der KV-Impfsurveillance* ist [auch] in KiGGS* ein deutlicher Anstieg der Impfquoten in den vergangenen zehn Jahren zu sehen. ... Positiv hervorzuheben ist die Tatsache, dass die Anstiege bei den Impfungen (2. Masern, ...) ... besonders groß sind ...“⁵

***VacMap:** Kurzform für engl. Vaccination Map, zu Deutsch: „Impflandkarte“. Bei diesem Projekt stellt das Robert-Koch-Institut (RKI) die von den kassenärztlichen Vereinigungen (der einzelnen Bundesländer) erhaltenen Impfdaten auf einer Landkarte dar, so dass man sehen kann, in welcher Region die höchsten bzw. niedrigsten Durchimpfungsdaten bestehen.

***KV-Impfsurveillance:** Impfdaten, die von den kassenärztlichen Vereinigungen vorgelegt werden: KV: „Kassenärztliche Vereinigung(en)“, engl. „surveillance“: Überwachung, Kontrolle, Beobachtung.

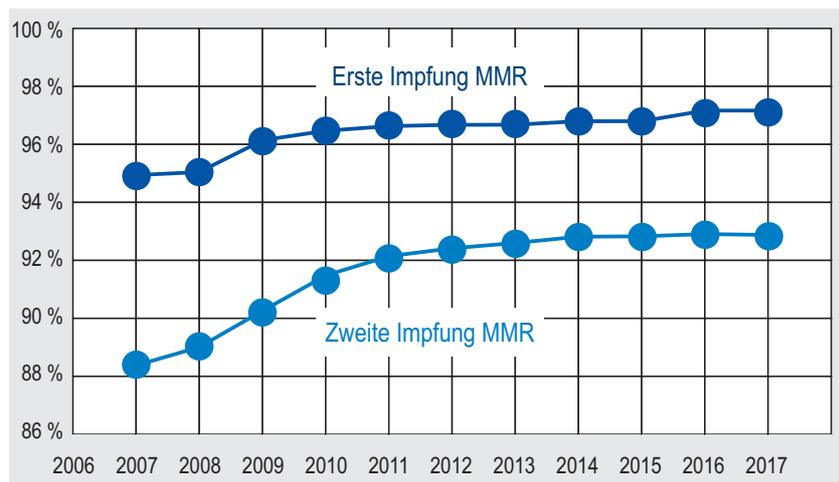
***KiGGS:** große, bundesweite, fortlaufende Studie des RKI, in der die Impfdaten bei Kindern und Jugendlichen erfasst werden. Ausführliches in Depesche 14/2009.

Abb. 1 und 2 zeigen beeindruckend die stetige Zunahme der Impfquoten bzw. das Verharren auf einem sehr hohen Niveau im Alter von 5 bis 7 Jahren (je nach Einschulungszeitpunkt).

Die VacMap*-Daten stammen von Ende 2017. Auf meine Nachfrage beim RKI, warum diese Daten so veraltet sind und wann neue Daten zu erwarten sind, antwortete der zuständige Sachbearbeiter am 15.08.2019: „Derzeit haben wir einen IT-Notstand am RKI, so dass es hier zu weiteren Verzögerungen bei den Auswertungen kommt. Momentan liegen also keine weiteren Masern-/Rotavirus-Daten vor, folglich gibt es nichts zum Aktualisieren auf VacMap. Die eingeschränkten IT-Ressourcen bedingen zudem, dass der Ausbau von VacMap nicht so schnell voranschreitet, wie wir uns das wünschen.“⁶ Diese Aussage lässt vermuten, dass hier möglicherweise Probleme vorliegen, die man vertuschen möchte. Dazu später mehr.

Da im Gesetz die Impfpflicht für Kinder eingeführt werden soll, wurden hier zunächst die Impfquoten bei Kindern beleuchtet. Zur Situation bei Erwachsenen kommen wir später noch.

Abb. 2: Auch die Impfdaten für die erste (dunkel) und die zweite Masernimpfung (heller), die vom Robert-Koch-Institut bei Einschulungsuntersuchungen gesammelt werden, zeigen einen deutlichen Aufwärtstrend³.



Warum sind die Impfquoten bei der 2. Impfung niedriger?

In allen Statistiken fällt auf, dass die Impfquote der zweiten MMR-Impfung niedriger liegt als bei der ersten. Politik und Medien erklären das mit „Impfmüdigkeit“ oder gar „Impfgegnerschaft“. Es widerspricht jedoch dem gesunden Menschenverstand, dass Eltern, die ihre Kinder einmal impfen lassen, plötzlich Impfgegner werden und deshalb die zweite Impfung nicht mehr verabreichen lassen.

Es liegt auf der Hand – und wird durch Studien und Umfragen gestützt –, dass eine der eigentlichen Ursachen in den nach der ersten Impfung auftretenden Nebenwirkungen zu finden ist.

In der KiGGS*-Studie wurden u.a. Nebenwirkungen nach Impfungen abgefragt. Die MMR-Impfung war die am häufigsten genannte Impfung, nach der Nebenwirkungen auftraten⁷. Als häufigstes Symptom nach einer MMR-Impfung wurden die sog. Impfmisern genannt.

Bei Impfmisern entwickelt der Geimpfte durch die Impfung eine abgeschwächte Form der Masern mit Fieber und Ausschlag.

Das RKI schreibt dazu: „Da der Masernimpfstoff ein abgeschwächtes, aber noch vermehrungsfähiges Masernvirus enthält, kommt es bei rund fünf Prozent der Geimpften nach etwa einer Woche zu einem masernartigen Hautausschlag und Fieber. Diese Symptome gehen in der Regel mit der Ausbildung einer guten Immunität gegen Masern einher.“⁸ (Hervorhebung von der Redaktion hinzugefügt).

Lassen Sie mich das noch einmal explizit wiederholen: Genau die Geimpften, die nach der 1. MMR-Impfung Impfmisern entwickeln (Nebenwirkung) und deshalb die zweite Impfung nicht mehr verabreichen lassen, sind also in der Regel immun.

Aus zahlreichen persönlichen Schilderungen sind der Verfasserin Ärzte bekannt, die in solchen Fällen die Immunität durch eine Bestimmung der Menge der Antikörper im Blut (sog. Titer) überprüfen. Bei einer im Labortest bestätigten Immunität wird dann auf die unnötige 2. Impfung verzichtet.

Hier decken wir also schon den nächsten Trick auf: Die aus den oben genannten Gründen niedrigere Impfquote bei der zweiten Impfung wird benutzt, um die angebliche „Impfmüdigkeit“ zu „belegen“. Nicht selten wird sogar ausschließlich die Impfquote der zweiten MMR-Impfung in den Medien verwendet, allerdings ohne darauf hinzuweisen, dass sie mit „geimpft“ nur die Zweimalgeimpften meinen.

So wird der falsche Eindruck erweckt, dass alle nicht zweimal Geimpften „völlig ungeimpft“ seien. Eltern, die ihrem Kind „nur“ eine MMR-Impfung geben ließen und von der zweiten Impfung wegen Nebenwirkungen

gen Abstand genommen haben, in eine Schublade mit Eltern zu stecken, die ihr Kind gar nicht haben impfen lassen, ist unwissenschaftlich, unangebracht und entspricht nicht den Tatsachen. Genau das tut aber das geplante Impfpflicht-Gesetz.

Bei allen oben erwähnten Geimpften, die nach der ersten MMR-Impfung die Impfmassern durchmachten, kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Impfung angeschlagen, d.h. gewirkt hat. Also ist gerade bei denen, die eine zweite Impfung wegen der Nebenwirkung (nach der ersten Impfung) ablehnen, in einem hohen Prozentsatz von einem Impfschutz auszugehen. Damit wäre die zweite Impfung in diesen Fällen *überflüssig*.

Auch das ist ein weiterer problematischer Mechanismus in der Debatte rund um die Masern und die Impfpflicht: Es fehlt die wissenschaftlich dringend nötige Differenzierung – in der Begründung des Gesetzes wie auch in den Massenmedien.

Wie viele Impfungen werden benötigt?

Die Masernimpfung ist eine sogenannte Lebendimpfung, da sie aus noch vermehrungsfähigen (quasi lebenden) Impfviren besteht. Nach der Impfung vermehren sich die Impferreger im Organismus und lösen eine der normalen Infektion nahekommende Immunreaktion aus. Daher ging man lange Zeit davon aus, dass eine einzige Masernimpfung lebenslangen Schutz bewirken würde.

Bei jeder Impfung gibt es jedoch Menschen, die nicht auf die Impfung reagieren, d.h. keinen Impfschutz aufbauen. Die Gründe sind vielfältig. So können

zum einen ein ungünstiger Impfzeitpunkt (durch Stress geschwächtes Immunsystem) oder ein Fehler bei der Verabreichung der Impfung (falsche Lagerung des Impfstoffs oder falsche Impftechnik des Arztes), aber auch angeborene Besonderheiten (angeborene Immunschwäche) eine Rolle spielen.

Auch bei der Masernimpfung sprechen einige wenige Menschen erst auf die zweite Impfung an. *Für die überwiegende Mehrheit der Geimpften reicht jedoch eine einzige Impfung für einen lebenslangen Schutz.*

Für die Menschen, die nach der ersten MMR-Impfung keine ausreichende Immunität aufbauen, wurde die zweite Impfung eingeführt. Um aus den zuvor genannten Impraten die tatsächliche Immunität innerhalb der Bevölkerung zu berechnen, benötigen wir den Prozentsatz der Menschen, die nach einer bzw. nach zwei MMR-Impfungen Immunität aufbauen.

Das RKI schreibt hierzu in seinen FAQ (Fragen und Antworten) zur MMR-Impfung⁹:

„Unabhängig vom Impfalter (mindestens aber 9 Monate) und geographischer Region beträgt die Effektivität einer Masern-Impfstoffdosis im Durchschnitt 91 Prozent. [...] Die Impfeffektivität der zweimaligen Masernimpfung zur Verhinderung einer Masernerkrankung wurde in dieser Übersichtsarbeit unter Berücksichtigung von Studien aus Europa je nach Studie mit 93 bzw. 99 Prozent angegeben.“

Laut der Krankenkassendaten (VacMap) sind 98,7 Prozent der Kinder im Alter von 5 Jahren mindestens 1x gegen Masern geimpft, 91,1 Prozent 2x (Abb. 1).

Betrachten wir eine durchschnittliche Gruppe von 1.000 Kindern im Alter von 5 Jahren, deren Zusammensetzung exakt der deutschen Bevölkerung entspricht. Gehen wir von einer im ungünstigsten Fall nur bei 91 Prozent der Geimpften vorhandenen Immunität und von einer im günstigsten Fall bei 99 Prozent der Geimpften vorhandenen Immunität bei zweimal Geimpften aus. (Damit stützen wir die Aussage, dass die Kinder ohne oder mit nur einer Impfung das Problem seien und unbedingt eine zweite Impfung bräuchten, um die nötige Herdenimmunität zu erreichen.)

Von der Gruppe aus 1.000 Kindern ergibt sich hier also, dass insgesamt 97,1 Prozent (971) der 1.000 Kinder immun sind*. Interessanterweise hat die europäische Behörde für Infektionskrankheiten (ECDC) in ihrem Bericht zur Risikobewertung vom Mai 2019 *exakt* die gleiche Zahl für Deutschland veröffentlicht¹⁰: „geschätzte Bevölkerung von 0-20 Jahren ohne Immunität: 2,9 Prozent“.

Laut Vorgaben der nationalen und internationalen Gesundheitsbehörden müssen mindestens 95 Prozent der Bevölkerung immun sein, damit die für die Herdenimmunität oder für die Elimination nötige Immunität auf Bevölkerungsebene erreicht wird. Die Immunität der Kinder liegt in Deutschland also schon *weit oberhalb* dieser Schwelle für Herdenimmunität. Aus diesen Gründen ist eine Impfpflicht im Kindesalter definitiv nicht zu rechtfertigen.

* Hier die genauere Berechnung:
0 der 13 Umgeimpften sind immun
69 von den 76 einmal Geimpften sind immun
902 von 911 zweimal Geimpften sind immun
ergibt: 971 (Summe 0+69+902) der 1.000 Kinder sind immun = 97,1 Prozent.

Wird in Deutschland zu spät geimpft?

In zahlreichen Veröffentlichungen wird betont, dass die Impfungen in Deutschland angeblich zu spät erfolgen würden. Die nicht gemäß staatlichen Empfehlungen zeitgerecht erfolgten Impfungen seien ein großes Problem. Dadurch würde angeblich die Elimination verhindert. Es würde deshalb angeblich immer wieder zu Masernausbrüchen kommen.

Die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) empfiehlt die erste Masernimpfung im Alter von 11 bis 14 Monaten und die zweite von 15 bis 23 Monaten. Damit zählt Deutschland zu den wenigen Ländern, welche die Masernimpfungen so *früh* empfehlen.

In den meisten anderen europäischen Ländern wird später geimpft als in Deutschland (Abbildung 3). Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) hat alle 30 Länder in vier Gruppen eingeteilt.

Unter den 7 Ländern, welche die zweite Masernimpfung erst im Alter von 10 bis 13 Jahren vorsehen, haben 6 Länder von der WHO die Elimination zertifiziert bekommen. Die 5 EU-Länder, welche die Masern bis zum Jahr 2017 nicht eliminiert hatten, sind über alle vier Gruppen verteilt. Der Zeitpunkt der zweiten Masernimpfung hat also ganz offensichtlich *keinen* Einfluss auf die Elimination! Auch dieser Fakt spricht somit nicht für eine Impfpflicht.

Bevor wir nun zum entscheidenden Argument kommen, lassen Sie mich die wichtigsten Stichpunkte der bisherigen Aus-

Abbildung 3: Unterschiedliche Impfkalender in den einzelnen Ländern¹¹

Land	1. Impfung	2. Impfung
Gruppe 1: Erste Masernimpfung bis 12 Mon., 2. Impfung 12-33 Mon.		
Österreich	9-11 Monate	12-14 Monate
Frankreich*	12 Monate	16-18 Monate
Deutschland	11-14 Monate	15-23 Monate
Luxemburg	12 Monate	15-23 Monate
Gruppe 2: Erste Masernimpfung 12-18 Mon., 2. Impfung 3-4 Jahre		
Dänemark	15 Monate	4 Jahre
Malta	13 Monate	3-4 Jahre
Spanien	12 Monate	3-4 Jahre
Vereinigtes Königreich	12 Monate	3 Jahre
Gruppe 3: Erste Masernimpfung 12-18 Mon., 2. Impfung 5-9 Jahre		
Kroatien*	12 Monate	5-7 Jahre
Zypern	13-15 Monate	4-6 Jahre
Tschechische Republik*	13-18 Monate	5-6 Jahre
Finnland	12-18 Monate	6 Jahre
Griechenland	12-15 Monate	4-5 Jahre
Irland	12 Monate	4-5 Jahre
Italien*	12-15 Monate	5 Jahre
Lettland	12-15 Monate	7 Jahre
Litauen	15-16 Monate	6-7 Jahre
Niederlande	14 Monate	9 Jahre
Polen*	13 Monate	6 Jahre
Portugal	12 Monate	5 Jahre
Rumänien*	12 Monate	5 Jahre
Slowenien*	12-18 Monate	5-6 Jahre
Schweden	18 Monate	6-8 Jahre
Gruppe 3: Erste Masernimpfung 12-18 Mon., 2. Impfung 10-13 Jahre		
Belgien	12 Monate	10-13 Jahre
Bulgarien*	13 Monate	12 Jahre
Estland	12 Monate	13 Jahre
Ungarn*	15 Monate	11-12 Jahre
Island	18 Monate	12 Jahre
Norwegen	15 Monate	11 Jahre
Slowakei*	14-17 Monate	10 Jahre

Rote, fett gedruckte Länder: Masern nicht eliminiert · Sternchen: Land mit Impfpflicht¹²

sagen einmal kurz zusammenfassen, damit wir nichts Wichtiges aus den Augen verlieren:

Zwischenbilanz

(1) Die Impfrate bei Masern sinken keinesfalls, sondern steigen seit Jahren stetig bzw. befinden sich auf einem höheren Niveau als in einigen Ländern, in denen seit Längerem eine Impfpflicht besteht. Und in vielen Ländern, in denen die Masern als eliminiert gelten, sind die Impfraten *nicht* höher als in Deutschland. Ein Gesetz zur Zwangsimpfung bei Masern in Deutschland ist also weder begründet noch angemessen noch nötig noch logisch bzw. durch das Argument „niederer“ oder „sinkender Impfraten“ keinesfalls zu rechtfertigen.

(2) Auch Menschen mit „nur“ einer Masernimpfung sind in den allermeisten Fällen gegen Masern immun. Die tatsächliche Gesamt-Immunität innerhalb der deutschen Bevölkerung beträgt bei Kindern 97,1 Prozent und liegt damit deutlich höher als die geforderten 95 Prozent, die für eine „Elimination der Masern“ vorgeschrieben sind. Ein Gesetz zur Masernimpfpflicht ist bei einer Immunisierungsrate von 97,1 Prozent durch das Argument fehlender Immunität also nicht zu rechtfertigen – und daher unbegründet.

(3) Es gibt keinen sichtbaren Zusammenhang zwischen Impfpflicht und der Elimination der Masern, d.h. es gibt sowohl Länder mit Impfpflicht, in denen die Masern nicht eliminiert wurden, als es auch Länder ohne Impfpflicht gibt, in denen die Masern bereits eliminiert wurden. Denn für die Elimination, wie sie von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert wird, sind ganz *andere* Din-

ge nötig. Beispielsweise ordentliche Verwaltungsarbeit der Behörden – was uns nun nahtlos zum entscheidenden Punkt bzw. zur folgenden Frage bringt:

Warum hat Deutschland die Masern nicht längst eliminiert?

Im Gesetzentwurf (Kabinettsentwurf) wird ausdrücklich betont, dass mit dem Impfpflichtgesetz *die Elimination der Masern in Deutschland erreicht werden soll* und dass die gesetzliche Impfpflicht *wieder aufgehoben werden kann, wenn die WHO die Masernelimination für Deutschland bestätigt hat*. Es stellt sich also die Frage, warum Deutschland das noch nicht geschafft hat. Dann wäre das Gesetz ja offensichtlich überflüssig. Deutschland gehört zu den wenigen Ländern in Europa, die den Status „Elimination“ noch nicht erreicht haben. Deshalb entsteht aktuell ein immer größerer Druck auf Deutschland.

Umgangssprachlich wird der Begriff „Elimination“* meistens mit Ausrottung übersetzt. Das würde bedeuten, dass es keine Masern mehr gibt. Die von der WHO definierte „Elimination“ bedeutet jedoch etwas ganz anderes: *Wenn der Nachweis erbracht werden kann, dass in drei aufeinanderfolgenden Jahren kein einzelner Masernausbruch länger als 12 Monate anhielt, gelten die Masern in diesem Land als eliminiert* (wird gleich noch näher erklärt). Hierfür ist ein umfangreiches Überwachungssystem nötig – die dadurch gewonnenen Fakten müssen nach genau festgelegten Regeln der WHO belegt und berichtet werden. Für die Elimination in Europa ist das Regionalbüro Europa der WHO zuständig.

Im Idealfall gehört jeder Masernfall zu einer Übertragungskette, d.h. es ist bekannt, wo er sich angesteckt hat und wen er angesteckt hat (siehe Abbildungen 4a und b). Mit dem ersten Fall, der sich z.B. im Ausland angesteckt hat, geht es los. Die von einem Masernfall Angesteckten werden mit ihm verbunden, diese dann wieder mit denen, die sie angesteckt haben, und so weiter. Irgendwann gibt es keine neuen Masernfälle mehr. Dann ist der Ausbruch beendet. Falls nun alle in einem Jahr aufgetretenen Masernausbrüche, d.h. alle sorgfältig erfragten und notierten Übertragungsketten, kürzer als 12 Monate dauern, hat Deutschland den Nachweis der Unterbrechung der Viruszirkulation erbracht und bekommt von der WHO die 12-monatige Unterbrechung bescheinigt. Erfolgt dies in drei aufeinanderfolgenden Jahren, hat Deutschland die Masern – gemäß der WHO-Definition – eliminiert.

***Elimination:** Der englische Begriff „elimination“ bedeutet: Beseitigung, Abschaffung, Ausschluss, Entfernung, Eliminierung, Vernichtung (von lat. *eliminare*: über die Schwelle setzen, entfernen, zu: *limen*: Schwelle bzw. *limes*: Grenze).

***Feintyp:** Masernviren unterscheiden sich minimal im Erbgut, welches sie in sich tragen. Die Wissenschaft unterteilt hier bisher 8 Haupttypen, die mit den Buchstaben A, B, C bis H gekennzeichnet werden. Der Erbgutstrang des Virus ist von einer sog. Kapsel umhüllt, die aus Proteinen besteht. Auch diese Kapselproteine unterscheiden sich, so dass die Typen A-H weiter in Subtypen unterteilt werden. Diese Subtypen werden durch Ziffern nach dem Buchstaben gekennzeichnet, also z.B. „B3“ oder „D8“. Gegenwärtig sind insgesamt ca. 23, 24 Subtypen bekannt, wobei aber heutzutage weltweit nur zwei, drei zirkulieren. Diese Subtypen können durch noch feinere Analysen der jeweiligen Kapselproteine weiter spezifiziert werden in sogenannte **Feintypen**, die mit weiteren Nummern versehen werden, also z.B. „B3-5678“ o.ä.

***Inzidenz** bezeichnet in der Epidemiologie die Häufigkeit von Ereignissen (insbesondere Erkrankungen) bezogen auf die Zeit, gemessen an der Zahl der Einwohner (lateinisch *incidere*: vorfallen, als Fall eintreten, auftreten).

Meistens haben diese Übertragungsketten jedoch Lücken. Es können nicht alle Fälle, die im gleichen Zeitraum und in der gleichen Region auftreten, zugeordnet werden (wenn z.B. nicht ermittelt werden kann, bei wem sich jemand angesteckt hat). Es gibt dann Einzelfälle, die quasi in der Luft hängen. Hier greift ein weiteres von der WHO vorgesehene Werkzeug, um diese Einzelfälle doch noch einem Ausbruch zuzuordnen zu können:

Die Masernviren unterscheiden sich je nach Ausbruch minimal in ihrem Erbgut, also den Gensequenzen, die sie in ihrem Inneren bergen. Dadurch können sie im Labor unterschieden werden. Auf diese Weise können auch Einzelfälle einem Ausbruch zugeordnet werden. Voraussetzung hierfür ist, dass sowohl von dem Ausbruch als auch von dem Einzelfall der sog. Feintyp* bestimmt wird.

Für die erfolgreiche Elimination (nach WHO-Definition) ist also vorrangig die möglichst lückenlose Darstellung dieser Übertragungsketten notwendig.

Hierfür stehen zwei Werkzeuge zur Verfügung: (1) Die Befragung von Masernfällen (wo angesteckt und wen angesteckt)

und (2) die Feintypisierung der Masernfälle im Labor.

Wie häufig diese beiden Werkzeuge eingesetzt werden und wie gut sie funktionieren, muss für die WHO nach genau definierten Regeln und Grenzwerten nachgewiesen werden. Zum Beispiel muss bei mindestens 80 Prozent aller Masernfälle der Ursprung – mit den Methoden 1 oder 2 – ermittelt worden sein.

Deutschland ist hiervon leider weit entfernt. Wie aus der umseitigen Tabelle entnommen werden kann, ist aktuell (2019) nur bei 64 Prozent der Masernfälle der Ursprung bekannt (rote Zahl in der vorletzten Spalte der Zeile für Deutschland).

Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) ermittelt den Fortschritt der Elimination seit Jahren und veröffentlicht die Daten aller angeschlossenen 30 Länder des europäischen Wirtschaftsraums (EU plus Island und Norwegen). Diese Länderdaten wurden in der umseitigen Tabelle zusammengefasst dargestellt und um Daten der WHO für die Region Europa ergänzt. Die roten (fettgedruckten) Zahlen erfüllen die Vorgaben der WHO nicht.

Die 5 hellrot (grau) hinterlegten Länder haben für das Jahr 2017 von der WHO nicht den Status „eliminiert“ zuerkannt bekommen. Im vorläufigen Bericht der WHO für das Jahr 2018 sind weitere 4 Länder hinzugekommen, und ein Land hat den Nachweis der Unterbrechung der Zirkulation für 12 Monate erbracht. Deutschland hat unverändert den Status „endemisch“ – was vor allem bedeutet, dass der Nachweis nicht erbracht wurde.

Oft wird betont, dass für eine Elimination mindestens 95 Prozent der Bevölkerung zwei Masernimpfungen erhalten haben müssten. Diese Vorgabe erreichen aber nur 4 der 30 Länder.

Unter den anderen 26 Ländern sind viele, welche die Masern seit Jahren schon – nach WHO-Definition – eliminiert haben!

Das spricht für eine untergeordnete Rolle dieses Faktors (95 Prozent Zweimalgeimpfte) bei der Elimination. Im europäischen Schnitt erhalten 4,4 Prozent der Menschen zwischen 0 und 20 Jahren keine Masernimpfung. Deutschland steht hier mit vergleichsweise lediglich 2,9 Prozent *gut* da. Viele Länder mit Elimination haben *schlechtere* Impfraten als Deutschland.

Abbildung 4a: Übertragungskette eines Masernausbruchs

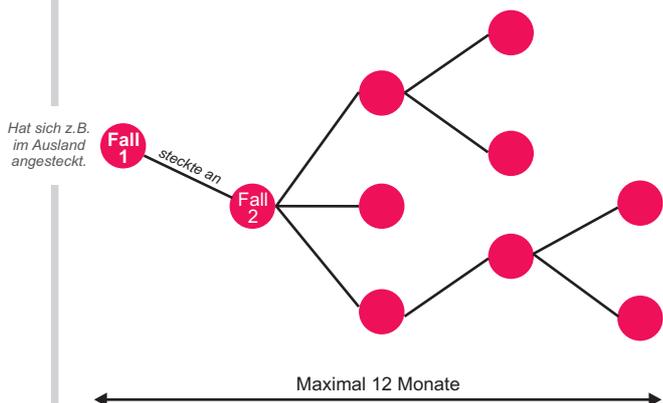
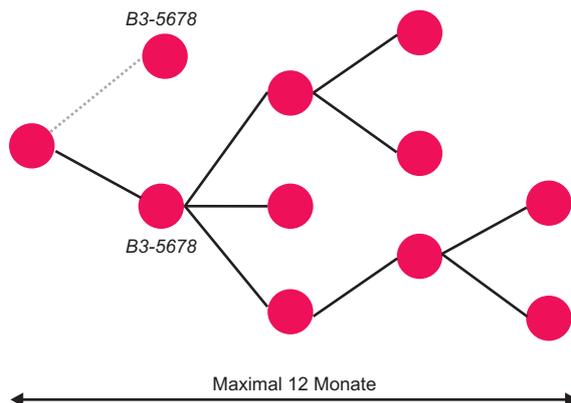


Abbildung 4b: Zuordnung eines einzelnen Masernfalls durch Feintypisierung*



	2018										2019									
	Fälle [1]	Bevölkerung (in Mio) [1]	jährliche Inzidenz (Fälle pro Mio) [1]	Durchschnittsalter (in Jahren) [1]	Anzahl Importierte Fälle (Anteil in %) [1]	Eliminationsstatus 2017 [1]	Eliminationsstatus 2018 [2]	2 Dosen mind. 95% [1]	Geschätzte Rate ungeimpft in % [1]	Inzidenz (Fälle pro Mio) [3]	Masernfälle	Todesfälle	Inzidenz (Fälle pro Mio) [3]	Masernfälle [3]	Todesfälle [3]	Vollständiger Bericht [3]	Rechtzeitiger Bericht [3]	Rate Labor [3]	Infektionsort bekannt [3]	Zeitgerechte Untersuchung [3]
Österreich	258	8,82	9	22	53 (20,5%)	24 Monate	eliminiert	nein	13,6	8,8	77	0	15,08	132	0	100%	100%	83%	99%	8%
Belgien	734	11,4	19,8	12	NA	endemisch	12 Monate	nein	7,3	10,44	120	0	31,4	361	0	100%	100%	-	-	-
Bulgarien	415	7,05	18,1	4	9 (2,2%)	eliminiert	eliminiert	nein	4,3	1,85	13	0	146,66	1032	0	100%	100%	96%	1%	100%
Kroatien	35	4,11	2,6	35	13 (37,1%)	eliminiert	eliminiert	nein	4,4	5,52	23	0	2,4	10	0	100%	100%	100%	90%	0%
Zypern	19	0,86	6,8	6	9 (47,4%)	eliminiert	eliminiert	nein	12,4	11,77	14	0	5,05	6	0	100%	100%	100%	100%	0%
Tschechische Republik	583	10,61	16,9	31	71 (12,2%)	eliminiert	wieder verloren	nein	2	20,42	217	0	52,89	562	0	100%	100%	94%	82%	0%
Dänemark	26	5,78	1,4	17	12 (46,2%)	eliminiert	eliminiert	nein	8,3	1,39	8	0	2,61	15	0	100%	100%	100%	93%	0%
Estland	24	1,32	5,6	37	13 (54,2%)	eliminiert	eliminiert	nein	5,5	7,65	10	0	18,37	24	0	100%	100%	100%	100%	100%
Finnland	35	5,51	2	26	18 (51,4%)	eliminiert	eliminiert	nein	0,7	2,71	15	0	1,44	8	0	83%	83%	100%	38%	0%
Frankreich	4.138	66,93	19	13	215 (5,2%)	endemisch	endemisch	nein	3,5	44,66	2913	3	31,1	2029	0	100%	100%	88%	86%	0%
Deutschland	2.093	82,79	7,8	16	216 (10,3%)	endemisch	endemisch	nein	2,9	6,59	542	0	5,26	433	0	100%	83%	93%	64%	0%
Griechenland	3.270	10,74	93,7	8	12 (0,4%)	eliminiert	wieder verloren	nein	1,8	196,82	2193	2	2,51	28	0	100%	100%	59%	100%	0%
Ungarn	61	9,78	1,9	29	19 (31,1%)	eliminiert	eliminiert	ja	1	1,44	14	0	2,27	22	0	100%	100%	100%	77%	100%
Island	11	0,35	9,7	27	4 (36,4%)	eliminiert	eliminiert	nein	7,8	0	0	0	20,72	7	0	100%	100%	100%	100%	100%
Irland	188	4,83	12	14	12 (6,4%)	eliminiert	eliminiert	nein	10,7	16,24	78	0	12,49	60	0	100%	100%	87%	65%	67%
Italien	9.277	60,48	47,2	26	164 (1,8%)	endemisch	endemisch	nein	10,6	45,3	2686	9	22,47	1332	1	100%	83%	93%	84%	0%
Lettland	25	1,93	4	26	9 (36,%)	eliminiert	eliminiert	nein	4,6	10,88	21	0	0,52	1	0	100%	100%	100%	100%	100%
Litauen	386	2,81	42,3	35	39 (10,1%)	eliminiert	eliminiert	nein	4,4	11,47	33	0	253,44	729	0	100%	83%	100%	100%	68%
Luxemburg	23	0,6	11,8	17	8 (34,8%)	eliminiert	eliminiert	nein	2,8	6,78	4	0	38,96	23	0	100%	100%	100%	96%	100%
Malta	8	0,48	5,2	33	4 (50,%)	eliminiert	eliminiert	nein	12,8	11,57	5	0	69,43	30	0	100%	100%	100%	100%	0%
Niederlande	58	17,18	1	26	25 (43,1%)	eliminiert	eliminiert	nein	4	1,4	24	0	2,4	41	0	100%	100%	75%	95%	0%
Norwegen	14	5,3	0,8	16	8 (57,1%)	eliminiert	eliminiert	nein	7,3	2,24	12	0	2,62	14	0	83%	67%	100%	93%	100%
Polen	1.056	37,98	8,6	22	160 (24,3%)	24 Monate	endemisch	nein	2,6	9,89	377	0	30,13	1148	0	100%	100%	-	-	-
Portugal	202	10,29	6	28	18 (8,9%)	eliminiert	eliminiert	ja	3,9	16,62	171	0	0,97	10	0	100%	100%	96%	50%	96%
Rumänien	17.850	19,53	281,2	4	53 (0,4%)	endemisch	endemisch	nein	2,3	111,85	2190	22	46,12	903	1	100%	100%	98%	100%	98%
Slowakei	721	5,44	40,8	7	23 (3,2%)	eliminiert	eliminiert	ja	1,8	104,96	572	0	55,05	300	0	100%	100%	100%	100%	100%
Slowenien	18	2,07	2,7	36	6 (33,3%)	eliminiert	eliminiert	nein	5,6	4,32	9	0	8,17	17	0	100%	100%	100%	94%	100%
Spanien	457	46,66	3	29	76 (16,6%)	eliminiert	eliminiert	nein	3	4,87	226	0	4,4	204	1	100%	100%	100%	85%	93%
Schweden	92	10,12	2,8	26	35 (38,%)	eliminiert	eliminiert	ja	2,9	3,81	38	0	1,7	17	0	100%	100%	100%	94%	0%
Vereinigtes Königreich	1.997	66,27	9,3	16	295 (14,8%)	eliminiert	wieder verloren	nein	4	14,32	953	0	7,35	489	0	100%	100%	100%	99%	2%
EU/EEA	44.074	518,02	26,2	10	599 (4,1%)				4,4											
WHO Region EUR										91,56	84462	74	97,56	89994	37	99%	92%	88%	76%	69%

Häufig wird die Anzahl der Masernfälle pro 1 Million Einwohner (sog. „Inzidenz“*) als notwendige Maßzahl für die Elimination genannt. Deutschland (82 Millionen Einwohner) dürfte also nicht mehr als 82 Masernfälle pro Jahr haben. Dieser Wert wurde seit Einführung der Meldepflicht für Masern kein einziges Mal erreicht. In der Tabelle fällt jedoch auf, dass im Jahr 2018 lediglich eines der 30 Länder (und im Jahr 2019 zwei) diesen niedrigen Wert erreicht haben. Viele der Länder mit Masernelimination liegen *weit darüber*. Auch diese Kennzahl scheint also auf die Elimination keinen nennenswerten Einfluss zu haben. Wohl deshalb hat die WHO seit letztem Jahr in dieser Spalte die rote Markierung für Werte oberhalb des Grenzwertes von 1 entfernt.

Deutschland steht mit 6,59 Fällen im Jahr 2018 und 5,26 Fällen im Jahr 2019 pro einer Million Einwohner (Inzidenz) im Vergleich mit den anderen Ländern wiederum *gut* da.

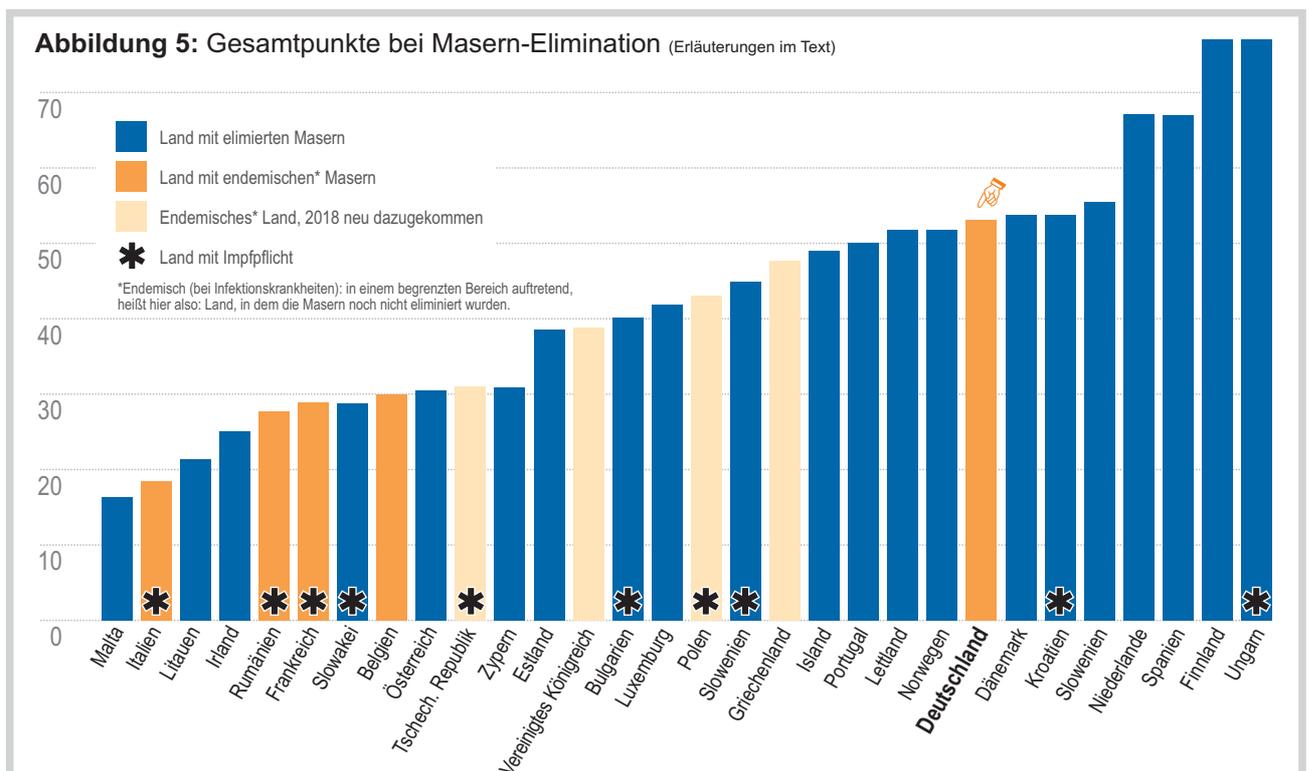
Es stellt sich also die Frage, wo Deutschland im Ländervergleich *wirklich* steht. Hierfür wurden alle 30 Länder jeweils für diese drei Kennzahlen (• Rate der nicht gegen Masern geimpften 0- bis 20-Jährigen, • Inzidenzen für 2018 und • 2019) aufsteigend sortiert – und Punkte vergeben. Der Schlechteste bekam einen Punkt, der Nächste zwei usw. Für jedes Land wurde die Summe aus den Punkten der drei Kennzahlen gebildet und in Abbildung 5 (unten) dargestellt. Je mehr Punkte ein Land hat, desto besser steht es im internationalen Vergleich da.

Die **Sternchen** bedeuten Länder mit Impfpflicht. Die blauen (dunklen) Balken repräsentieren Länder mit Elimination. Die orangefarbenen (helleren) Balken sind „endemische“ Länder (mit Masernzirkulation) 2017/2018. Der noch hellere Orange-ton bedeutet, dass diese Länder erst 2018 neu „endemisch“ wurden. Wie zu erwarten, sind am linken Bildrand, bei den niedrigen Punkteständen, vermehrt

die Länder angesiedelt, welche die Masern nicht eliminiert haben. Eine *Impfpflicht* (Länder mit Stern) hingegen scheint *kein* Garant für eine hohe Punktezah bzw. gute Kennzahlen zu sein, denn tatsächlich haben viele Länder ohne Impfpflicht bessere Werte als solche mit.

Deutschland liegt mit seiner hohen Punktzahl im oberen Drittel und stellt mit seinem orangefarbenen Balken sichtbar einen Ausreißer in diesem Feld dar. Es stellt sich daher die Frage, *warum* Deutschland den WHO-Status der Elimination bisher nicht erreicht hat, wo es doch eigentlich so gut dasteht. An den untersuchten Kennzahlen (hohe Impfraten und niedrige Inzidenzen) kann es nicht liegen.

Die für die Verifikation der Elimination zuständige Kommission der WHO für die Region Europa gibt allen Ländern jährlich eine Empfehlung mit Verbesserungsvorschlägen in ihrem Bericht mit. Italien und Frankreich bekommen regelmäßig Hinwei-



se, dass die Impfraten zu niedrig sind. Deutschland wurde jedoch bereits 2018 aufgefordert die *Masernüberwachung* zu verbessern: „Weitere Anstrengungen zur Identifizierung von Übertragungsketten anhand epidemiologischer Daten und Labordaten ... sind erforderlich“ (sinngemäße Übersetzung)¹³.

Auch in diesem Jahr bemängelt die WHO in ihrem Bericht 2019 erneut die *schlechten Nachweise bei den Übertragungsketten* für das Jahr 2018: „Die RVC* ist weiterhin besorgt über den Anteil nicht genotypisierter* Übertragungsketten (26) und die hohe Anzahl sporadischer Fälle (140). Die RVC* ist der Ansicht, dass weitere Anstrengungen erforderlich sind, um die Ermittlung von Fällen und Ausbrüchen zu verbessern und ein besseres Verständnis der Übertragungsketten zu ermöglichen“ (sinngemäße Übersetzung).¹⁴

Hiermit wird klar, welch großes Defizit die deutschen Gesundheitsbehörden bei ihren Aufgaben im Rahmen der *Nachweise* für die Elimination haben! Über ein Drittel (26 von 73) wurden nicht typisiert, so dass diesen Ausbrüchen auch keine weiteren Fälle zugeordnet werden können! Fast zwei Drittel (140 von 213) der Einzelfälle wurden ebenfalls nicht typisiert und konnten somit keinen Ausbrüchen zugeordnet werden!

Dieses Problem ist nicht neu. Bereits ein Jahr zuvor hatte die NAVKO* klar darauf hingewie-

sen, dass der im Jahr 2016 gelungene Nachweis (mit dem zuerkannten Status der Unterbrechung für 12 Monate) wegen fehlender Daten 2017 wieder verloren ging¹⁶. Hätten die deutschen Behörden also 2017 und 2018 einfach nur die von der WHO geforderten Typisierungen durchgeführt (was reine Verwaltungsarbeit ist), hätte Deutschland den Status der „Elimination“ mit höchster Wahrscheinlichkeit heute bereits zuerkannt bekommen – und eine *Impfpflicht bei Masern wäre hinfällig*.

Ein weiteres Problem besteht durch die sogenannten *Impfmasern*, die leicht mit den echten Masern verwechselt werden können und daher unnötigerweise die *Fallzahlen* im WHO-Bericht erhöhen! Bei jedem Masernfall, der kurz zuvor geimpft wurde, sollte also unbedingt ein Labortest gemacht werden, ob es sich um die *Impfviren* handelt. Im Jahr 2018 war von den gemeldeten 543 Masernfällen bei jedem Zehnten der Impfstatus unbekannt¹⁷, so dass auch kein Labortest auf Impfmasern angeordnet wurde.

Auch alle *importierten Masernfälle*, d.h. Masern, bei denen sich der Erkrankte im Ausland angesteckt hat, können von der Masernfallzahl, die an die WHO berichtet werden muss, abgezogen werden! Neben der Ermittlung des Ansteckungsortes wäre auch hier ein Labortest, der dann möglicherweise einen Feintyp aus dem Ausland nachweist, zwingend nötig.

Das RKI bietet allen Gesundheitsämtern die Durchführung eines Masernschnelltests an¹⁸. Es handelt sich dabei um einen leicht durchzuführenden Test, ein Rachenabstrich genügt. Innerhalb kurzer Zeit würde dem Gesundheitsamt für weitere Maßnahmen dann die Bestätigung vorliegen, ob es sich um Masern bzw. um Impfmasern handelt. Anschließend könnte das RKI die Feintypisierung durchführen.

Aufgrund der föderalistischen Strukturen in Deutschland – das Gesundheitswesen ist ausschließlich Ländersache – darf das RKI bei einem Masernausbruch nicht von sich aus tätig werden. Die Länderbehörden müssten das RKI um Hilfe bitten, was wohl selten geschieht.

Ganz offensichtlich liefern die lokalen Gesundheitsämter der NAVKO* (RKI) nicht im ausreichenden Umfang die für die Zertifizierung durch die WHO nötigen Daten! Für zu wenige Masernfälle liegen der Ursprung der Infektion bzw. die Feintypisierung vor. Mögliche Gründe sind fehlende finanzielle oder fehlende personelle Ressourcen bei den Gesundheitsämtern.

Es liegt der begründete Verdacht nahe, dass Deutschland die Masern längst eliminiert hätte, wenn die lokalen Gesundheitsbehörden die nötigen Daten in ausreichender Menge und Qualität liefern würden. Gesundheitsminister Spahn wäre gut beraten, statt einer Impfpflicht

Abb. 6: Masernfälle ¹⁵	Typ im Labor bestimmt	Nicht typisiert	Summe
Anzahl Ausbrüche/Übertragungsketten	47	26	73
Anzahl von Masernfällen, die einem Ausbruch zugeordnet wurden	128	202	330
Anzahl von Einzelfällen	73	140	213
Summe Masernfälle	201	342	543

*RVC: Abteilung der WHO zur Auswertung der Mitgliedsländerdaten und Zertifizierung der Maserneliminierung. Abkürzung für *regionale Verifizierungs-Kommission* (engl. Regional Verification Commission for Measles and Rubella Elimination).

*NAVKO: Nationale Verifizierungskommission für Masern/Röteln beim RKI.

*genotypisieren: Feststellen des Erbguts.

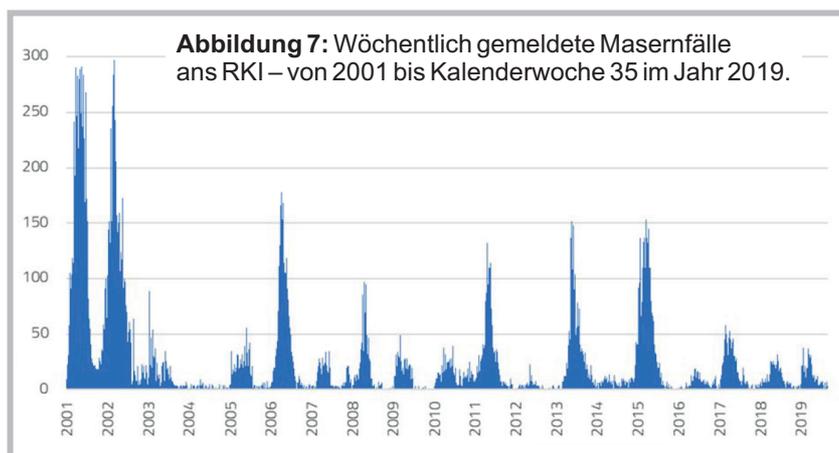
eine Analyse der Ursachen für die *Datenprobleme* in Auftrag zu geben, so dass die für die Elimination nötigen Voraussetzungen geschaffen werden können. Durch das Impfpflichtgesetz kommen umfangreiche neue Aufgaben auf die lokalen Gesundheitsämter zu. Die Engpässe in den Gesundheitsämtern dürften sich dadurch noch verschärfen und die Elimination noch weiter in die Ferne rücken. Es wirkt wie ein blinder Aktionismus, die wahren Ursachen für die bisher nicht erfolgte Elimination durch eine Impfpflicht kaschieren zu wollen.

Nehmen die Masern wirklich zu?

In den Massenmedien hört/liest man von einer Zunahme der Masern – in Deutschland und weltweit. Auch im Entwurf des Impfpflicht-Gesetzes (Masernschutzgesetz)¹⁹ wird dieses Argument gleich in der Einleitung im ersten Absatz angeführt: „2018 kam es weltweit zu einer Verdoppelung der Masernfallzahlen.“¹⁹ Zunächst irritiert einen hier, warum eine *deutsche* Impfpflicht mit *weltweiten* Masernzahlen begründet wird.

Die Antwort ist so logisch wie entlarvend: In Deutschland gibt es keine Zunahme!

Seit dem Jahr 2001 gibt es in Deutschland eine Meldepflicht für Masern. Das RKI stellt diese Meldedaten wöchentlich in der Datenbank *SurvStat* (engl. Abkürzung für *Surveillance Statistik*: Überwachungsstatistik) zur Verfügung. Die Grafik dieser wöchentlichen Meldedaten in Abbildung 7 beweist schon beim ersten Blick sehr eindrucksvoll, dass von einer Zunahme der Masern in Deutschland keine Rede sein kann.



Die Schwankungen im Laufe des Jahres sind typisch für die Masern und seit Langem bekannt. Meist liegt der Jahresgipfel am Ende des Winters oder zu Beginn des Frühlings. Als mögliche Ursachen werden die am Ende des Winters verbrauchten Vitaminspeicher (Vitamin A) und die niederen Vitamin-D-Spiegel genannt (bedingt durch den Winter mit weniger Sonneneinstrahlung). Da sich ein Vitamin-A-Mangel ungünstig auf den Verlauf der Masern auswirkt, empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation auch in Industrieländern, wenigstens bei schwereren Masernverläufen, eine zweimalige hochdosierte Vitamin A-Gabe zu Beginn der Erkrankung²⁰.

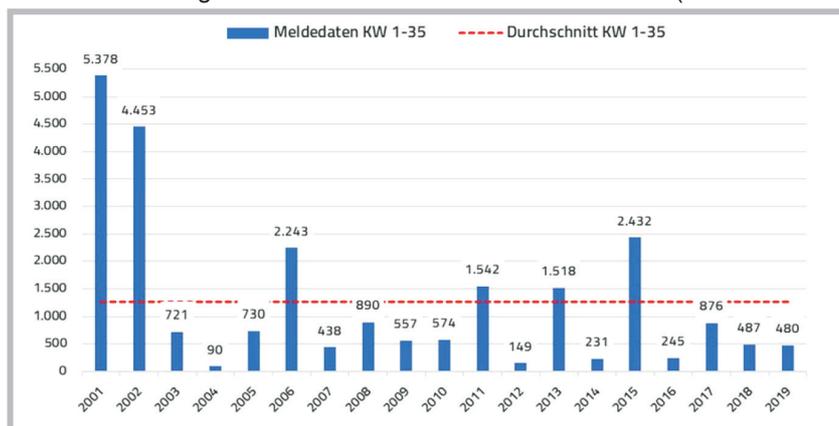
Ab und zu las oder liest man in den Massenmedien immer noch, dass dieses Jahr 2019 ein ganz besonders schlimmes Ma-

sernjahr sei. Auch hier können wir eine Grafik zu Rate ziehen: Bis zum Erstellungsdatum dieses Artikels wurden die Masernfälle der ersten 35 Kalenderwochen im Jahr 2019 veröffentlicht. Wir vergleichen folglich die Summe der ersten 35 Kalenderwochen aus allen Jahren seit 2001 und stellen sie in einer Grafik dar (Abb. 8). Die gestrichelte Linie stellt den Durchschnitt der Summe der ersten 35 Kalenderwochen von 2001 - 2019 dar.

Die Summe der in diesem Jahr bisher gemeldeten Masernfälle liegt also *unter* dem langjährigen Durchschnitt, ja bei sogar nur 38 Prozent. Es zeichnet sich ein eher mildes Masernjahr ab.

Die Schwankungen in der Grafik sind seit langer Zeit, und auch schon vor Einführung der Impfung, bekannt – und typisch für die Masern. Auf eher stärker-

Abb. 8: Summe gemeldeter Masernfälle der ersten 35 KW (2001 bis 2019)



re Masernjahre folgen schwächere und umgekehrt. Hierfür gibt es verschiedene Erklärungsansätze, der einleuchtendste geht davon aus, dass sich in schwächeren Jahren Menschen ohne Immunität ansammeln und die Masern dann überwiegend in den stärkeren Jahren durchmachen. Danach dauert es wieder eine Weile, bis sich genügend Menschen ohne Immunität ansammeln.

Wie gefährlich sind Masern?

Sind Masern so gefährlich, wie im Gesetzentwurf behauptet?

Zweifelsohne können Masern und die bakteriellen Folgeerkrankungen bei manchen Menschen einen schweren oder gar tödlichen Verlauf nehmen.

Jeder Todesfall ist tragisch. Die Maserntoten gegen die Impftoten aufzurechnen ist ethisch problematisch. Wir geraten damit in schwieriges Fahrwasser: „Wie viele Impftote wiegen einen Maserntoten auf?“ (und umgekehrt). Es ist dennoch wichtig, sich mit dem Masernrisiko zu beschäftigen, da die Schwere der Erkrankung eine der Begründungen im Gesetzentwurf darstellt: „Masern gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen. Sie verlaufen schwer und ziehen Komplikationen und Folgeerkrankungen nach sich. Eine Maserninfektion ist damit, anders als verbreitet angenommen, keine harmlose Krankheit. [...] Masern werden durch Viren ausgelöst und gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen. In vielen Fällen treten schwere Komplikationen, im schlimmsten Fall mit Todesfolge auf.“²¹ Um ein Gefühl für die Schwere der Erkrankung zu bekommen, wollen wir zu-

Masern (ICD10 B05)	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Gesamt	2	4	2	1	2	2	1	1	1	0	1	2	2	1	1	2	1	3	2	2
Durchschnittsalter	23	25	4	0	23	65	33	8	8	0	48	28	55	18	48	33	38	43	45	53
Unter 1 Jahr			1	1																
1 Jahr bis unter 5 Jahre		1																	1	
5 bis unter 10 Jahre	1		1		1				1	1										
10 bis unter 15 Jahre		1										1				1				
15 bis unter 20 Jahre													1							1
20 bis unter 25 Jahre			1																	
25 bis unter 30 Jahre																				
30 bis unter 35 Jahre							1													
35 bis unter 40 Jahre	1				1	1							1					1		1
40 bis unter 45 Jahre												1								
45 bis unter 50 Jahre											1				1					
50 bis unter 55 Jahre																1				
55 bis unter 60 Jahre																			1	
60 bis unter 65 Jahre		1																		
65 bis unter 70 Jahre																			1	1
70 bis unter 75 Jahre													1							1
75 bis unter 80 Jahre																				
80 bis unter 85 Jahre																				
85 bis unter 90 Jahre																				
90 Jahre und älter						1														

Sterbefälle Masern (ICD10 B05). Die Tabelle wurde am 28.08.2019 22:17 Uhr unter www.gbe-bund.de erstellt.

Abbildung 9a: Masern-Sterbefälle aus der Todesursachenstatistik

nächst die Todesfallzahlen aus zwei verschiedenen Tabellen betrachten: Masern-Todesfälle und SSPE-Todesfälle (Abb. 9a und 9b). SSPE ist eine erst Jahre später auftretende schwere und immer tödliche Hirnerkrankung. Welche Ursachen letztlich eine SSPE auslösen, ist nicht bekannt. Es handelt sich um ein sehr seltenes Ereignis.

In beiden Tabellen fällt auf, dass das Durchschnittsalter der Todesfälle im mittleren Erwachsenenalter liegt. Bei Masern deckt sich das mit den generellen Beobachtungen, dass die Erkrankung im Erwachsenenalter mit mehr Komplikationen einhergehen kann als im Kindesalter. Allerdings scheinen auch hier (wie auch bei fast allen anderen Infektionskrankheiten) chronische Grunderkrankungen das Risiko zu erhöhen. Diese Differenzierung ist bei der Todesursachenstatistik nicht mög-

lich, weil es dazu keine Angaben gibt. Die SSPE tritt in seltenen Fällen Jahre nach einer Maserninfektion in den ersten Lebensjahren auf. Das hohe Durchschnittsalter der SSPE-Todesfälle ist nicht erklärbar und wirft deshalb Fragen auf.

Wenn man jedoch sämtliche Todesfallzahlen aus den beiden Tabellen zusammenzählt und den Jahresdurchschnitt bildet, sterben jährlich ca. 5 Menschen aus allen Altersgruppen an den Folgen von Masern. Um diese Kennzahl besser einordnen zu können, bieten sich Vergleiche mit anderen Lebensrisiken an:

Krankenhausinfektionen (im Krankenhaus erworbene, meist bakterielle Infektionen) sind in Deutschland nicht meldepflichtig. Man schätzt, dass es jährlich ungefähr 400.000 bis 600.000 Infektionen und rund 10.000 bis 15.000 Todesfälle gibt.²²

Abbildung 9b: SSPE*-Sterbefälle aus der Todesursachenstatistik

SSPE (ICD10 A81.1)	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Gesamt	3	3	4	6	3	5	2	5	5	5	5	5	2	2	3	3	3	1	4	6
Durchschnittsalter	56	39	29	28	49	35	13	46	24	33	61	46	25	50	39	26	41	78	50	44
Unter 1 Jahr																				
1 Jahr bis unter 5 Jahre			1						1											
5 bis unter 10 Jahre			1	1			1	1			1		1		1					1
10 bis unter 15 Jahre			2	1	1				3	3		1								
15 bis unter 20 Jahre							1						1			2	1			
20 bis unter 25 Jahre		1		1		2									1		1			
25 bis unter 30 Jahre	1	1						1					1							2
30 bis unter 35 Jahre								1		1										1
35 bis unter 40 Jahre						1							1							
40 bis unter 45 Jahre				1	1									1		1				1
45 bis unter 50 Jahre					1	1						1								
50 bis unter 55 Jahre																				
55 bis unter 60 Jahre																				
60 bis unter 65 Jahre	1														1					
65 bis unter 70 Jahre		1																		1
70 bis unter 75 Jahre																				
75 bis unter 80 Jahre	1							1	1											1
80 bis unter 85 Jahre				1	1				1				1		1			1		1
85 bis unter 90 Jahre					1								1		1					
90 Jahre und älter											1	1								1

Sterbefälle SSPE (ICD10 A81.1). Die Tabelle wurde am 28.08.2019 22:17 Uhr unter www.gbe-bund.de erstellt.

In den ersten 5 Lebensjahren sterben im Schnitt 150 Kinder jährlich durch Unfälle (Straßenverkehr, häusliche Unfälle). 37 Kinder zwischen 0 und 5 Jahren ertrinken jedes Jahr!

Vor diesem Hintergrund ist das Aufbauschen der Masern schlecht nachvollziehbar.

Zusätzlich zur Todesursachenstatistik steht uns die Statistik der Krankenhausdiagnosen für die Beurteilung der Schwere von Masern zur Verfügung.

Im Jahr 2017 wurden z.B. 924 Masernfälle gemeldet. 422 Fälle wurden im Krankenhaus behandelt, davon annähernd die Hälfte ohne Komplikationen (209 Fälle). Viele Masernfälle werden also ohne erkennbare Notwendigkeit ins Krankenhaus eingewiesen. Normal verlaufende Masern können unter (haus-)ärztlicher Begleitung gut zu Hause auskuriert werden.

Eine mögliche Ursache für die hohe Rate an Krankenhauseinweisungen könnte die unverhältnismäßige Panikmache in den Medien sein, wegen der Menschen bei Masern dann lieber ins Krankenhaus gehen. Wegen des oben beschriebenen

zusätzlichen Infektionsrisikos im Krankenhaus, ist diese Entwicklung problematisch.

Die Aussagen im Gesetzentwurf wirken vor diesen Hintergrund übertrieben und polemisch, wenngleich natürlich jeder Todes- oder schwere Erkrankungsfall problematisch ist.

Sind Kinder wirklich das Problem bei den Masern?

Wie geschildert, haben Erwachsene ein höheres Risiko für Komplikationen bei Masern als Kinder. Aus diesem Grund ist die Altersstruktur der gemeldeten Masernfälle von Interesse.

Vor der Einführung der Massenimpfungen waren Erwachsenenmasern selten, da nahezu alle Kinder die Masern bis zum Alter von 10 Jahren durchgemacht hatten. Durch die allmähliche Einführung der Massenimpfungen ab den 1980er Jahren in Deutschland kam es zunehmend zu Immunitätslücken bei Erwachsenen. Viele Erwachsene wurden in der Kindheit nicht gegen Masern geimpft und hatten aber auch keine ech-

ten Masern durchgemacht. Aus diesem Grund empfahl die STIKO im Jahr 2010 für alle nach 1970 geborenen Erwachsenen, die entweder ungeimpft sind, oder deren Impfstatus unklar ist, die keine oder nur eine Impfung in der Kindheit hatten, eine MMR-Impfung. Diese Empfehlung ist jedoch der überwiegenden Mehrheit der betroffenen Erwachsenen völlig unbekannt, wie aus einer Umfrage aus dem Jahr 2016 hervorgeht:

„1970 oder später Geborene, die nicht ausreichend gegen eine Masernerkrankung geschützt sind oder deren Immunstatus unklar ist, wurden gefragt, aus welchen Gründen sie sich bisher nicht gegen Masern haben impfen lassen. Wissensdefizite spielen hier eine große Rolle: Die Mehrheit der Befragten gibt an, dass sie niemand auf die Notwendigkeit einer Impfung hingewiesen hat (61 %). Etwa jeder Fünfte (jeweils 18 %) geht davon aus, nicht zu einer Gruppe zu gehören, für die eine Impfung gegen Masern empfohlen wird, oder begründet die nicht erfolgte Masernimpfung mit der Angst vor Nebenwirkungen.“²³

***SSPE**: Schwere Gehirnentzündung mit in der Regel tödlichem Verlauf. SSPE gilt schulmedizinisch als Langzeitfolge einer Masernerkrankung im Säuglingsalter. Zu der entsprechenden Diagnose gehört ein Maserngeschehen im Säuglingsalter und der Nachweis des Masernvirus im Gehirnwasser. Aus schulmedizinischer Sicht kann eine SSPE Monate bis Jahre nach der Masernerkrankung auftreten. Andere medizinische Schulen machen allerdings andere Ursachen für die Erkrankung verantwortlich. (Abkürzung für „subakute sklerosierende Panenzephalitis“; subakut: mäßig schnell oder relativ plötzlich auftretend; sklerosierend: mit krankhafter Verhärtung einhergehend durch Vermehrung von Bindegewebe; pan: ganz, gänzlich, sämtlich, alles betreffend; enzephalitis: gr. encephalon: Gehirn – und Endung -itis für entzündliche Erkrankungen.)

Abbildung 10: Masern – Krankenhausdiagnosen und Meldedefälle

Die rote Linie 10 zeigt die gemeldeten Masernfälle (SurvStat) im Vergleich zu den Säulen mit Krankenhausdiagnosen (gbe-bund.de). Der untere Säulenbereich (blau) zeigt die Masernfälle im Krankenhaus mit Komplikation (z.B. Lungenentzündung), der obere Säulenbereich (grün) die Masernfälle im Krankenhaus ohne Komplikation,



Damit liegen sinnvolle Maßnahmen für die Erwachsenen in der empfohlenen Altersgruppe auf der Hand: Aufklärung.

Wie viele Erwachsene bekommen bei uns in Deutschland nun die Masern? Sind Masern nach wie vor eine Kinderkrankheit, so dass eine Impfpflicht für Kinder vernünftig und logisch ist? Seit letztem Jahr sind *über die Hälfte* aller gemeldeten Masernfälle *Erwachsene*. Tendenz steigend (Abb. 11). Die Krankheit verschiebt sich also zunehmend in höhere Lebensalter, was wegen des höheren Komplikationsrisikos ungünstig ist.

Immer mehr Kinderärzte gehen dazu über, ungeimpfte Kinder aus ihrer Praxis zu verbannen. Diese seien eine Gefahr für andere Kinder, vor allem für noch ungeimpfte Säuglinge. Da jedoch überwiegend Erwachsene an Masern erkranken, müssten die Kinderärzte eigentlich auch alle ungeimpften Begleitpersonen aus der Praxis werfen.

Zusammengefasst: Weit mehr als die Hälfte der Masernfälle sind Erwachsene. Der Anteil der Erwachsenen unter den gemeldeten Masernfällen nimmt von Jahr zu Jahr zu. Zwei Drittel der Erwachsenen wissen nicht, dass für sie eine Impfung emp-

fohlen ist. *Aus diesen Gründen müsste es logischerweise statt einer Impfpflicht für Kinder umfangreiche Aufklärungskampagnen für Erwachsene geben!*

Was könnten die möglichen wahren Hintergründe sein?

Das Impfpflicht-Gesetz ist also unnötig! Die eigentlichen Probleme liegen im Versagen der Gesundheitsbehörden beim Liefern der Daten für den WHO-Bericht. Es stellt sich also die Frage, was dann die *eigentlichen* Ursachen sein könnten, warum unser Gesundheitsminister dieses Gesetz vorantreibt.

Jens Spahn wurde schon mehrfach als Kanzlerkandidat gehandelt und hat für den Parteivorsitz kandidiert. Er möchte offenbar schnell Karriere machen²⁴: „Zukunft braucht Ungeduld, braucht Tatendrang.“²⁵ Hierfür hat er sich wohl das Ziel gesetzt, in kürzester Zeit eine maximale Anzahl an Gesetzen durchzubringen. Das eventuelle baldige Ende der großen Koalition könnte eine zusätzliche Erklärung für seine Eile (16 Gesetze in 16 Monaten Amtszeit) liefern²⁶.

Die Unterstützer aus der Industrie sind dem Lobbyisten Spahn sicher.^{27,28,29} Er hat sich wegen des Mehrbedarfs durch die Impf-

pflicht bereits frühzeitig mit Impfstoffherstellern beraten. Man werde weitere Produktionskapazitäten für die 3- und 4-fach-Kombi-Impfstoffe mit Masernkomponente aufbauen³⁰.

Die Gesundheitsbehörden hätten eine unbequeme Zeit vor sich, wenn Spahn die dort offensichtlich dringend nötigen Strukturänderungen mit der gleichen Entschlossenheit durchziehen würde. Das würde erklären, warum er von seinen Leuten aus seinem Ministerium wenig Gegenwind kommt.

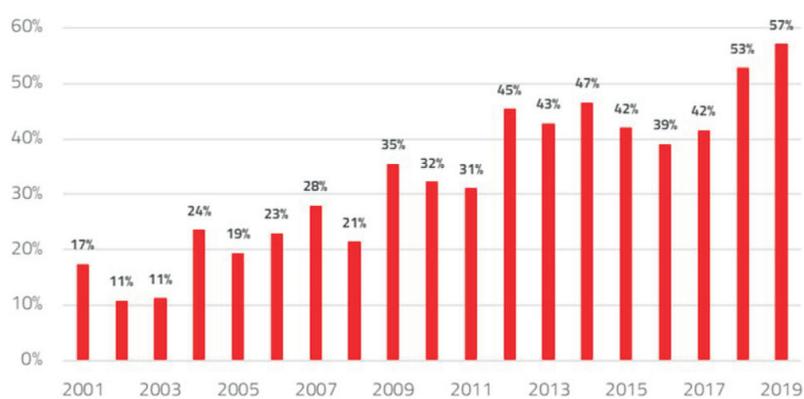
Was können wir tun?

Das größte Problem stellen derzeit *falsche Fakten* dar. Durch raffinierte und teils von langer Hand geplante Manipulation der Öffentlichkeit auf Basis dieser falschen Fakten geraten jetzt tragischerweise unsere Grundrechte in Gefahr. Es liegt daher auf der Hand, dass unsere derzeit wichtigste Aufgabe ist, die korrekten Fakten zu verbreiten. Sei es im nahen Umfeld oder bei Politikern und Journalisten.

Dabei gilt es darauf zu achten, dass man sich nicht zu einer Diskussion pro und contra Impfen verleiten lässt. Das ist ein „Nebenkriegsschauplatz“, der aber aus strategischen Gründen gezielt in den Fokus gerückt wird.

Jeder, der die Impfpflicht kritisch sieht, wird automatisch zu einem Impfgegner erklärt. Das ist jedoch fachlich falsch und daher unzulässig. Ein Sechstel aller Eltern (17 Prozent), die Impfungen grundsätzlich positiv sehen, lassen manche Impfungen bei ihrem Kind bewusst später durchführen³¹. Es gibt also eine große Anzahl von Eltern, die Impfungen an sich gutheißen, gegen eine Impfpflicht aber Vor-

Abb. 11: Prozentualer Anteil der Erwachsenen an Masernfällen



behalte haben sollten, da ihr Recht auf eine selbstbestimmte verantwortungsvolle Impfscheidung dadurch beschnitten wird. Voraussetzung wäre gerade bei diesen Eltern, dass sie die echten Fakten kennen.

Neben der Verbreitung der echten Fakten ist daher die zweite wichtige Aufgabe, zu zeigen, dass wir *viele* sind. Wenn das Gesetz nämlich beschlossen wird, werden wir mit Entschlossenheit Verfassungsbeschwerden erheben. Das Bundesverfassungsgericht wird in seine Bewertung die Fragestellung, ob es sich bei diesem Thema um einzelne Außenseiter oder um viele vernünftige Menschen handelt, einfließen lassen. Aus diesem Grund wurde der Verein „Initiative freie Impfscheidung“ ins Leben gerufen (siehe Kasten).

Sobald diese Initiative als gemeinnütziger Verein eingetragen ist, werden wir Mitglieder aufnehmen. Schon derzeit gibt es einen Newsletter, in den man sich eintragen kann, um zeitnah zu allen Themen rund um den Verein und die drohende Impfpflicht informiert zu werden³². Der Verein arbeitet eng mit dem Verein „Ärzte für individuelle



Ein Interview mit der Autorin Angelika Müller findet sich auf www.seitmutig.tv

Impfscheidung e.V.“ zusammen. Das vom Ärzteverein beauftragte Verfassungsgutachten durch Prof. Stephan Rixen aus Bayreuth wird die Grundlage für eventuell nötige Verfassungsbeschwerden durch Betroffene bilden. Dabei wird die „Initiative freie Impfscheidung“ eng mit Prof. Rixen zusammenarbeiten.

Ein persönliches Wort zum Schluss

Es ist erschütternd, wie mühe-los ein Minister auf der Basis von komplett falschen Fakten ein derartiges Gesetz durchdrückt. Die Politik verspielt hier

das restliche Vertrauen ihrer Bürger. Wir müssen damit rechnen, dass dieses Impfpflichtgesetz den Weg für weitere tiefe Eingriffe in unsere Grundrechte bahnt. Über das Versagen der Massenmedien als eigentlich sogar in der Verfassung geschützte letzte Kontrollinstanz unserer Demokratie, brauchen wir keine weiteren Worte oder Gedanken zu verlieren.

Es ist an uns Bürgern aufzuste-hen, Gesicht zu zeigen und für unsere Rechte aktiv einzuste-hen. Eine Alternative gibt es nicht. Das muss uns klar sein.

Wehren wir uns!

Weitere Informationen/Newsletter: initiative-freie-impfscheidung.de

01) <http://www.vacmap.de/> · 02) <https://www.slaek.de/de/03/impfen.php>
03) Epidemiologisches Bulletin RKI, 18/2019, 2018 bis 2009 jeweils Nummer 16 · 04) Epidemiologisches Bulletin RKI, 16/2016
05) „Durchimpfung von Kindern und Jugendlichen in D.: Aktuelle Daten aus KiGGS Welle 2 und Trends aus der KiGGS-Studie“, Feb. 2019, DOI 10.1007/s00103-019-02901-5
06) Persönliche Korrespondenz per E-Mail am 14./15.08.2019
07) „Impfnebenwirkungen bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys“, Februar 2011, DOI 10.1007/s00103-010-1234-5
08) https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Bedeutung/Schutzimpfungen_20_Einwaende.html,
09) https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/MMR/FAQ-Liste_Masern_Impfen.html
10) ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/RRA-Measles-EU-EEA-May-2019.pdf · 11) ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/RRA-Measles-EU-EEA-May-2019.pdf
12) <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Scheduler/ByDisease?SelectedDiseaseId=8&SelectedCountryIdByDisease=-1>
13) http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/378926/7th-RVC-Meeting-Report-FINAL.pdf?ua=1
14) https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/Jahrbuch_2018.pdf?__blob=publicationFile
15) https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/NAVKO/Berichte/Bericht_2018_en.pdf?__blob=publicationFile
16) https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/NAVKO/Berichte/Bericht_2017_de.pdf?__blob=publicationFile
17) https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/Jahrbuch_2018.pdf?__blob=publicationFile
18) https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2017/Ausgaben/22_17.pdf?__blob=publicationFile
19) https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/M/Masernschutzgesetz_Kabinett.pdf
20) <https://www.who.int/wer/2009/wer8435.pdf>
21) https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/M/Masernschutzgesetz_Kabinett.pdf
22) http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Nosokomiale_Infektionen/H_Berichte/Artikel_Noso_NRZ.pdf?__blob=publicationFile
23) https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/infektionsschutzstudie_2016--f4f414f596989cf814a77a03d45df8a1.pdf
24) <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2019/08/29/kein-bedarf-an-masern-monoimpfstoffen/chapter:2>
25) <https://www.aerzteblatt.de/archiv/205986/Ein-Jahr-Jens-Spahn-Aufmischer-der-Gesundheitspolitik>
26) <https://www.aerzteblatt.de/archiv/205931/Jens-Spahn-Sei-niemals-die-Nr-2>
27) <https://www.transparency.de/aktuelles/detail/article/spahn-ernennt-pharmalobbyisten-zum-chef-einer-gesellschaft-mit-sensiblen-elektronischen-patientendat/>
28) https://www.sr.de/sr/home/nachrichten/politik_wirtschaft/altmaier_kohlpharma100.html
29) https://www.focus.de/finanzen/news/millionen-fuer-apotheker-spahn-trifft-sich-elfmal-mit-lobbyisten-heraus-kommt-ein-teurer-gesetzesvorschlag_id_10209872.html
30) <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2019/08/29/kein-bedarf-an-masern-monoimpfstoffen/chapter:2>
31) https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/infektionsschutzstudie_2016--f4f414f596989cf814a77a03d45df8a1.pdf
32) <https://initiative-freie-impfscheidung.de>

QUELLEN

KENT-DEPESCHE

mehr wissen - besser leben

Download: kent-depesche.center · Verlag/Shop: sabinehinz.de

Sabine Hinz Verlag
Henriettenstraße 2
73230 Kirchheim/Teck

(Fax: 07021 - 737 910)

Name _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Tel. / Mobil _____

Fax _____

E-Mail / Internet _____



Datum, Unterschrift für Ihre Bestellung

Ich möchte die Depesche regelmäßig haben

Plus zusätzlichem
E-Mail-Versand (PDF) ↓

- | | | | |
|--|-------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Monatsbezug* von „mehr wissen - besser leben“, alle 14 Tage neu | 8,00 | <input type="checkbox"/> | 8,40 |
| <input type="checkbox"/> Quartalsbezug* von „mehr wissen - besser leben“, 6 Hefte im Quartal | 24,00 | <input type="checkbox"/> | 25,20 |
| <input type="checkbox"/> Jahresbezug von „mehr wissen - besser leben“, 24 Hefte im Jahr | 94,00 | <input type="checkbox"/> | 98,80 |

*Monatsbezug nur per Lastschriftverfahren. Quartalsbezug und Jahresbezug per Rechnung.
Wenn Sie die Depesche erstmalig beziehen möchten, können Sie auch den vergünstigten Kennenlernbezug wählen (unten).

Angebote, Vertiefendes und Ergänzendes

€

GROSSE VERTEIL-AKTION

Bitte schicken Sie mir folgendes Set der vorliegenden Depesche – zum Verschenken, Verteilen bei Veranstaltungen, Demonstrationen, Stammtischen oder Vorträgen, zum Versand an Abgeordnete, Ärzte, Behörden, Journalisten, zur kostenfreien Weitergabe an Freunde, Bekannte, Verwandte ...

- 12 Stück, DIN A4, schwarz-weiß, Set, zusammen € 6,25
- 25 Stück, DIN A5, schwarz-weiß, Set, zusammen € 6,25
- 10 Stück, DIN A4, Farbdruck, Set, zusammen € 20,00
- 10 Stück, DIN A5, Farbdruck, Set, zusammen € 10,00

Jeweils zuzüglich € 2,10 Porto/Versand

Sie können gerne auch größere Stückzahlen erhalten. Sprechen Sie diese dann bitte mit dem Verlag kurz telefonisch ab.

Themenheft „IMPFFEN – kritisch hinterfragt“

Impfungen haben die großen Seuchen ausgerottet, sie gehören zu den sichersten und wirksamsten Methoden der modernen Medizin und sind fast nebenwirkungsfrei, so heißt es seitens der Behörden, der Massenmedien, der Medizin und der Impfstoffhersteller. Doch stimmt das auch? Dieses Themenheft präsentiert die **Fakten**: Ungeimpfte sind gesünder – das ergab die Auswertung der größten Gesundheitsstudie „KiGGs“. Außerdem: Zusammenhang Impfen und Autismus. Wenn Impfnebenwirkungen als Kindesmisshandlung fehlgedeutet werden! Warum Aluminium in Impfstoffen so gefährlich ist. Inhaltsstoffe von Impfstoffen: Quecksilber, Formaldehyd, Gentechnik, Nanopartikel & Co. Impfstoffherstellung: Was nicht im Beipackzettel steht. Großer Artikel (24 Seiten) zu Masern, Masernimpfstoffen und Kombi-Impfstoffen. Warum die Masernhysterie? Warum auch Geimpfte ansteckend sein können. Psychiatrische Nebenwirkungen von Impfungen. HPV-Impfung (Gebärmutterhalskrebs), Grippe-Impfung, Zecken-Impfung (FSME) sowie Haustierimpfungen kritisch betrachtet.

120 Seiten, A4, s/w, Offsetdruck, Farbcover, fest gebunden, € 12,50



Bitte schicken Sie mir außerdem:

€

zuzüglich Porto

SEPA-Lastschriftmandat (vormals „Einzugsermächtigung“)

Hiermit ermächtige ich den Sabine Hinz Verlag, Henriettenstr. 2, 73230 Kirchheim, von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sabine Hinz Verlag auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname _____ Straße und Hausnummer _____ PLZ und Ort _____

Kreditinstitut (Name und BIC) _____ DE _____ | _____ | _____ | _____ | _____
IBAN _____

(Datum und Unterschrift)