



## 1. Grundlegende Bewertung des Gesetzentwurfs

Zu einem Zeitpunkt, an dem internationale Studien und auch die WHO auf die dringende Notwendigkeit hinweisen, **Vertrauen in Impfungen und Impfstrategien** zu erhalten, zu stärken und wieder herzustellen (Wellcome 2018<sup>1</sup>), begründet der zuständige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn eine de facto Impfpflicht für deutsche Kinder und Teile der erwachsenen Bevölkerung mit Behauptungen, die – vergleicht man sie mit den offiziellen Zahlen z.B. des Robert Koch Instituts – leicht als falsch erkannt werden. So finden sich in den öffentlichen Begründungen und Stellungnahmen des Bundesgesundheitsministeriums (BMG)/des Bundesgesundheitsministers folgende, als für die Gesetzesinitiative zentral dargestellte Behauptungen:

- es erkrankten in Deutschland „*immer mehr Kinder*“ an Masern (BMG 2019<sup>2</sup>)
- es gäbe eine „*fortschreitende Impfmüdigkeit*“ (ZEIT 2019<sup>3</sup>)
- es läge an den zu niedrigen Impfquoten, dass Deutschland das Ziel der Masernelimination nicht erreicht (im Gesetzentwurf).
- die bisherigen Maßnahmen zu Erhöhung der Durchimpfungsraten griffen nicht und daher sei eine Impfpflicht alternativlos (im Gesetzentwurf)

Wir weisen im Folgenden unter Verweis auf führende Fachleute und offizielle Behördenveröffentlichungen nach, dass

- in Deutschland keinesfalls immer mehr Menschen, und schon gar nicht immer mehr Kinder an Masern erkranken
- die Impfmüdigkeit keinesfalls zunimmt, die Impfquoten vielmehr steigen oder auf hohem Niveau stabil sind
- die bisher schon ergriffenen Maßnahmen zum Steigern der ohnehin hohen Impfquoten also sehr wohl greifen, obwohl sie in der Vergangenheit nicht konsequent genug umgesetzt wurden
- es nach Ansicht aller führenden Fachleute zahlreiche wissenschaftlich besser begründete Maßnahmen als Alternativen zu einer Impfpflicht gäbe
- das Verfehlen der Masernelimination nicht primär von den Durchimpfungsraten abhängt, sondern maßgeblich andere Gründe hat

Dass das Masernschutzgesetz einen **Eingriff in zentrale Grundrechte** darstellt (z.B. in das auf körperliche Unversehrtheit und das elterliche Erziehungsrecht) steht außer Frage und wird auch vom Gesetzentwurf nicht bestritten – damit stellt sich zwangsläufig die Frage nach seiner **Verhältnismäßigkeit**.

Dieser Gesetzentwurf, der, im Gegensatz zu den Empfehlungen der Experten, jeder Evidenz entbehrt, ist jedoch zum Erreichen des selbstgesteckten Ziels – der Erhöhung der Durchimpfungsraten und Verminderung der Masernfallzahlen – wie wir zeigen werden **nicht geeignet**.

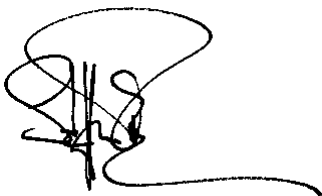
Angesichts der seit Jahren in Deutschland langsam, aber kontinuierlich steigenden Durchimpfungsraten gerade bei der Masernimpfung und des Fehlens einer echten epidemiologischen Bedrohungssituation, ist das Masernschutzgesetz – im Widerspruch zu den öffentlichen Behauptungen Jens Spahns, aber wiederum in Übereinstimmung mit der Expertise aller entsprechenden Fachleute (z.B. auch denen des Robert Koch Instituts (RKI)) – daher wie wir im Detail aufzeigen werden **nicht erforderlich**.

Vor allem aber ist es angesichts der auf freiwilliger Basis erreichten hohen Durchimpfungsraten sicher **nicht angemessen**. Zahlreiche medizinische Experten werden nicht müde zu betonen, welche Vielzahl von (im Gegensatz zu einer Impfpflicht evidenzbasierten) Alternativen es gibt, die selbstgesteckten Ziele höherer Durchimpfungsraten, sinkender Erkrankungszahlen und damit einer Masernelimination zu erreichen – allesamt ohne jeden Konflikt mit den Grundrechten und daher im Gegensatz zum vorliegenden Gesetzentwurf sicher verfassungsgemäß. Alle diese Maßnahmen wurden, um mit dem ehemaligen Vorsitzenden der STIKO, Jan Leidel, zu sprechen, „*bisher [...] nicht oder allenfalls halbherzig umgesetzt*“. Namhafte Verfassungsjuristen sprechen einer flächendeckenden Impfpflicht (wie sie die Impfpflicht für alle KiTa-Kinder zweifellos ist) ebenfalls die geforderte Angemessenheit ab (Trapp 2015<sup>4</sup>).

Und: eine Gesetzesinitiative, die so erkennbar mit Falschbehauptungen arbeitet und darüber hinaus Zwangsszenarien beinhaltet, zerstört das von allen Fachleuten und auch der WHO als so zentral angesehene Vertrauen in Impfungen.

Wir fordern daher in der Gesamtbewertung eine Rücknahme der impfverpflichtenden Anteile des Gesetzesvorhabens und eine stärkere, umfassendere und konsequentere Verfolgung der vom Robert Koch Institut und anderen Fachleuten empfohlenen Maßnahmen zur Erhöhung der Durchimpfungsraten und Verbesserung der Masern-Erfassung und -Überwachung (*Surveillance*).

**Zwang ist beim Impfen der falsche Weg – Deutschland braucht keine Impfpflicht!**



Dr. med. Steffen Rabe

für den Verein „Ärzte für individuelle Impfentscheidung e.V.“

Der Verein „Ärzte für individuelle Impfentscheidung e. V.“ ist eine gemeinnützige Organisation von Ärztinnen und Ärzten, die Schutzimpfungen grundsätzlich als einen Bestandteil ärztlicher Vorsorge ansehen. Sie fordern den Erhalt einer freien, individuellen und verantwortungsvollen Impfentscheidung nach differenzierter, umfassender und ergebnisoffener Beratung. Die Mitglieder sehen sich der Ottawa-Charta verpflichtet: „*Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.*“ (WHO 1986<sup>5</sup>)

## 2. Vorbemerkung

Als ärztlicher Verein werden wir uns im Folgenden primär mit den medizinischen Aspekten des Gesetzentwurfs auseinandersetzen.

Obwohl wir angesichts der mit dem Masernschutzgesetz verbundenen substantiellen Eingriffe in zentrale Grundrechte unserer Verfassung (v.a. Artikel 2 und 6) umfassende juristische Bedenken und Zweifel bezüglich der Verfassungsmäßigkeit des Gesetzentwurfes hegen, werden wir diese in unserer Stellungnahme nicht eigens thematisieren.

Sie sind die Grundlage für ein von uns parallel zu dieser medizinischen Stellungnahme in Auftrag gegebenes juristisches Gutachten durch einen der bei dieser Thematik führenden Verfassungsrechtler Deutschlands.

Die Prüfung des Gesetzentwurfs auf seine Verfassungsmäßigkeit wird angesichts der Schwere der Grundrechtseingriffe vor allem die Frage ihrer Verhältnismäßigkeit prüfen müssen – hierfür sind die von uns im Folgenden dargelegten Kritikpunkte von essentieller Bedeutung.

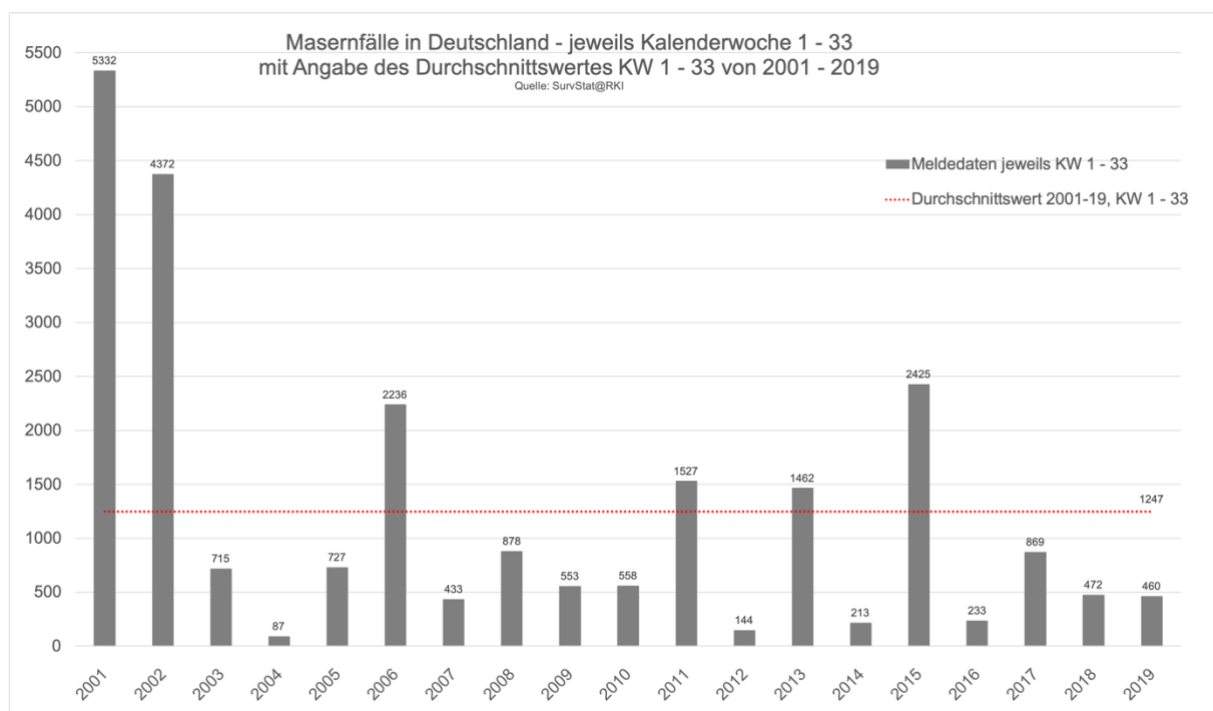
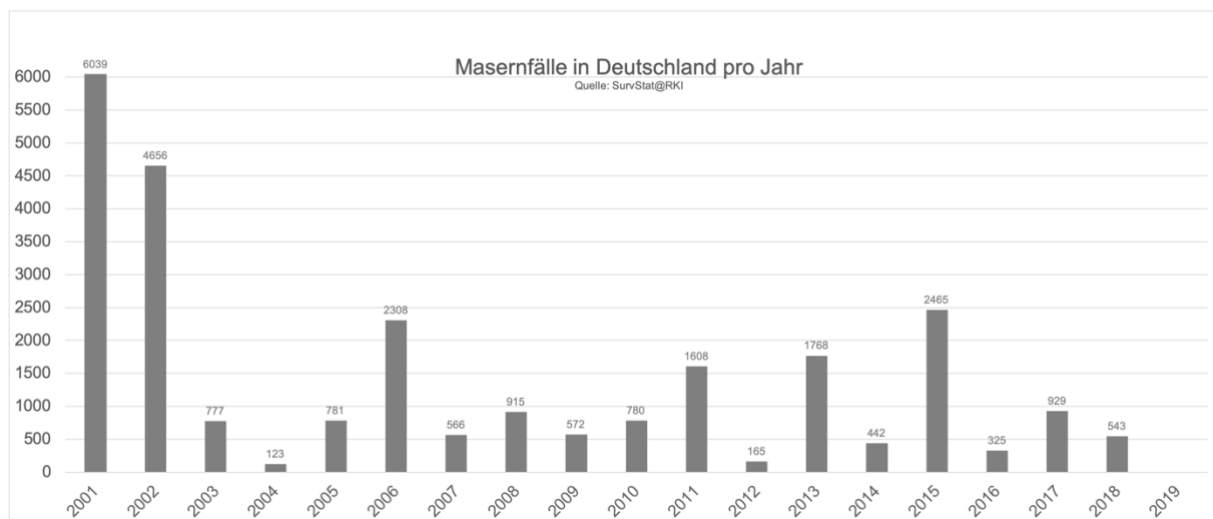
### 3. Stellungnahmen im Einzelnen

#### Punkt A. Problem und Ziel gleichzeitig auch Begründung A. I. und II.

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

- die Häufigkeit z.B. einer Hirnentzündung (Enzephalitis) wird mit etwa 1 : 1000 (RKI 2019<sup>6</sup>),
- die Sterblichkeit von Masern in westlichen Industrienationen bei 1 : 1000 bis 1 : 2000 angegeben (WHO 2017<sup>7</sup>).
- Die schwerste Folgeerkrankung, die *subakut sklerosierende Panenzephalitis SSPE* wird von der WHO mit einer Häufigkeit von 1 : 10.000 bis 1 : 100000 angegeben (WHO 2017<sup>8</sup>).

Der Gesetzentwurf suggeriert eine Zunahme der **Masernfallzahlen auch in Deutschland**, diese ist weder kurz-, noch mittelfristig nachweisbar (Graphiken<sup>9</sup>):



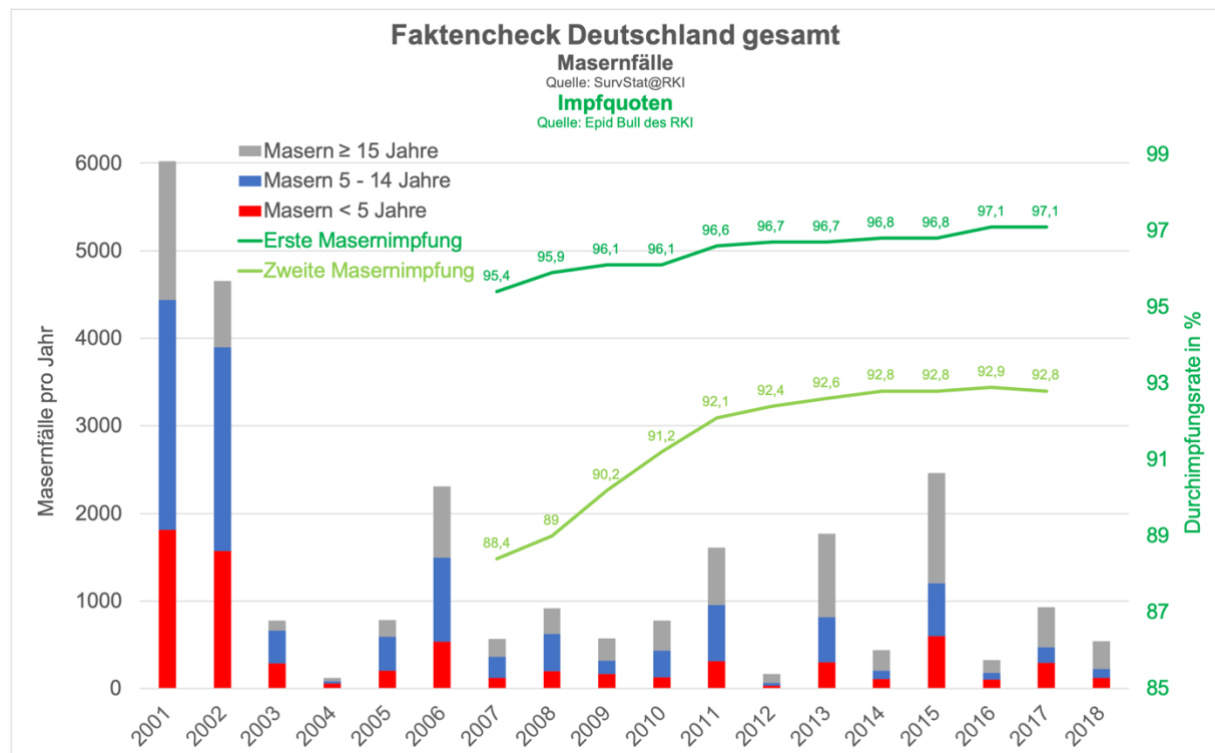
Innerhalb der letzten 19 Jahre kam es in Deutschland definitiv zu keinem Anstieg der Masernfallzahlen, auch 2019 macht hier bis zum Ende der Kalenderwoche 33 keine Ausnahme – hier liegen die Zahlen, anders als vom BMG suggeriert, deutlich *unter* dem langjährigen Mittel des Vergleichszeitraums (am Ende der KW 33 bei deutlich weniger als 40% davon, s.o.).

Die behauptete **Vernachlässigung des Impfschutzes im Kindesalter** gibt es so nicht:

Im „Nationalen Aktionsplan 2015–2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland“ (NAP) – herausgegeben vom Bundesgesundheitsministerium selbst - heißt es im diametralen Widerspruch zu dieser Behauptung: „Die verschiedenen Datenquellen belegen, dass im Bereich der Kinderimpfung Deutschland in den vergangenen Jahrzehnten große Fortschritte erzielt hat. Lag die Impfquote bei den Schuleingangsuntersuchungen im Jahr 2001 für Kinder mit vorgelegtem Impfausweis noch bei 91,4 % für die 1. Masernimpfung und bei etwa 25,9 % für die 2. Masernimpfung, so waren im Jahr 2013 schon 96,7 % der Kinder einmalig und 92,6 % zweimal gegen Masern geimpft. Im Jahr 2012 hatten alle 16 Bundesländer eine durchschnittliche Impfquote von über 95 % für die 1. Masernimpfung erzielt.“ (NAP/BMG 2015<sup>10</sup>)

Die **Durchimpfungsraten für Masern** - erfasst im Kindesalter - steigen nach Angaben des RKI seit Jahren kontinuierlich an (Graphik<sup>11</sup>). Dies gilt für die erste, wie auch für die zweite Masernimpfung.

Führende Fachleute bestätigen dies in Übereinstimmung und sprechen von einer „kontinuierliche[n], aber langsame[n] Verbesserung der Impfquoten durch Impfkampagnen und Impfaufklärung“, so Joseph Kuhn vom Bayerischen LGL, dem Sitz der Geschäftsstelle des „Nationalen Impfplans“ (Kuhn 2017<sup>12</sup>).



Anders als vom Gesetzentwurf behauptet, greifen die bisherigen Maßnahmen zur Steigerung der Impfbereitschaft also sehr wohl und auch die **Impfbereitschaft selber steigt in Deutschland kontinuierlich an**, wie Untersuchungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus dem Jahr 2016 (die aktuellste vorliegende Studie) zeigen:

*„Der Anteil der Impfbefürworter ist im Vergleich zu den Vorgängerstudien aus den Jahren 2012 und 2014 signifikant gestiegen. [...]. Parallel zu dieser Entwicklung ging insbesondere der Anteil derjenigen deutlich zurück, die teilweise Vorbehalte gegen das Impfen haben.“* (BZgA 2017<sup>13</sup>).

Die pauschale Behauptung der guten **Verträglichkeit der Masernimpfstoffe** kann sich nicht auf eine solide wissenschaftliche Evidenz stützen:

Die Verträglichkeit der MMR-Impfstoffe ist nach Ansicht von Fachleuten der Cochrane Collaboration vor allem unzureichend untersucht: *„The design and reporting of safety outcomes in MMR vaccine studies, both pre- and post-marketing, are largely inadequate.“* (Demicheli 2012<sup>14</sup>).

Selbst die WHO räumt ein, dass die Evidenz zur Sicherheit der Masernimpfstoffe allenfalls „mäßig“ sei: in einer GRADE-Klassifizierung der Sicherheit aus dem Jahr 2017 spricht die WHO von einem „*moderate level of scientific evidence*“ (WHO 2017<sup>15</sup>).

Und auch nach Ansicht führender Verfassungsrechtler ist die Kenntnis über die möglichen unerwünschten Nebenwirkungen von Impfstoffen so unzureichend, dass sowohl dem einzelnen impfenden Arzt, als auch ausdrücklich dem Staat eine adäquate Nutzen-Risiko-Abwägung nicht möglich ist:

*„Von der Faktenlage her ist davon auszugehen, dass Art und Häufigkeit von Impfkomplicationen sich bis heute weder bei der Zulassung des Impfstoffs noch bei seiner Anwendung präzise quantifizieren lassen. [...] Für die Rechtslage gilt, dass eine sachgerechte Nutzen-Risiko-Abwägung im arzneimittelrechtlichen Zulassungsverfahren nicht gesichert ist, weil es an handhabbaren Abwägungskriterien fehlt.“* (Zuck 2013<sup>16</sup>)

*„Insgesamt sind deshalb die öffentlichen Empfehlungen [gemeint sind die der STIKO] lückenhaft. Sie sind aber auch in erheblichem Umfang nicht sachgerecht. Das betrifft vor allem die Hinweise auf die MMR-Impfstoffe. Zwar gibt es derzeit keine besseren Impfstoffe. Die Empfehlungen müssten aber, wenn sie die Situation angemessen darstellen würden, darauf hinweisen, dass die Nebenwirkungen von Masernimpfungen bei Verwendung von MMR-Impfstoffen nach wie vor in großem Umfang unaufgeklärt sind.“* (Zuck 2017<sup>17</sup>).

Und auf der Nationalen Impfkonzferenz 2019 in Hamburg wies der Leiter Impfprävention des RKI, Dr. Ole Wichmann, darauf hin, dass die aktuelle Zahl der Patienten, die durch Impfungen Schäden erlitten, nicht verfügbar sei. Die Zahlen der Bundesländer seien lange nicht mehr zusammengeführt worden, sagte Wichmann. (ZEIT ONLINE vom 23.05.2019<sup>18</sup>).

Völlig ignoriert wird durch eine solch pauschale Behauptung wie die des Gesetzentwurfes, dass in seltenen Einzelfällen auch Masernimpfungen zu Todesfällen führen können, wie vom Paul Ehrlich Institut (PEI) zuletzt 2016 veröffentlicht (Mentzer 2016<sup>19</sup>).

Die für die Überwachung der **Masernelimination in Deutschland** zuständige **Nationale Verifizierungskommission Masern/Röteln (NAVKO)** sieht die Hindernisse auf dem Weg zur Elimination nicht primär bei den behauptet zu geringen Impfquoten. Im aktuellen Bericht über das Jahr 2018 bezeichnet die NAVKO diese **Impfquoten als hinreichend** („adequate“; NAVKO 2019<sup>20</sup>). Das Problem des Nachweises einer Elimination verortet die NAVKO vor allem in der unzureichenden Überwachung und Dokumentation der Masernfälle in Deutschland – hierdurch seien Übertragungsketten nicht ausreichend verfolgbar, unbestätigte Masernverdachtsfälle würden unzureichend erfasst und es sei vor allem die für die Elimination entscheidend wichtige Differenzierung zwischen „einheimischen“ und „importierten“ Masernfällen nicht möglich.



**Die NAVKO kommt in ihrem jüngsten Bericht klar zu dem Ergebnis, dass die geforderte Unterbrechung der Masernvirus-Transmission als die wesentliche Voraussetzung für eine Elimination für 2018 gelungen sei!**

Das vom Gesetzentwurf behauptete weitere Zirkulieren des Masernvirus wurde also durch die auf freiwilliger Impfentscheidung beruhenden Impfquoten für Deutschland unterbrochen.

Und für die Vorjahre geht die NAVKO zumindest von einem relevanten Anteil importierter Fälle an den vom Gesetzentwurf behaupteten Ausbrüchen in Deutschland aus:

*„Es waren besonders in Duisburg [einem der größten Ausbrüche 2017] viele Personen mit Migrationshintergrund aus Ländern mit aktuell hohen Masernfallzahlen betroffen (insbesondere Rumänien), die sehr häufig nur unzureichend geimpft sind und Maßnahmen zur Eindämmung des Ausbruchs teilweise nur zögerlich annahmen.“* und weiter und verallgemeinernd: *„Ein hoher Anteil der Masernfälle unter 0- bis 2-Jährigen wird insbesondere unter Asylsuchenden/ Geflüchteten und Personen mit Migrationshintergrund vermutet. [...] Die hohe Anzahl von verschiedenen sequenzierten Genotypvarianten spricht für einen vermehrten Import und Reimport von Masernviren nach Deutschland. Bei der besonders hohen Bevölkerungszahl und –dichte in Deutschland, dem aktiven Grenzverkehr und der hohen Reisetätigkeit der Bevölkerung ist Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern der WHO-Euro besonders vulnerabel für die erneute Einschleppung von Masernviren und längere Transmissionsketten, insbesondere in Ballungszentren wie dem Ruhrgebiet oder Berlin. [...] Die hohe Anzahl von Masernfällen in Deutschland ist durch einen regelmäßigen Import von Masernviren bei gleichzeitig hoher Bevölkerungsdichte und dem Bestehen einer unzureichenden Masernimmunität in verschiedenen hier lebenden Bevölkerungsgruppen zu erklären. Dabei spielt auch eine hohe Migration von Personen, die in ihren Heimatländern bisher keine Impfung erhalten hatten, eine Rolle.“* (NAVKO 2018<sup>21</sup>)

Den Punkt A abschließend liegt den Behauptungen des Gesetzentwurfs implizit die Annahme zu Grunde, dass eine Impfpflicht überhaupt geeignet wäre, Impfquoten relevant zu erhöhen.

Die auch im Gesetzentwurf immer wieder behauptete Annahme, es bräuchte nur höhere **Durchimpfungsraten für eine Masernelimination** wird schon durch den Blick auf europäische Nachbarländer widerlegt – hier zeigt sich (Graphik<sup>22</sup>):

- zahlreiche Länder haben bei der zweiten Masernimpfung deutlich geringere Impfquoten als Deutschland und dennoch - bezogen auf ihre Einwohnerzahl - eine deutlich geringere Zahl von Masernfällen. Dies gilt unter anderem für Dänemark, Finnland, die Niederlande und Norwegen.
- alle diese Länder impfen spürbar später, vor allem die zweite Masernimpfung. In den Niederlanden sind selbst nach dem *neunten* Lebensjahr viel weniger Kinder *zweimal* gegen Masern geimpft, als in Deutschland schon im *sechsten* trotzdem erkrankten dort 2018 viel weniger Menschen an Masern, als im vergleichsweise "höherprozentig", aber eben auch viel früher geimpften Deutschland.
- die Anzahl der Länder in Europa, die die mystifizierten 95% Durchimpfungsraten für die zweite Masernimpfung der WHO erreichen, lässt sich fast an einer Hand abzählen (es sind 6...).
- anders als aktuell gerne behauptet ist **Deutschland bei den Masern keineswegs Schlusslicht in Europa** - es liegt mit seiner auf die Einwohnerzahl bezogenen Masernfallzahl auf Platz 12 von 30 - nicht rühmlich, aber: **7 der 10 Länder mit einer Masernimpfpflicht liegen (teilweise deutlich) dahinter...**



	Inzidenz Fälle/ 1 Mio. Einwohner 7/2018 - 6/2019	Durchimpfungsrate 2017		Empfohlen ab...	
		MCV 1	MCV 2	MCV 1	MCV 2
Litauen	271,3	94	92	15 M	6 J
Bulgarien	147,4	94	92	13 M	12 J
Slowakei	143,8	96	97	14 M	5 J
Rumänien	83,4	86	75	12 M	5 J
Malta	73,6	91	83	13 M	3 J
Tschechien	59	97	90	15 M	5 J
Luxemburg	44,9	99	86	12 M	15 M
Polen	38	96	93	13 M	10 J
Belgien	37,4	96	85	12 M	11 J
Frankreich	35,4	90	80	12 M	18 M
Italien	30,3	92	86	13 M	5 J
Island	20,1	92	95	18 M	12 J
Estland	18,2	93	91	12 M	13 J
Irland	18	92		12 M	4 J
Österreich	16,7	96	84	10 M	11 M
Großbritannien	10,6	92	88	12 M	40 M
Slowenien	8,7	93	94	12 M	5 J
Griechenland	8,5	97	83	12 M	4 J
Deutschland	7	97	93	11 M	15 M
Zypern	6,9	90	88	12 M	4 J
Portugal	5,3	98	95	12 M	5 J
Spanien	5,1	96	93	12 M	3 J
Finnland	3,5	94	92	12 M	6 J
Dänemark	3,5	97	88	15 M	4 J
Kroatien	3,4	89	95	12 M	6 J
Norwegen	3,2	96	91	15 M	11 J
Lettland	3,1	96	89	12 M	7 J
Schweden	3	97	95	18 M	6 J
Niederlande	2,8	93	90	14 M	9 J
Ungarn	2,4	99	99	15 M	11 J

Quellen: ECDC Monthly measles and rubella report, August 2019  
WHO WER 03.05.2019

**Länder mit einer Masern-Impfpflicht**

Länder mit endemischem Masernvorkommen

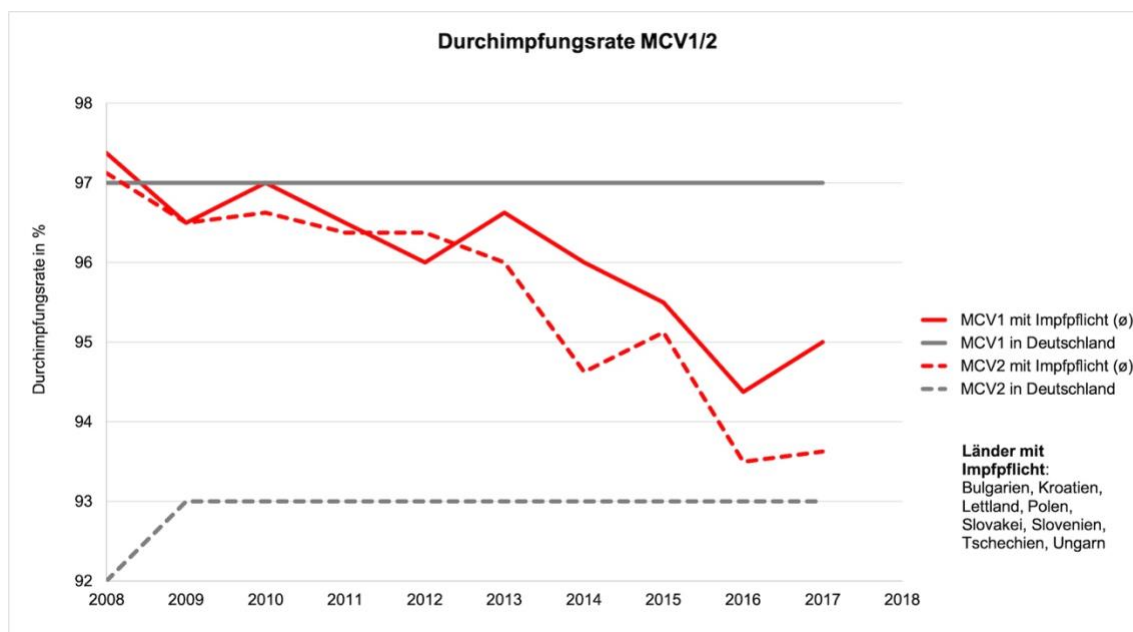
(MCV 1: erste Masernimpfung, MCV 2: zweite Masernimpfung)



Die **Behauptung, dass eine Impfpflicht den Impfschutz verbessert und zu höheren Durchimpfungsraten führt**, entbehrt jeder belastbaren Evidenz, aktuelle Forschungsergebnisse, die von der EU finanziert werden, finden keinen Zusammenhang zwischen der Frage der Freiwilligkeit und den Impfquoten: „*This comparison cannot confirm any relationship between mandatory vaccination and rates of childhood immunization in the EU/EEA countries.*“ (ASSET 2016<sup>23</sup>), ebenso wenig wie noch größer angelegte internationale Vergleichsstudien über die WHO-Region Europa (Sabin Vaccine Institute 2018<sup>24</sup>)

Der ehemalige Vorsitzende der STIKO, Jan Leidel: „*Eine Masern-Impfpflicht, die bei den derzeit verfügbaren Impfstoffen eine Impfpflicht für Masern, Mumps und Röteln wäre, halte ich für rechtlich problematisch und wenig geeignet, die Impfquoten im Kindesalter nennenswert zu erhöhen.*“ (Leidel 2019<sup>25</sup>)

Bei der ersten Masernimpfung (MCV1) erreicht Deutschland auf freiwilliger Basis seit Jahren höhere Durchimpfungsraten als der Durchschnitt derjenigen Länder in der EU, die eine Masernimpfpflicht eingeführt haben (s. Graphik, Quellen siehe Rabe 2019<sup>26</sup>; MCV2 = zweite Masernimpfung).



## Punkt B. Lösung gleichzeitig auch Begründung A. II.

Die hier vorgeschlagenen Maßnahmen fokussieren klar auf das **Säuglings- und frühe Kindesalter**, gehen damit an der Problematik bestehender Impflücken und der Epidemiologie der Masernerkrankungen in Deutschland vorbei und nehmen in Kauf, dass durch den für den Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen frühen Impfbeginn der Masernimpfung Effektivität und Nachhaltigkeit des Impfschutzes kompromittiert werden:

Der im Vergleich zu anderen europäischen Ländern fast beispiellos frühe Zeitpunkt der ersten (im Alter von 9 Monaten) und zweiten (Anfang des zweiten Lebensjahres) Masernimpfung, bringt mehrere gravierende immunologische Nachteile für die Betroffenen mit sich und konterkariert nicht zuletzt dadurch das angestrebte Ziel der Masernelimination.

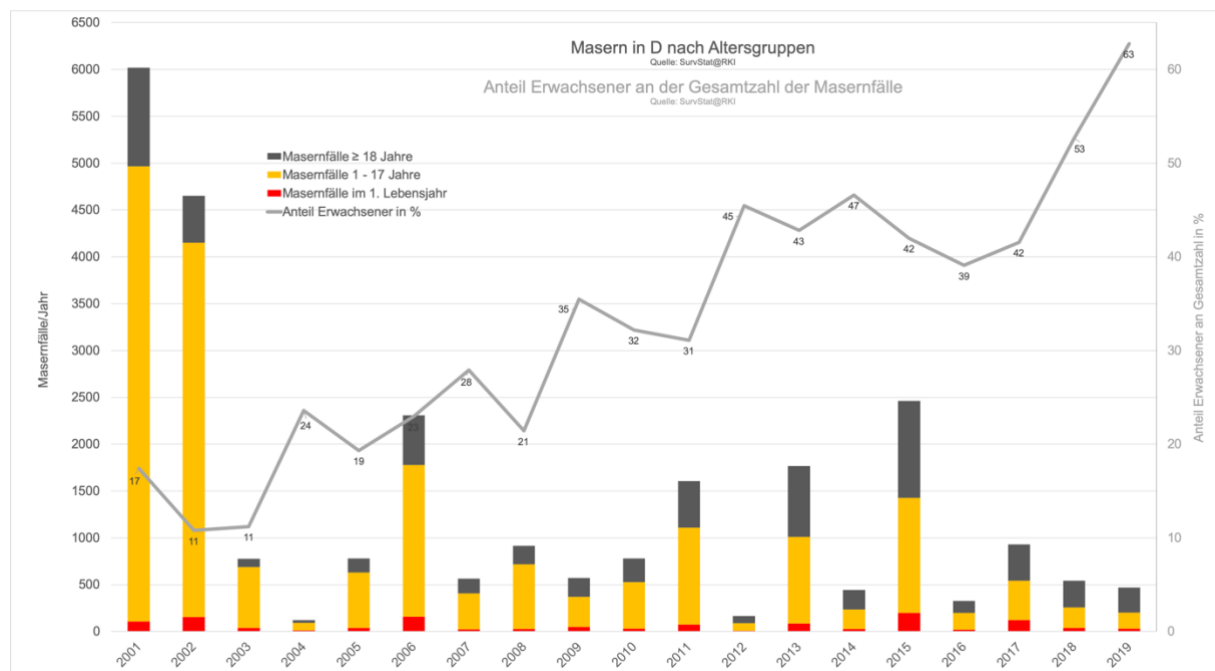
- **Erstens entsteht der ausreichende Schutz durch die erste Masernimpfung bei wesentlich weniger der schon so früh Geimpften** (nur bei etwa bei 80% statt bei 95% bei einer Erstimpfung im zweiten Lebensjahr (Strebel 2017<sup>27</sup>)).

- **Zweitens ist dieser entstehende Schutz selbst nach Aussage der WHO (WHO 2017<sup>28</sup>) qualitativ schlechter:** die für die Effektivität der Impfung entscheidende Avidität der entstehenden Antikörper ist bei einer Impfung im ersten Lebensjahr geringer.
- **Drittens** – so eine auf der deutschen KIGGS-Erhebung basierende Studie – **scheint dieser Schutz dann lebenslang schlechter zu bleiben**, ohne dass spätere zweite Impfung dies ändern könnten (Poethko-Müller 2011<sup>29</sup>).

Auch die zweite Masernimpfung wirkt besser, wenn erstens die erste Impfung nach dem 15. bis 18. Monat verabreicht wurde (Carazo Perez 2017<sup>30</sup>) und die zweite Masernimpfung selbst erst nach dem zweiten Geburtstag verabreicht wird. Erst dann sind die mütterlichen Immunglobuline restlos abgebaut und stören die Impfwirkung nicht mehr (Voysey 2017<sup>31</sup>). Das Bundesland Sachsen, die meisten EU-Länder sowie die USA und Kanada empfehlen die zweite Masernimpfung erst im Alter von 4 bis 11 Jahren.

Eine Studie des RKI findet bei den **18- bis 64-Jährigen** eine Masernimpfquote von unter 40%, selbst bei den 18- bis 29-Jährigen (also den nach 1970 Geborenen) liegt sie unter 80%. (Poethko-Müller 2013<sup>32</sup>); ein Vergleich zur Masernimpfquote bei Einschulung (Erste Masernimpfung:  $\geq 97\%$ ) zeigt nachdrücklich, wo der eigentliche Handlungsbedarf läge.

Dies spiegelt sich auch in der Epidemiologie der Masern in Deutschland – seit 2001 nimmt der Anteil der Erwachsenen an den Gesamtfallzahlen kontinuierlich zu und liegt seit 2019 über 60% (Graphik<sup>33</sup>).



### **Punkt C. Alternativen gleichzeitig auch Begründung A. III.**

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

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

Sie empfehlen sehr konkret unter anderem folgen konkrete Maßnahmen (deren Effektivität in der jeweiligen Äußerung wissenschaftlich belegt wird) als Alternative zu einer von den meisten Autoren abgelehnten Impfpflicht<sup>34</sup>:

- Bessere Information und Aufklärung (Betsch, Chantler, Lohse, Rebitschek, Schröder-Bäck, Zepp)
  1. Der Patientinnen und Patienten
  2. Der Ärztinnen und Ärzte inklusive Evaluation ihres eigenen Impfverhaltens (Mertens)
- Erinnerungssysteme bei Fälligkeit der Impfung (Betsch, Marckmann)
- Recall-Systeme bei Überfälligkeit der Impfung (Roggendorf)
- Stärkung und Aufwertung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) (Betsch, Schröder-Bäck) als „kompetenten Taktgeber vor Ort“ (Wieler 2017<sup>35</sup>)
- Niederschwelligere Impfangebote (Mertens, Roggendorf, Zepp)
  1. z.B. durch den ÖGD in Kindergärten und Schulen (Lohse, Marckmann)
  2. z.B. durch fachgruppenübergreifendes Impfen durch Ärztinnen und Ärzte (Leidel, Zepp)

- Gezielte Aufhol-Impfkampagnen für „unterimpfte“ Bevölkerungsgruppen wie Erwachsene und Menschen mit Migrationshintergrund (Chantler)
- Einrichtung eines Impfregisters (Betsch, Höfling)

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

*„Eine systematische Untersuchung (Cochrane Review) zur Einschätzung der Effektivität von Maßnahmen zur Erhöhung von Impfquoten unter Berücksichtigung internationaler Studien (hauptsächlich aus den USA, Kanada, Australien und Neuseeland) ergab eine hohe Effektivität von unterschiedlich angelegten Erinnerungs-Systemen (bei Fälligkeit der Impfung) und Recall-Systemen (bei Überfälligkeit der Impfung). [...] Ferner wurden die Aufklärung von Patientinnen und Patienten (in Zusammenhang mit weiteren Maßnahmen) sowie die Information der impfenden Ärztinnen und Ärzte und die Evaluation ihres Impfverhaltens als effektive Maßnahmen beschrieben. Ebenso konnte gezeigt werden, dass ein niedrighwelliges, kostenfreies Angebot von Impfungen und Impf- bzw. Informationskampagnen sowie Schulungen des impfenden Personals zu einer Verbesserung von Impfquoten beitragen konnten.“* (NAP/BMG 2015<sup>36</sup>)

Prägnant fasst der ehemalige Vorsitzende der STIKO, Dr. Jan Leidel, zusammen [Hervorhebungen von uns]:  
*„Erforderlich wäre die Pflicht, wenn es kein milderes Mittel gäbe, mit dem das Ziel ebenfalls erreicht werden könnte. **Tatsächlich gibt es aber eine Fülle von durchaus bekannten, bisher aber nicht oder allenfalls halbherzig umgesetzten Maßnahmen zur Verbesserung der Impfbeteiligung sowie Impfhindernisse, die zunächst beseitigt werden müssten. Bevor also eine Impfpflicht für Masern diskutiert wird, sollten die folgenden Rahmenbedingungen für das Impfen deutlich verbessert werden.**“* (Leidel a.a.O.).

## Artikel 1 – Änderung des Infektionsschutzgesetzes

### Zu Nummer 4, Buchstabe c

Die Meldepflicht für **SSPE**-Fälle ist grundsätzlich zu begrüßen, sie muss aber – um epidemiologisch aussagekräftig zu sein – möglichst umfassende Daten erheben, vor allem auch den Ort der Masernerkrankung und den der mutmaßlichen Ansteckung; bisherige Datenerhebungen zu SSPE kommen zu dem Ergebnis, dass mutmaßlich ein relevanter Teil der Erkrankten die Maserninfektion außerhalb Deutschlands durchlebte<sup>37</sup>. Eine Verminderung dieser Fälle wäre durch von zur Steigerung von Durchimpfungsraten in Deutschland nicht erwartbar.

Die NAVKO-Berichte machen deutlich, dass besonders der jeweilige mutmaßliche **Infektionsort** auch bei akuten Masernfällen in Deutschland völlig unzureichend erfasst wird – diesem kommt aber für die Evaluation der Elimination eine überragende Bedeutung zu, seine zuverlässige Meldung an die Gesundheitsbehörden muss mit Nachdruck gefordert werden.

### Zu Nummer 8, Buchstabe e

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

Die Mumps sind nach Einschätzung der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie im Kindesalter grundsätzlich eine „selbstlimitierende, gutartige Erkrankung“ (DGPI 2018<sup>38</sup>), ein Impfschutz ist damit im frühen Kindesalter nicht erforderlich – durch die Kopplung an die Masernimpfpflicht für Säuglinge und Kleinkinder werden die schon jetzt laut RKI auch in Deutschland deutlich erkennbaren **epidemiologischen Probleme der flächendeckenden Mumpsimpfung** noch verschärft:

- Es kommt zu einer Verschiebung des Erkrankungsalters hin zu Jugendlichen und Erwachsenen, die ein signifikant höheres Komplikationsrisiko haben (RKI 2013<sup>39</sup>).



- Speziell bei Jungen und Männern bedeutet dies, dass die ohnehin nicht optimale Wirksamkeit der Mumpsimpfung in einem Alter eintritt, in dem sie (s.o.) nicht erforderlich ist – im Jugendlichen- und Erwachsenenalter lässt die Wirkung dann deutlich nach und die Empfänglichkeit für die dann komplikationsträchtige Erkrankung steigt wieder an. Die Mumpsimpfung ist über die zweite Impfung hinaus nicht nachhaltig auffrischbar<sup>40</sup>.
- Frauen, die Mumps durchgemacht haben, haben im Gegensatz zu geimpften Frauen ein bis zu 20 Prozent geringeres Risiko, an Eierstockkrebs zu erkranken (West 1966<sup>41</sup>, Newhouse 1977<sup>42</sup>, Cramer 2010<sup>43</sup>). Dies ist auf Antikörper zurückzuführen, die sich durch die Speicheldrüsenentzündung bilden. *„Die logische Konsequenz ist, dass wir eine Zunahme von Eierstockkrebs zu erwarten haben, denn Speicheldrüsenentzündungen durch Mumps sind wegen der Impfung selten geworden“* (Cramer 2010).
- Folgt man diesen Untersuchungen, könnten in Deutschland zukünftig bis zu 750 Frauen jedes Jahr zusätzlich an Ovarialkarzinom sterben, weil sie als Kind Mumps nicht durchgemacht haben.

## 4. Quellen und Literatur

- 1 [Wellcome 2018](#). Abruf 07.09.2019
- 2 BMG. 2019. [Spahn offen für Impfpflicht](#). Abruf 07.09.2019
- 3 ZEIT. 2019. <https://www.zeit.de/news/2019-05/05/spahn-will-masern-impfpflicht-mit-geldstrafe-durchsetzen-190505-99-83172>. Abruf 07.09.2019
- 4 Trapp DB. 2015. Impfwang - Verfassungsrechtliche Grenzen staatlicher Gesundheitsvorsorgemaßnahmen, DVBl. 17;11 - 19.
- 5 WHO. 1986. [Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung](#). Abruf 27.05.2019
- 6 RKI. 2019. [RKI-Ratgeber Masern](#). Stand 06.02.2019. Abruf 24.05.2019
- 7 WHO. 2017. Measles vaccines: WHO position paper – April 2017. WER. 92; 205-228.
- 8 WHO. 2017. Measles vaccines: WHO position paper – April 2017. WER. 92; 205-228.
- 9 <https://impf-info.de/faktencheck-masern> Abruf 07.09.2019
- 10 BMG. 2015. . [Nationaler Aktionsplan 2015–2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland](#). Abruf 24.05.2019
- 11 <https://impf-info.de/faktencheck-masern> Abruf 07.09.2019
- 12 Kuhn J. 2017. Impfpflicht: Kein Kita-Besuch ohne Masern-Impfung? Impulse 97; 22 - 23.
- 13 BZgA. 2017. [Einstellungen, Wissen und Verhalten von Erwachsenen und Eltern gegenüber Impfungen – Ergebnisse der Repräsentativbefragung 2016 zum Infektionsschutz](#). Abruf 24.05.2019
- 14 Demicheli V. 2012. Cochrane Database Syst Rev. 15;2:CD004407
- 15 WHO 2017. [Grading of scientific evidence \(safety\)](#). Abruf 07.09.2019
- 16 Zuck R. 2013. Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen des Impfschädenrechts | Kriminologie und Medizinrecht 2013, 169-200. C F Müller, Heidelberg.
- 17 Zuck R. 2017. MedR 35;85-91
- 18 ZEIT ONLINE vom 23.05.2019. [Diskussion über geplante Impfpflicht für Masern](#). Abruf 25.05.2019
- 19 Mentzer D. 2016. [Daten zur Pharmakovigilanz von Impfstoffen aus dem Jahr 2014. Bulletin zur Arzneimittelsicherheit 2016 \(2\): 12-19](#)
- 20 NAVKO 2019. [Annual status update on Measles and Rubella Elimination in Germany 2018](#). Abruf 07.09.2019
- 21 NAVKO. 2018. [Zusammenfassender Bericht der Nationalen Verifizierungskommission Masern/Röteln \(NAVKO\) zum Sachstand der Elimination in Deutschland 2017](#). Abruf 25.05.2019
- 22 <https://impf-info.de/faktencheck-masern> . Abruf 07.09.2019
- 23 ASSET. 2016. [Compulsory vaccination and rates of coverage immunisation in Europe](#). Abruf 24.05.2019
- 24 Sabin Vaccine Institute. 2018. [Legislative Approaches to Immunization Across the European Region](#). Abruf 24.05.2019
- 25 Leidel J. 2019. [Sciencemediacenter](#). Abruf 24.05.2019
- 26 Rabe S. 2019. Wider eine Impfpflicht in Deutschland - eine Streitschrift. ZfA 95; 215-221
- 27 Strebel PM. 2017. Measles vaccines. In: Plotkin S. Plotkin Vaccines, 7th ed. Philadelphia: Elsevier, 2017.
- 28 WHO. 2017. Measles vaccines: WHO position paper – April 2017. WER. 92; 205-228
- 29 Poethko-Müller C, Mankertz A. Sero-epidemiology of measles-specific IgG antibodies and predictive factors for low or missing titres in a German population-based cross-sectional study in children and adolescents (KiGGS). Vaccine 2011; 29: 7949–7959
- 30 Carazo Perez S. [Clin Infect Dis](#). 65;1094-1102
- 31 Voysey M. 2017. JAMA Pediatr 171;637–646
- 32 Poethko-Müller C. 2013. Impfstatus von Erwachsenen in Deutschland Bundesgesundheitsblatt 56; 845-857
- 33 <https://impf-info.de/faktencheck-masern> . Abruf 07.09.2019
- 34 Quelle dieser Zitate (wenn nicht anders gekennzeichnet): science media center germany. 2019. [„Pflicht für Masernimpfung in Deutschland?“](#) Abruf 07.09.2019
- 35 Wieler L. 2017. [Impfpflicht würde Masernproblem nicht lösen](#). Ärztezeitung online 25.09.2017. Abruf 07.09.2019



- <sup>36</sup> BMG. 2015. [Nationaler Aktionsplan 2015–2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland](#). Abruf 07.09.2019
- <sup>37</sup> <https://impf-info.de/faktencheck-masern> . Abruf 07.09.2019
- <sup>38</sup> DPGI. 2018. DGPI Handbuch. Thieme Verlag 2018. Stuttgart
- <sup>39</sup> RKI. 2013. [RKI-Ratgeber Mumps](#). Stand 20.12.2013. Abruf 25.05.2019
- <sup>40</sup> <https://www.impf-info.de/die-impfungen/mumps/290-mumps-einzelimpfstoff-bedingung-f%C3%BCr-eine-intelligente-und-nachhaltige-impfstrategie.html>. Abruf 07.09.2019
- <sup>41</sup> West R. 1966. Epidemiologic study of malignancies of the ovaries. *Cancer*.19;1001–1007
- <sup>42</sup> Newhouse M. 1977. A case control study of carcinoma of the ovary. *Br J Prev Soc Med*. 31; 148–153
- <sup>43</sup> Cramer D. 2010. Mumps and ovarian cancer: modern interpretation of an historic association. *Cancer Causes Control*. 21; 1193–1201.