

Positionspapier Überlinger Gesprächskreis impffrei gesund

Einleitung.....	1
Heutige Impfpraxis	2
Impfstoff-Produktion.....	2
Impfstoff-Sicherheit	3
Impfstoff-Wirksamkeit	6
Impfstoff-Schadensverdachtsfälle.....	7
Herdenimmunität.....	8
Aufklärungsgespräch	9
Forderungen der Impfkritiker.....	10
Fazit	11

Einleitung

Dieses Positionspapier soll einen kleinen Ausschnitt der vielen quellenbasierten impfkritischen Argumente aufzeigen. Denn abseits der allgegenwärtigen Impfpropaganda, die nur positive Aspekte des Impfens benennt, veröffentlichen Wissenschaftler auf der ganzen Welt immer mehr Arbeiten, die eine andere Sichtweise auf die Impfungen einfordern.

Für die Impfstoffe sind in Deutschland die Bundesbehörden Robert Koch-Institut (RKI), Paul-Ehrlich-Institut (PEI) und die Gesundheitsämter, auf europäischer Ebene die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) verantwortlich. Diese werden im folgenden Text als Kontroll- und Zulassungsbehörden bezeichnet.

Für die öffentlichen Impfeempfehlungen in Deutschland sind die Gesundheitsministerien der Bundesländer rechtlich zuständig. Die ständige Impfkommission des Bundes (STIKO) mit Sitz am Robert-Koch-Institut (RKI) spricht hingegen nur Empfehlungen für die Bundesländer aus (www.rki.de/stiko). Deswegen gibt es für die Bevölkerung der verschiedenen Bundesländer unterschiedliche, rechtlich bindende, Empfehlungen. So empfiehlt zum Beispiel die Sächsische Impfkommission (SIKO), erst ab dem 3. Lebensmonat mit den Impfungen zu beginnen (Ausnahme: die Impfung gegen Rotaviren) und nicht schon ab dem 2. Lebensmonat, wie es die STIKO empfiehlt. Die zweite Masern-Mumps-Rötelnimpfung (MMR) wird erst ab dem 46. Lebensmonat und nicht bereits zwischen dem 15. und 23. Lebensmonat empfohlen (www.gesunde.sachsen.de/Impfempfehlungen.html).

Weltweit gibt es eine unüberschaubare Varianz an Impfempfehlungen und vieler anderer Aspekte des Impfens. So wurde in Japan 1993 die MMR-Impfung auf Grund schwerer Nebenwirkungen nicht mehr empfohlen. 2006 wurde ein neuer MR-Impfstoff ohne die problematische Mumps-Komponente zugelassen und die Mumps-Impfung als Einzelimpfstoff angeboten. Ebenso wurde die Empfehlung für die HPV-Impfung 2013 in Japan aufgehoben. Die genannten Beispiele zu den unterschiedlichen Empfehlungen verdeutlichen, wie wenig konsensfähiges Fachwissen über Impfungen vorhanden ist.

Heutige Impfpraxis

Impfungen sollen eine natürliche Ansteckung nachahmen, ohne dass der Geimpfte erkennbar daran erkrankt. Dazu wird ein abgeschwächter Krankheitserreger oder Bestandteile davon, unter Umgehung der natürlichen körpereigenen Schutzmechanismen, in einen Muskel gespritzt.

Anfänglich wurden hierzu abgeschwächte Lebendimpfstoffe nur einzeln verwendet, was dem natürlichen Infektionsgeschehen noch recht nahe kamen. Die derzeitigen Mehrfachimpfungen haben dagegen nichts mehr mit einer natürlichen Ansteckung zu tun. Kinder, die gleichzeitig von mehreren Kinderkrankheiten heimgesucht werden, sind in der Kinderheilkunde nicht bekannt. Mehrfachimpfungen bringen den Organismus in eine Situation, die natürlicherweise nicht vorkommt.

Seit längerer Zeit verschwinden die Einzelimpfstoffe immer mehr vom Markt. Damit wird die Möglichkeit, einem natürlichen Ansteckungsgeschehen möglichst nahe zu kommen und den Ablauf des Impfens individuell zu gestalten zunehmend eingeschränkt.

Die Erforschung des Immunsystems ist noch lange nicht abgeschlossen und viele bei einer Impfung ablaufende gewollte und ungewollte Reaktionen werden noch nicht verstanden (siehe [Impfkompendium, aktuelle 8. Auflage, Kapitel 2.1.7 über das Immungedächtnis](#)). Vor allem bei den Säuglingen scheint das Wissen über das Immunsystem mehr als lückenhaft zu sein ([DOI: 10.1038/ni.3745](#)). Bei Mehrfachimpfstoffen wird die Erforschung der Immunantwort nochmals deutlich schwieriger. Sie stellen ein unkalkulierbares immunologisches Risiko dar.

Impfstoff-Produktion

Für die Impfstoff-Produktion notwendige Hilfsstoffe müssen nicht deklariert werden, selbst wenn sie nicht vollständig entfernt werden können und deshalb im Endprodukt enthalten sind. So wurden Nanopartikel in nahezu allen Impfstoffen gefunden (siehe [DOI: 10.15406/ijvv.2017.04.00072](#)). Noch erschreckender ist der Fund relevanter Mengen des Unkrautvernichters Glyphosat in einigen Impfstoffen ([Anthony Samsel, Labor SEAPHS, New Hampshire, USA, 29.08.2016](#)).

Bei auf Zellkulturen gezüchteten Impfstoffen kann eine Durchseuchung mit Fremdviolen immer noch nicht vollständig ausgeschlossen werden, da nur bekannte Viren sicher erkannt und zugeordnet werden können. (siehe [Impfkompendium, aktuelle 8. Auflage, Kapitel 3.4.1 Kontrolle der Roh- und Ausgangsmaterialien](#)).

So wurde 1960 der Simian-Virus 40 (SV40) in Zellkulturen von Nierenzellen von Rhesusaffen entdeckt, die zur Herstellung von Polioimpfstoffen verwendet wurden ([PMID: 13774265](#)). Von 1955 bis 1963 wurden Millionen Menschen damit geimpft und dabei mit SV40 infiziert. Der SV40 Virus steht im Verdacht, eine Rolle bei verschiedenen Krebsarten zu spielen (siehe [PMID:12623365](#), [DOI:10.1186/1750-9378-2-13](#), [PMID: 17620119](#), [PMC: 1941725](#)). Weitere Beispiele für virale Verunreinigungen sind der Respiratorische Synzytial-Virus (RSV), der Porcine Circovirus (PCV) sowie DNA von HPV L1 im Impfstoff Gardasil® (siehe [DOI:10.3181/00379727-92-22538](#), [DOI:10.1016/j.vaccine.2011.04.087](#), [DOI:10.1016/j.jinorgbio.2012.08.015](#)).

Bei Impfstoffen, bei deren Herstellung mit unsterblichen Zelllinien (Krebszellen bzw. embryonale Zellen) gearbeitet wird, ist eine Kontamination der Impfstoffe mit Zelllinien-DNA denkbar, Beispiele solcher Zelllinien sind: HeLa (Gebärmutterhalskrebszellen 1951), WI-38 (Lungenzellen von abgetriebenem Fötus 1961) und MRC-5 (Lungenzellen von abgetriebenem Fötus 1966).

Neuere Impfstoffe, zum Beispiel der Hepatitis-B Impfstoff, nutzen die Gentechnik. Bei diesen sogenannten rekombinanten Impfstoffen werden die Antigene, also die Zellmerkmale der Erreger, die bei der Impfung zu einer Immunantwort führen sollen, mit Hilfe von gentechnisch veränderten Organismen hergestellt.

Die neusten, noch experimentellen Entwicklungen der Impfstoffhersteller sind die sogenannten Vektor- bzw. DNA-Impfstoffe. Dabei wird Fremd-DNA in den menschlichen Organismus gespritzt. Diese Fremd-DNA wird so aufbereitet, dass diese in die menschlichen Zellen eindringen kann. Gelingt dies, stellen die Zellen die gewünschten Antigene selbst her. Das Immunsystem soll dann durch die selbst produzierten Antigene zur Bildung von Antikörpern angeregt werden. Sollte diese Art von Impfstoffen zugelassen werden, käme dies einem Experiment an der Bevölkerung mit offenem Ausgang gleich.

Impfstoff-Sicherheit

Da Impfungen nicht als normales, sondern als biologische Arzneimittel eingestuft werden, gelten andere Zulassungsvorschriften (siehe [EMA/CHMP/VWP/164653/2005](#)). Dies bedeutet, dass die Anforderungen der Zulassungsbehörden an Impfstoffe hinsichtlich des Nachweises von Wirksamkeit und Sicherheit deutlich geringer sind als bei normalen Medikamenten, obwohl sie an kerngesunden Kindern prophylaktisch angewendet werden und tief in deren Immunsystem eingreifen.

Bei der Zulassung normaler Arzneimittel werden randomisierte, Placebo-kontrollierte Doppelblind-Studien verlangt. Hierbei erhalten die Probanden der einen Prüfgruppe das Arzneimittel, die Probanden der anderen Gruppe ein Scheinarzneimittel ohne jeglichen pharmakologisch wirksamen Inhaltsstoff (Placebo). Die Zuteilung in eine der beiden Gruppen erfolgt nach dem Zufallsprinzip (Randomisierung). Im Gegensatz dazu erhält bei der Prüfung von Impfstoffe die eine Gruppe den Impfstoff, die Kontrollgruppe dagegen kein Scheinarzneimittel, sondern den gleichen Impfstoff lediglich ohne Antigene oder einen ähnlichen Impfstoff ([siehe Fachinformationen der Impfstoffe, über die STIKO@rki - App auch mobil abrufbar](#)). Die Vergleichssubstanz wird dennoch irreführend als Placebo bezeichnet. Dadurch fallen alle unerwünschten Nebenwirkungen, die auf Grund von Hilfsstoffen entstehen, bei der statistischen Auswertung der Studie unter den Tisch, das heißt, sie können durch diese Studien nicht erkannt werden. Die Umdeutung des Begriffes Placebo im Rahmen der Zulassung von Impfstoffen ist eine Täuschung der Bevölkerung. Nach heutigem Stand der Wissenschaft sind derartige Zulassungsverfahren, die auf Studien ohne echte Placebo-Kontrolle beruhen, abzulehnen. Sie sind nicht dazu geeignet, die Sicherheit von Impfstoffen zu belegen.

Dies gilt insbesondere deshalb, weil für viele Hilfsstoffe in Impfstoffen keine Sicherheitsstudien für die Verabreichung mittels Injektion existieren. Selbst wenn diese bestünden, müsste im Zulassungsverfahren ihre Sicherheit in Kombination mit allen im jeweiligen Impfstoff enthaltenen Substanzen geprüft werden. Da sich darunter so kritische Substanzen wie Aluminiumverbindungen befinden ([siehe DOI: 10.1016/j.jinorgbio.2017.12.015](#)), bedeutet dies eine nicht hinnehmbare Sicherheitslücke im Zulassungsverfahren.

Die Teilnehmer an den Sicherheitsstudien sind handverlesen. So werden zum Beispiel Personen mit Impfnebenwirkungen in der Familie oder mit Vorerkrankungen ausgeschlossen. Ebenso werden die Studien oft nicht in der Bevölkerungsgruppe durchgeführt, die dann geimpft werden soll. Nur die in den Zulassungsstudien gefundenen Nebenwirkungen werden in den Fachinformationen mit Häufigkeiten angegeben, obwohl sich diese Häufigkeiten nach den Prinzipien der Statistik gar nicht auf die gesamte Bevölkerung sinnvoll übertragen lassen.

Laut der EU-Richtlinie "Guideline on clinical evaluation of new vaccines" ([siehe EMA/CHMP/VWP/164653/2005](#)) müssen nur Nebenwirkungen bis zu einer Häufigkeit von 0,1-1% erkannt werden (definitionsgemäß spricht man von gelegentlich auftretenden Nebenwirkungen). Da die meisten Ärzte Impfungen als absolut harmlos einstufen, werden Nebenwirkungen bis hin zu Todesfällen in der Regel meist nicht mit einer Impfung in Verbindung gebracht und können deshalb vermutlich erst sehr spät nach Markteinführung einer Impfung zugeordnet werden. Dies könnte bedeuten, dass auf 100.000 geimpfte Kindern theoretisch bis zu 1000 schwer geschädigte Kinder zu beklagen sein könnten, ohne dass dies als Impf-Nebenwirkung erkannt würde.

Die in der oben genannten EU-Richtlinie von den Herstellern geforderten Anwendungsbeobachtungen zur Erfassung von Nebenwirkungen, nach Einführung eines neuen Impfstoffes, mit einer Häufigkeit kleiner 1% sind unbrauchbar. So wurden laut einer Studie zwischen 2008 und 2010 in deutschen Arztpraxen zwar 558 Anwendungsbeobachtungen durchgeführt, jedoch wurden nur fünf dieser Untersuchungen veröffentlicht. Darin wurde keine einzige Nebenwirkung aufgeführt (siehe DOI: [10.1136/bmj.j337](https://doi.org/10.1136/bmj.j337)).

Prof. Yehuda Shoenfeld, ein führender Immunologe, der u. a. durch seine Arbeiten zum ASIA-Syndrom (autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants) bekannt wurde, widerspricht der offiziellen Darstellung der Kontroll- und Zulassungsbehörden bezüglich der Kontraindikationen beim Impfen. Ohne belastbare Daten werden die Kontraindikationen immer weiter aufgeweicht. Er konnte nachweisen, dass Personen mit einer früheren oder bestehenden Autoimmunerkrankung, mit bekannten allergischen Reaktionen oder mit bekannten Autoimmunerkrankungen innerhalb der Familie ein deutlich erhöhtes Risiko aufweisen, durch eine Impfung an einer bzw. an einer weiteren Autoimmunerkrankung zu erkranken (DOI: [10.1016/j.phrs.2014.08.002](https://doi.org/10.1016/j.phrs.2014.08.002)).

Wechselwirkungen der zunehmenden Anzahl von Impfungen untereinander werden nicht untersucht. Dies wäre aus Sicherheitsgründen jedoch dringend erforderlich, zumal die Impfungen in immer kürzeren Abständen und zum Teil sogar gleichzeitig verabreicht werden (im 2. Lebensmonat z.B. Rotarix, Infanrix Hexa, Prevenar, darin enthalten sind Impfstoffbestandteile gegen 8 Krankheiten bzw. 16 Erregerstämme, STIKO Empfehlung Stand 2018).

Ein weiteres Sicherheitsrisiko stellen die nicht untersuchten Wechselwirkungen der Impfungen mit Medikamenten dar, die ebenfalls in das Immunsystem eingreifen. So führen zum Beispiel die sehr häufig verordneten Fiebersenker, die teilweise prophylaktisch nach Impfungen verordnet werden, zu einer schlechteren Immunantwort (DOI: [10.1371/journal.pone.0020102](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020102)).

Die Zulassungsstudien werden durch die Hersteller finanziert. Interessenkonflikte zwischen Zulassungs- und Kontrollbehörden, Impfstoffentwicklern sowie drittmittelfinanzierten Instituten und Universitäten sind an der Tagesordnung. Die Mehrzahl der 12 bis 18 Mitglieder der ständigen Impfkommission des Bundes (STIKO) weisen Interessenkonflikte auf. Die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA), die auf europäischer Ebene für die Impfstoffzulassung verantwortlich ist, wird zu fast zwei Dritteln von der Pharmaindustrie finanziert. (siehe z.B. Antikorruptionsorganisation Transparency International Deutschland, „Schweinegrippe - Impfung: Transparency kritisiert potenzielle Interessenkonflikte und intransparente Entscheidungsprozesse bei der ständigen Impfkommission STIKO“).

Impfstoff-Wirksamkeit

Bei der Zulassung wird kein Nachweis gefordert, dass die Impfung tatsächlich vor einer Erkrankung schützt. Es werden lediglich sogenannte Surrogatmarker verwendet. Dies sind Laborparameter, die sich durch die Impfung nachweislich verändern. Wird eine solche Änderung gemessen, dann wird eine Schutzwirkung vor der Erkrankung vermutet. Die bekanntesten und gebräuchlichsten Surrogatmarker sind die Antikörper. Durch den Anstieg der Antikörper wird jedoch nur sicher dokumentiert, dass das Immunsystem Kontakt mit einem Erreger hatte.

Laut Fachliteratur, Kontroll- und Zulassungsbehörden sagen die Antikörper nicht zwingend etwas über den Schutz vor Erkrankung aus (siehe zum Beispiel [Impfkompodium, aktuelle 8. Auflage, Kapitel 2.1.7 zur den Antikörpertitern bzw. Kapitel 3.5 Tabelle 3.2 Qualitative Korrelate für einen Impfschutz](#)). Auch hier wurde wieder eine Begriffsumdeutung vollzogen. Die Aussage „Die Impfung wirkt“ heißt übersetzt, ein Laborparameter lässt vermuten, dass die Impfung schützt. Die Reduzierung des Immunsystems auf Antikörper und Antigene, wie oft in den Massenmedien dargestellt, ist irreführend und entspricht nicht dem Stand der Wissenschaft.

Für viele Kinderkrankheiten existieren Aufzeichnungen über die Sterblichkeitsraten seit Anfang des 20. Jahrhunderts. Die überwiegende Anzahl der Impfungen wurde nach 1960 eingeführt. In der Zeit vor Einführung der Impfungen waren die Sterblichkeitsraten vieler Kinderkrankheiten bereits um bis zu 99 % zurückgegangen (siehe zum Beispiel [das Buch „Impffibel“, 1964, W. Ehrengut, Tabelle 12](#)). Den Rückgang der Kindersterblichkeit allgemein als Argument für die Wirksamkeit der Impfungen anzuführen, ist somit unseriös und unwissenschaftlich. Um die Annahme einer entsprechenden Wirksamkeit nach Einführung der Impfung zu belegen, müsste man einen Vorteil im Vergleich mit einer Krankheit nachweisen können, gegen die es keine Impfung gibt. Am Beispiel des Scharlach, einer Erkrankung, bei der kein Impfstoff zur Verfügung steht, zeigt sich jedoch, dass auch hier, ohne Impfung, die Sterblichkeit in gleicher Weise abgenommen hat ([Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung](#)).

Zur Wirksamkeit der Impfprogramme in Deutschland schrieb die stellvertretende Abteilungsleiterin der Abteilung Impfprävention (FG 33) am Robert Koch-Institut (RKI), Frau Dr. Annette Siedler: *„Momentan sind die in Deutschland verfügbaren Routinedaten nicht ausreichend, um die Wirksamkeit von Impfprogrammen zu evaluieren.“* (siehe [Bundesgesundheitsblatt 11/2009, S. 1013](#)). Am 31.08.2015 bestätigte Frau Dr. Siedler den Sachverhalt nochmals bei einer Anhörung im Sächsischen Landtag ([Protokoll, 31.08.2015, Raum A600, 10:02 bis 12:41 Uhr](#)).

Entgegen der Begriffsdefinition der Wirksamkeit durch die Kontroll- und Zulassungsbehörden wird der Begriff Wirksamkeit in der Bevölkerung als gesundheitlicher Nutzen im Vergleich zu Ungeimpften wahrgenommen. Dies wird jedoch gar nicht untersucht.

Impfstoff-Schadensverdachtsfälle

Seit dem 1. Januar 2001 gilt in Deutschland das Infektionsschutzgesetz (IfSG) und damit erstmals eine umfassende Meldepflicht von gesundheitlichen Problemen, die im zeitlichen Zusammenhang mit Impfungen auftreten und keiner anderen Ursache als der Impfung zugeordnet werden können (**IfSG §6**). Die Meldepflicht gilt für Ärzte und Heilpraktiker.

Durch die Erhebung aller über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigungen will der Gesetzgeber aussagekräftige Zahlen der durch Impfungen hervorgerufenen Risiken ermitteln. Der Gesetzgeber sieht ein Bußgeld von bis zu 25.000€ bei Unterlassung vor.

Medizinstudenten wird gelehrt, dass Impfungen hoch wirksam seien und nahezu keine Nebenwirkungen aufwiesen (*siehe Webseite des Bundesverbands der Kinder- und Jugendärzte: "Bei den heute in Deutschland empfohlenen und zugelassenen Impfstoffen, sind – bei Beachtung der Kontraindikationen – solche Komplikationen nicht zu erwarten."*). Auf diese Weise geprägt, lehnen die meisten Ärzte bereits den Gedanken an eine Impfnebenwirkung ab.

Dies nimmt immer absurdere Züge an. So ist die Anzahl der Meldungen von unerwünschten Impfnebenwirkungen durch Pharmareferenten höher als diejenige von impfenden Ärzte. Pharmareferenten sind ebenfalls verpflichtet, den Verdacht einer unüblichen Impfreaktion zu melden, allerdings auf Grundlage des Arzneimittelgesetzes (AMG). Dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI) ist dieser Sachverhalt bekannt: *„(...) 411 der 3.919 Meldungen (10,5%) wurden über die Gesundheitsämter entsprechend der Vorgaben des IfSG mitgeteilt. (...) Die Hälfte der Meldungen erhielt das PEI, wie auch in den Jahren zuvor, durch die Zulassungsinhaber. (...)“* (*siehe Bulletin zur Arzneimittelsicherheit 1/2017, S. 19*).

Selbst die Kontroll- und Zulassungsbehörden gehen von einer Untererfassung der möglichen unerwünschten Nebenwirkungen aus. Die Größenordnung der Untererfassung ist nicht bekannt. Lasek et al. schätzten, dass nur 5% der schweren Nebenwirkungen erfasst werden, das heißt dass die Anzahl der tatsächlichen Nebenwirkungen um das 20-fache höher ist als die Zahl der erfassten Fälle (*siehe Bundesgesundheitsblatt 4/2002, S. 353*).

Laut dem Robert Koch-Institut (RKI) ist auch die Anzahl der verabreichten Impfdosen unbekannt: *„Da die Untererfassung der Meldungen von Impfkomplicationen nicht bekannt oder abzuschätzen ist und keine Daten zu verabreichten Impfungen als Nenner vorliegen, kann keine Aussage über die Häufigkeit bestimmter unerwünschter Reaktionen gemacht werden.“* (siehe Bundesgesundheitsblatt 12/2004, S. 1161).

Eine Abschätzung der in der Bevölkerung, unter realen Bedingungen, auftretenden Impfnebenwirkungen ist mit dem bestehenden Meldesystem nicht möglich. Dies wäre jedoch erforderlich, um seriös den Gesamtnutzen einer Impfung unter Abwägung von Wirksamkeit und Sicherheit (Nebenwirkungen) zu ermitteln. Einen tatsächlichen Gesamtnutzen zu belegen, ist aufgrund der Art des Zulassungsverfahrens und der hohen Dunkelziffer hinsichtlich der Nebenwirkungen nicht möglich.

Eltern, die zusehen müssen wie ihr Kind nach einer Impfung degeneriert, wird gesagt: *„Wir wissen nicht woher das kommt, aber mit der Impfung hat das ganz bestimmt nichts zu tun“*. Niemand glaubt ihnen. (siehe z.B. Verein „IN-ES“, Abkürzung für *„Impfnebenwirkung – Elterlicher Sorgerechtsentzug“*, <http://www.in-es.info>).

Herdenimmunität

Die sogenannte Herdenimmunität (Herdenschutz) ist eine Hypothese über die Ausbreitung von Infektionskrankheiten in einer Population (Herde). Dabei werden mathematische Modelle (SIR-Modelle) zur Vorhersage des zeitlichen Verlaufs von Krankheitsausbrüchen verschiedener Infektionskrankheiten herangezogen. Durch Lösen von Modellgleichungen werden sogenannte stabile Zustände ermittelt. Bei einem solchen stabilen Zustand führen von außen infizierte Individuen in der simulierten Population immer zum Verschwinden der Infektionskrankheit. Die dazu notwendige Anzahl immunisierter Individuen ist dabei abhängig von der betrachteten Krankheit. Bei Masern werden laut den Gesundheitsbehörden 95% Immunisierte benötigt. Nach dieser Logik könnten also 5% der Population empfänglich für die Masern sein, ohne dass es beim Einschleppen der Masern zu einer Epidemie kommen würde (siehe Buch: *"Infektionsepidemiologie - Methoden Surveillance Mathematische Modelle"*, Springer Verlag, 2003).

Leider wird die Anzahl der Immunisierten oft mit der Anzahl der Geimpften verwechselt. So wird die Wirksamkeit der Masernimpfung mit 95% angegeben und eine Quote an primären Impfversagern von 5% angenommen (siehe *Impfkompodium, aktuelle 8. Auflage, Kapitel 30.5.3 zur Wirksamkeit der Masernimpfung*). Das heißt, wenn 100% der Bevölkerung geimpft wären, hätte man gerade die notwendige Immunisierung von 95% erreicht. Ein Herdenschutz derer, die nicht geimpft sind oder nicht geimpft werden können, ist mit den aktuellen Masernimpfstoffen offensichtlich selbst theoretisch nicht möglich.

Darüber hinaus ist für die oben beschriebene Stabilitätsbetrachtung zwingend notwendig, dass die geimpften Personen im Modell lebenslang vor der Erkrankung geschützt sein müssen, wie es bei einer natürlich durchgemachten Masernerkrankung der Fall wäre (SIR-Modell). Der Abfall der Antikörperspiegel über einen längeren Zeitraum nach der Masernimpfung und damit der Verlust der Schutzwirkung wird als sekundäres Impfversagen bezeichnet. Das sekundäre Impfversagen ist auch bei der Masernimpfung gut dokumentiert (DOI: [10.1016/j.vaccine.2011.08.081](https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2011.08.081)). Die Modellierung der realen epidemiologischen Vorgänge innerhalb der Bevölkerung, unter Berücksichtigung der sekundären Impfversagern, führt zu einem anderen Modell (SIRS-Modell), bei dem sich theoretisch ein Gleichgewicht zwischen Empfänglichen, Infizierten und Immunisierten einstellt (endemisches Gleichgewicht). Hierbei wird davon ausgegangen, dass eine bestimmte Anzahl von Personen in der Population permanent an Masern erkrankt ist, viele davon symptomlos, aber ansteckend.

Die in den Medienberichten und Informationsmaterialien beschriebene Theorie der Herdenimmunität führt bei vielen Nichtimpfern zu sozialem Druck. Denn sie gefährden demnach nicht nur ihr eigenes Kind, sondern auch die Herde. Genau dieser soziale Druck ist das Ziel der Impfbefürworter. Die Grundlagen für diese Art der Berichterstattung entwickelte Psychologin Frau Prof. Cornelia Betsch, Mitglied der Nationalen Verifizierungskommission Masern/Röteln am Robert Koch-Institut (RKI). Sie erforscht Massenmanipulationsmethoden zur Erhöhung der Impfquoten (DOI: [10.1038/s41562-017-0056](https://doi.org/10.1038/s41562-017-0056)).

Aufklärungsgespräch

Ärzte sind verpflichtet, ihre Patienten individuell und vollständig über Nutzen und mögliche Risiken der einzelnen Impfstoffe aufzuklären und dies im Vergleich zu anderen möglichen präventiven und therapeutischen Maßnahmen (§§630a ff. BGB).

Wie oben dargelegt, ist eine seriöse Abschätzung von Nutzen und Risiko mit dem derzeit zugänglichen Datenmaterial zu Impfungen nicht möglich. Die einfache Bruchrechenaufgabe, Anzahl real auftretende Impfschäden in der Bevölkerung zur Anzahl der verimpften Impfdosen je Impfstoff, um das Risiko einer Impfung abzuschätzen zu können, ist mangels Daten nicht zu lösen. Ebenso ist der Nutzen eines Impfstoffes, als mathematischer Bruch aus dem gesundheitlichen Vorteil der Geimpften im Vergleich zu Ungeimpften, nicht bekannt. Daraus folgt, dass auch der mathematische Bruch Nutzen zu Risiko, nicht darstellbar ist. Dies ist aber die juristische Voraussetzung für jede Impfempfehlung und für jedes Aufklärungsgespräch. Somit ist nach unserer Auffassung ein juristisch korrektes Aufklärungsgespräch nicht möglich und niemals rechtswirksam.

Eine Aufklärung über die allgemeinen Risiken der Impfungen findet ebenso nicht statt, obwohl durch die Einführung der Impfungen ganz neue gesundheitliche Probleme entstanden sind. So ist es kein Geheimnis, dass der normalerweise von den Müttern an die Säuglinge weitergegebene Nestschutz durch die Impfungen verschwunden ist und nur dadurch die Zunahme zum Beispiel der komplikationsreichen Masernerkrankungen im Säuglingsalter erklärt werden kann. Das gleiche gilt für die Verschiebung verschiedener Erkrankungen durch die Impfungen ins Erwachsenenalter, ebenfalls mit höheren Komplikationsraten. (siehe [Impfkompodium, aktuelle 8. Auflage, Kapitel 30.1 zur Epidemiologie der Masernimpfung](#)).

Die Tatsache, dass ein Arzt ein Impfberatungsgespräch nur abrechnen kann, wenn anschließend auch geimpft wird ([siehe Einheitlicher Bewertungsmaßstab der Kassenärztlichen Bundesvereinigung](#)), verdeutlicht die Voreingenommenheit der Ärzte, Krankenkassen und Politik in puncto Impfen. Eine ergebnisoffene Impfberatung findet praktisch nicht statt.

Dies steht im Widerspruch zu den Anforderungen an ein juristisch korrektes Aufklärungsgespräch und zum Recht auf die freie Therapiewahl durch den Patienten. So steht in der Berufsordnung der Ärzte: *„Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patientinnen und Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen. Das Recht der Patientinnen und Patienten, empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen abzulehnen, ist zu respektieren.“* ([siehe Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg](#)).

Forderungen der Impfkritiker

Wir fordern, dass die Kontroll- und Zulassungsbehörden anhand von unabhängigen doppelblind-placebo-kontrollierten Studien, mit echtem Placebo, die Wirksamkeit und Sicherheit und über Langzeitstudien den Nachweis eines gesundheitlichen Vorteils der Geimpften im Vergleich zu Ungeimpften erbringen, so wie es bei der allgemeinen Arzneimittelzulassung üblich ist.

Diese und weitere Forderungen an die Impfstoffzulassung sind bereits durch die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für unabhängige Impfaufklärung (DAGIA) formuliert worden. Inzwischen haben sich über 293 Ärzte und Apotheker (Stand August 2019) diesen Forderungen angeschlossen ([siehe http://www.dagia.org](http://www.dagia.org)).

Die einzige echte doppelblind-placebo-kontrollierten Studie zur Sicherheit und Wirksamkeit eines Impfstoffes wurde 1976 bei Madras in Südindien von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführt. Der große Feldversuch mit circa 260.000 Impfungen, davon die Hälfte mit einem echten Placebo, zeigte keinerlei Schutz vor der Tuberkulose-Erkrankung durch die Tuberkulose-Impfung. Die Geimpften erkrankten sogar häufiger an der Tuberkulose als die Ungeimpften ([siehe PMID: PMC2395884](#)).

In einer 2017 veröffentlichten Studie wurde von einer 500% höheren Kindersterblichkeit nach einer Diphtherie-, Tetanus- und Keuchhusten-Impfung (DTP) und/oder Polio-Impfung (OPV) (ohne Placebogruppe) im Vergleich zu nicht mit DTP bzw. OPV geimpften berichtet ([siehe PMID: PMC5360569](#)). Die Daten wurde in Guinea-Bissau, eines der ärmsten Länder in Westafrika zwischen 1980 und 1983 erhoben. Ausgewertet wurden die Daten mit einem neuen Ansatz zur Vermeidung von verfälschenden Einflüssen. Ob das Ergebnis auf die heutige Zeit und auf Deutschland in dieser Größenordnung übertragbar ist, sollte dringend erforscht werden.

Fazit

Nicht die Impfungen an sich lehnen die Impfkritiker ab, sondern den Umgang der Impfstoffhersteller, der Kontroll- und Zulassungsbehörden und der Ärzte mit berechtigter Kritik die auf wissenschaftlich fundierten Einschätzungen beruht.