# Impfen polarisiert wie kaum ein anderes Thema.

**Befürworter einer rigiden Impfstrategie wollen keine offene und kritische Auseinandersetzung mit Impfungen:
Es könnten sich zu wenige Menschen impfen lassen.
Deswegen fordern sie eine staatliche Impfpflicht.**

**Demgegenüber stellen Impfgegner die Berechtigung von Impfungen grundsätzlich in Frage und halten sie für gefährlich. Zwischen den Polen dieser variationsreichen und inzwischen über 100jährigen Auseinandersetzung stehen junge Eltern und Bürger*innen mit ihren Erfahrungen, mit ihrem persönlichen Gesundheitsverständnis, mit ihren Ängsten und – vor allem – mit ihren Fragen:
Können sie den Empfehlungen vertrauen? Was steckt hinter den Empfehlungen? Wo finden sie verlässlichen Rat, wo werden sie ernst genommen, auch und gerade dann, wenn sie Fragen oder Zweifel haben?**

https://www.individuelle-impfentscheidung.de/index.php/der-kongress-2018/153-impfen-der-kongress-2018

# Einführung Impfthema

Manfred van Treek - Viernheim
Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren, Umweltmedizin

# Film: Wir impfen nicht!

von Michael Leitner

https://www.google.de/?gws_rd=ssl#q=wir+impfen+nicht+film

## Fallbeispiele impfgeschädigter Patienten

**Veranstaltung am 21.09.2019**

**Naturheilverein Heidelberg e.V.**

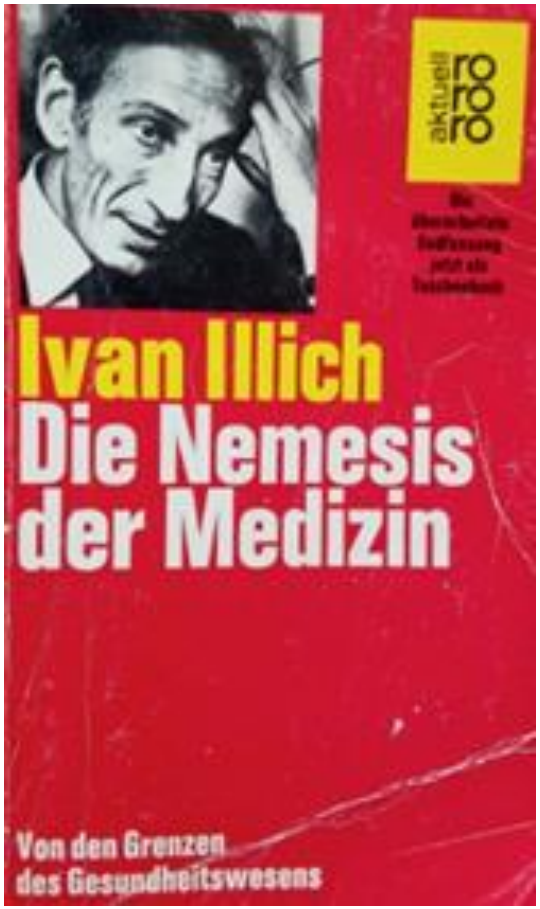
**Akademie für Ganzheitsmedizin – Kohlhof 3**

Ivan Illich 1976:

„Die etablierte Medizin hat sich zu einer ernsten Gefahr für die Gesundheit entwickelt".

Wir hören oft, dass Antibiotika nicht mehr wirken, dass Operationen unnötig durchgeführt werden und dass allein in Deutschland jährlich bis zu 30.000 Menschen an Arzneimittel-nebenwirkungen sterben.

Illich nennt den durch die Medizin erzeugten Schaden für die Gesellschaft und für den einzelnen **„Iatrogenesis*"**, „entstanden durch den Arzt".




Er meint aber nicht den einzelnen Arzt, der nicht perfekt ist, sondern bezieht seine Kritik auf den medizinisch-pharmaindustriellen Komplex. Er prägte den Begriff der **„Medikalisierung der Gesellschaft".**

**(* klinische, soziale und kulturelle Iatrogenesis)**

**Direkte Schadenswirkung durch Fehlbehandlung und Nebenwirkungen** - Entfremdung der Menschen von der Eigenverantwortung - **Vermeintliche Macht des Medizinsystems über Schmerz, Krankheit und Tod**

**Diese Fragen sollte man sich stellen, bevor man zum Impfling wird oder aus seinem Kind einen Impfling machen lässt:**

**1. Sind Impfungen wirksam?**

**2. Sind Impfungen sicher im Sinne von unbedenklich?**

**3. Sind Impfungen notwendig?**

**Frage der Wirksamkeit der Impfstoffe?**

# Erwartungen des Impflings:

**Ich bin vor der Erkrankung geschützt!**

**Durch die Impfung ist mir ein besserer Gesundheitszustand gegeben, als wenn ich mich nicht impfen lasse!**

**Da die Impfung wirksam ist, kann ich sorglos vor mir hinleben!**

- **muss mich nicht anderweitig gegen Infektionskrankheiten wappnen?**
- **gesunde Lebensweise + Ernährung nicht nötig?**
- **brauche keine Work-Life-Balance + Stress-Vermeidung?**
- **Luft, Licht, Vitamin A, D, C?**

**Frage der Wirksamkeit der Impfstoffe?**

**Was versteht die Medizin unter Wirksamkeit?**

**Nachweis eines nach der Impfung entstandenen Antikörpertiters.**

**Nur das wird in sog. Zulassungsstudien für neue Impfstoffe geprüft.**

**Zusatzfrage:**
**Wer führt die Zulassungsstudien durch?**

# Wirksamkeit 2009?

Artikel im **Bundesgesundheitsblatt 2009**

Leitthema

Bundesgesundheitsbl 2009 · 52:1011–1018
DOI 10.1007/s00103-009-0950-1
Online publiziert: 18. September 2009
© Springer-Verlag 2009

H. Kalies[1] · A. Siedler[2]
[1] Abteilung Epidemiologie, Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin, Ludwig-Maximilians-Universität, München
[2] Robert Koch-Institut, Berlin

## Durchführung von Surveillance-programmen zur Überprüfung der Wirksamkeit von Impfprogrammen am Beispiel von Haemophilus influenzae Typ b und Varizellen

Artikel im **Bundesgesundheitsblatt 2009**

gel hohe Impfquoten erreicht werden (siehe auch Herdenimmunität).

Momentan reichen die in Deutschland verfügbaren Routinedaten nicht aus, um die Wirksamkeit von Impfprogrammen zu evaluieren. Daher müssen zusätzliche Surveillanceprogramme initiiert werden. In welcher Form diese Programme durchzuführen sind, hängt in erster Linie von der

**So viel zur Wirksamkeit!**

**Sicherheit?**
**im Sinne von Unbedenk-lichkeit?**

**Wie hoch wird der Prozentsatz des „Underreportings“ geschätzt?**

seiner Behörden. Das Bundesgesundheitsblatt ist die wichtigste gesundheitspolitische Publikation in Deutschland. Dort heißt es in der Ausgabe 12/2004 auf Seite 1161 wörtlich:

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

Wenn Sie nicht glauben können, dass dieses Zitat echt ist, bitte ich Sie hiermit, dies zu überprüfen. Fragen Sie beispielsweise bei der Pressestelle des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) nach, ob das Zitat kor-

# Sicherheit? - im Sinne von Unbedenklichkeit?

**Werden sogenannte „Nachmarktstudien“ durchgeführt?**

**Funktioniert das Meldesystem für unerwünschte Arzneimittelwirkungen „UAW“?**
**Melden Ärzte zuverlässig immer und alle beobachteten UAWs?**

**Wie werden bei den Zulassungsstudien die Impfstoffe gegen Placebo getestet?**

**Wenn es so ist, warum weigert sich das Paul-Ehrlich-Institut dann noch, Geimpfte gegenüber Ungeimpften zu vergleichen?**

# Sicherheit



## Polio-Impfstoffe:
## Meldungen von Impfkomplikationen 2001 - 2012

| Name des Impfstoffs | Gesamt | Todesfälle | Bleibender Schaden | Status unbekannt | nicht wieder-hergestellt | Allgemein-zustand gebessert | wiederher-gestellt |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Boostrix Polio | 146 | 0 | 3 | 30 | 38 | 9 | 66 |
| Hexavac (bis 2005) | 519 | 28 | 9 | 60 | 65 | 5 | 352 |
| Imovax Polio | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Infanrix hexa | 2.196 | 91 | 43 | 451 | 286 | 69 | 1.256 |
| Infanrix-IPV+Hib | 304 | 10 | 8 | 80 | 42 | 5 | 159 |
| IPV-Mérieux | 177 | 1 | 6 | 32 | 54 | 11 | 73 |
| IPV-Virelon | 46 | 0 | 3 | 11 | 15 | 2 | 15 |
| Pentavac | 120 | 2 | 8 | 14 | 26 | 0 | 70 |
| Repevax | 646 | 1 | 7 | 99 | 188 | 29 | 322 |
| Revaxis | 381 | 3 | 9 | 75 | 112 | 13 | 168 |

Daten: PEI-Datenbank Tabelle: impf-report Stand: 24. Juni 2013

# Sicherheit

OPEN ACCESS Freely available online

PLOS ONE

# Epidemiology of Subacute Sclerosing Panencephalitis (SSPE) in Germany from 2003 to 2009: A Risk Estimation

**Katharina Schönberger[1¤], Maria-Sabine Ludwig[2], Manfred Wildner[1], Benedikt Weissbrich[3*]**

**1** Department of Public Health, Bavarian Health and Food Safety Authority, Oberschleissheim, Germany, **2** Department of Public Health, Bavarian Health and Food Safety Authority, Erlangen, Germany, **3** Institute of Virology and Immunobiology, Julius-Maximilian University of Würzburg, Würzburg, Germany

## Abstract

Subacute sclerosing panencephalitis (SSPE) is a fatal long-term complication of measles infection. We performed an estimation of the total number of SSPE cases in Germany for the period 2003 to 2009 and calculated the risk of SSPE after an acute measles infection. SSPE cases were collected from the Surveillance Unit for Rare Paediatric Diseases in Germany and the Institute of Virology and Immunobiology at the University of Würzburg. The total number of SSPE cases was estimated by capture-recapture analysis. For the period 2003 to 2009, 31 children with SSPE who were treated at German hospitals were identified. The capture-recapture estimate was 39 cases (95% confidence interval: 29.2–48.0). The risk of developing SSPE for children contracting measles infection below 5 years of age was calculated as 1:1700 to 1:3300. This risk is in the same order of magnitude as the risk of a fatal acute measles infection.

**Citation:** Schönberger K, Ludwig M-S, Wildner M, Weissbrich B (2013) Epidemiology of Subacute Sclerosing Panencephalitis (SSPE) in Germany from 2003 to 2009: A Risk Estimation. PLoS ONE 8(7): e68909. doi:10.1371/journal.pone.0068909

**Editor:** Jean-Pierre Vartanian, Institut Pasteur, France

**Received** April 28, 2013; **Accepted** June 5, 2013; **Published** July 9, 2013

# Sicherheit

**Table 1.** Characteristics of subacute sclerosing panencephalitis (SSPE) cases in Germany from 2003 to 2009.

| No | Data source | year reported | sex | nationality | year of birth | year of primary SSPE diagnosis | age at SSPE diagnosis | year of measles infection | age at measles infection | country of measles infection | latency period until SSPE diagnosis (years) | number of vaccine doses | age at first/ second vaccination |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ViroWue, ESPED[a] | 2003 | male | Kosovan | 1996 | 2003 | 7 | n. i. | n. i. | n. i. | n. i. | 2 | 5/7 |
| 2 | ViroWue, ESPED | 2003 | male | Turkish | 1997 | 2003 | 6 | 1998 | 1 | born in Germany[b] | 5 | n. i. | n. i. |
| 3 | ViroWue, ESPED | 2003 | male | Turkish | 1995 | 2003 | 8 | n. i. | n. i. | born in Germany[b] | n. i. | 2 | 1/4 |
| 4 | ViroWue | 2003 | male | Iraqi | 1994 | 2003 | 9 | 1996 | 2 | n. i. | 7 | 2 | 3/7 |
| 5 | ViroWue | 2003 | female | n. i. | 1995 | 2003 | 8 | n. i. | n. i. | n. i. | n. i. | n. i. | n. i. |
| 6 | ESPED | 2003 | male | Croatian | 1996 | 2003 | 7 | 1997 | 1 | n. i. | 6 | n. i. | n. i. |
| 7 | ESPED | 2004 | male | German | 1998 | 2004 | 6 | 1999 | 1 | Germany[b] | 5 | 1 | 2 |
| 8 | ViroWue | 2004 | n. i. | n. i. | 1996 | 2004 | 8 | n. i. | n. i. | n. i. | n. i. | 2 | 3/6 |
| 9 | ViroWue [a], ESPED | 2004 | male | German | 1997 | 2002 | 5 | 1998 | 1 | Germany[b] | 4 | n. i. | n. i. |
| 10 | ViroWue [a], ESPED | 2004 | female | n. i. | 1992 | 2002 | 10 | 1994 | 2 | n. i. | 8 | n. i. | n. i. |
| 11 | ViroWue, ESPED | 2005 | male | German | 1995 | 2005 | 10 | 1996 | 1 | Germany[b] | 9 | 2 | 7/8 |
| 12 | ViroWue, ESPED | 2005 | male | Angolan | 1992 | 2005 | 13 | 1993 | 1 | n. i. | 12 | 1 | 12 |
| 13 | ViroWue, ESPED | 2005 | female | German | 1995 | 2005 | 10 | 1996 | 1 | Germany[b] | 9 | 1 | 1 |
| 14 | ViroWue | 2005 | female | Turkish | 1995 | 2005 | 10 | 1996 | 1 | n. i. | 10 | n. i. | n. i. |
| 15 | ViroWue | 2005 | female | German | 1995 | 2005 | 10 | 1995 | 0 | Germany[b] | 10 | 2 | n. i. |
| 16 | ViroWue | 2005 | n. i. | n. i. | 1996 | 2005 | 9 | n. i. | n. i. | n. i. | n. i. | n. i. | n. i. |
| 17 | ViroWue | 2005 | male | n. i. | 1997 | 2005 | 8 | n. i. | n. i. | n. i. | n. i. | n. i. | n. i. |
| 18 | ESPED | 2005 | male | German | 1994 | 2005 | 11 | 1995 | 1 | Germany[b] | 10 | n. i. | n. i. |
| 19 | ESPED | 2005 | male | Kosovan | 1994 | 2005 | 11 | n. i. | n. i. | n. i. | n. i. | 1 | n. i. |
| 20 | ESPED | 2005 | male | Turkish | 1995 | 2005 | 10 | 1996 | 1 | n. i. | 9 | 2 | 1/4 |
| 21 | ViroWue, ESPED | 2005 | male | Turkish | 2004 | 2005 | 1 | n. i. | n. i. | n. i. | n. i. | 1 | 1 |
| 22 | ViroWue | 2006 | male | n. i. | 2001 | 2006 | 5 | 2001 | 1 | Germany[c] | 4 | 2 | 1/n. i. |
| 23 | ViroWue | 2006 | male | n. i. | 1993 | 2006 | 13 | n. i. | n. i. | n. i. | n. i. | n. i. | n. i. |
| 24 | ViroWue | 2006 | male | German | 1997 | 2006 | 9 | 1998 | 1 | Germany[b] | 8 | n. i. | n. i. |
| 25 | ViroWue | 2006 | male | Tamil | 1998 | 2006 | 8 | 1999 | <1 | Germany[c] | 7 | n. i. | n. i. |
| 26 | ViroWue, ESPED | 2007 | female | German/Romanian | 1998 | 2007 | 9 | 1999 | 1 | Germany[b] | 8 | n. i. | n. i. |
| 27 | ESPED | 2007 | female | Turkish | 1999 | 2007 | 8 | 2000 | 1 | n. i. | 7 | 3 | n. i. |
| 28 | ViroWue, ESPED | 2008 | female | German | 2005 | 2008 | 3 | 2006 | 1 | Germany[b] | 2 | 1 | 2 |
| 29 | ViroWue | 2008 | male | German | 1996 | 2008 | 12 | 1997 | 1 | Germany[b] | 11 | 1 | 1 |
| 30 | ESPED | 2008 | male | German | 1998 | 2008 | 10 | 1999 | 1 | Germany[b] | 9 | 2 | 7/10 |
| 31 | ViroWue | 2009 | male | n. i. | 1997 | 2009 | 12 | n. i. | n. i. | n. i. | n. i. | n. i. | n. i. |

abbreviations: n. i. – no information, ESPED - Surveillance Unit for Rare Paediatric Diseases in Germany, ViroWue - Institute of Virology and Immunobiology at the University of Würzburg,

[a]reported to ESPED in 2004, samples tested at ViroWue in 2002.

[b]country of infection assumed to be Germany because of German nationality and/or birth in Germany.

[c]country of infection Germany based on anamnestic information.

doi:10.1371/journal.pone.0068909.t001

# Sicherheit

| No | Data source | year reported | sex | nationality | year of birth | year of primary SSPE diagnosis | age at SSPE diagnosis | year of measles infection | age at measles infection | country of measles infection | latency period until SSPE diagnosis (years) | number of vaccine doses | age at first/ second vaccination |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ViroWue, ESPED[a] | 2003 | male | Kosovan | 1996 | 2003 | 7 | n. i. | n. i. | n. i. | n. i. | 2 | 5/7 |
| 2 | ViroWue, ESPED | 2003 | male | Turkish | 1997 | 2003 | 6 | 1998 | 1 | born in Germany[b] | 5 | n. i. | n. i. |
| 3 | ViroWue, ESPED | 2003 | male | Turkish | 1995 | 2003 | 8 | n. i. | n. i. | born in Germany[b] | n. i. | 2 | 1/4 |
| 4 | ViroWue | 2003 | male | Iraqi | 1994 | 2003 | 9 | 1996 | 2 | n. i. | 7 | 2 | 3/7 |
| 5 | ViroWue | 2003 | female | n. i. | 1995 | 2003 | 8 | n. i. | n. i. | n. i. | n. i. | n. i. | n. i. |
| 6 | ESPED | 2003 | male | Croatian | 1996 | 2003 | 7 | 1997 | 1 | n. i. | 6 | n. i. | n. i. |
| 7 | ESPED | 2004 | male | German | 1998 | 2004 | 6 | 1999 | 1 | Germany[b] | 5 | 1 | 2 |
| 8 | ViroWue | 2004 | n. i. | n. i. | 1996 | 2004 | 8 | n. i. | n. i. | n. i. | n. i. | 2 | 3/6 |
| 9 | ViroWue [a], ESPED | 2004 | male | German | 1997 | 2002 | 5 | 1998 | 1 | Germany[b] | 4 | n. i. | n. i. |
| 10 | ViroWue [a], ESPED | 2004 | female | n. i. | 1992 | 2002 | 10 | 1994 | 2 | n. i. | 8 | n. i. | n. i. |
| 11 | ViroWue, ESPED | 2005 | male | German | 1995 | 2005 | 10 | 1996 | 1 | Germany[b] | 9 | 2 | 7/8 |
| 12 | ViroWue, ESPED | 2005 | male | Angolan | 1992 | 2005 | 13 | 1993 | 1 | n. i. | 12 | 1 | 12 |
| 13 | ViroWue, ESPED | 2005 | female | German | 1995 | 2005 | 10 | 1996 | 1 | Germany[b] | 9 | 1 | 1 |
| 14 | ViroWue | 2005 | female | Turkish | 1995 | 2005 | 10 | 1996 | 1 | n. i. | 10 | n. i. | n. i. |
| 15 | ViroWue | 2005 | female | German | 1995 | 2005 | 10 | 1995 | 0 | Germany[b] | 10 | 2 | n. i. |
| 16 | ViroWue | 2005 | n. i. | n. i. | 1996 | 2005 | 9 | n. i. | n. i. | n. i. | n. i. | n. i. | n. i. |

Subacute sklerosierende Panencephalitis

31 Fälle, bei 17 Impfstatus bekannt (alle geimpft, 10 2x)

**Fragen →**

# Sicherheit

„SSPE ist eine tödliche Langzeit-Komplikation der Masern-Infektion“ Katharina Schönberger **Wirklich?**

## Fragen zur epidemiologischen SSPE-Studie Schönberger 2013:

Gibt es SSPE ohne Impfung?

Ging man erst aufgrund der Diagnose von einer „früheren Maserninfektion“ aus?

Waren frühere Masern überhaupt bewiesen, wenn bei den Betroffenen 2-11 Jahre später SSPE auftrat?

Wurde die „frühere Maserninfektion“ durch Labor bestätigt, oder nur durch „Verdachtssymptome“ vermutet?

# Sicherheit

„SSPE ist eine tödliche Langzeit-Komplikation der Masern-Infektion“ Katharina Schönberger **Wirklich?**

Wenn die Kinder eindeutig Masern hatten, warum wurde dann mindestens 17 von 31 geimpft?

**Besteht die eigentliche Gefahr in der Impfung?**

**Oder darin, dass nach einer Maserninfektion geimpft wurde?**

Ruht der Erreger ähnlich wie bei Windpocken und wird erst durch den Erreger des Lebendimpfstoffes aktiviert?

Warum fiel den Autoren nicht auf, dass mindestens 17 der 31 Kinder geimpft waren?

Auf diese Fragen kamen die Studien-Autoren leider nicht, für sie stand von vorneherein fest: „Die SSPE ist eine seltene, fortschreitende, unabänderlich tödlich endende Langzeitkomplikation der Masern-Infektion.“ Der Hersteller eines Masern-4fach-Impfstoffes sieht das übrigens anders:

Aus der **Produktinformation des Impfstoffes „ProQuad“**
Masern-Mumps-Röteln-Varizellen-Lebendimpfstoff

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/proquad-epar-product-information_de.pdf

**Unerwünschte Ereignisse - Erkrankungen des Nervensystems**

Häufigkeit „gelegentlich“: Fieberkrämpfe, Schläfrigkeit

Häufigkeit „selten“: Ataxie, Krampfanfälle, Kopfschmerzen, schrilles Schreien, Hyperkinesie, Hypersomnie, Lethargie, Tremor

Häufigkeit „nicht bekannt“: Afebrile Krämpfe oder Anfälle, Fazialisparese, Apoplexie, Benommenheit, abnormes Traumverhalten, Enzephalopathie*, Guillain-Barré-Syndrom, Masern-Einschlusskörperchen-Enzephalitis (MIBE), Augenmuskellähmungen, Parästhesien, Polyneuritis, Polyneuropathie, subakute sklerosierende Panenzephalitis (SSPE), Synkopen, transverse Myelitis, Tremor

# Sicherheit

„SSPE ist eine tödliche Langzeit-Komplikation der Masern-Infektion“ Katharina Schönberger **Wirklich?**

Format: Abstract Send to

Pediatr Neurol. 1989 Nov-Dec;5(6):339-41.

## Changing character of subacute sclerosing panencephalitis in the United States.

Dyken PR[1], Cunningham SC, Ward LC.

**Author information**

1 Department of Neurology, University of South Alabama, College of Medicine, Mobile 36617.

**Abstract**

We analyzed National Registry data from 575 patients with subacute sclerosing panencephalitis (SSPE) in the United States to assess changes in patient characteristics and SSPE epidemiology. Racial proportions have changed in recent years with an increasing number of Hispanic patients reported in relation to a constant black:white ratio; however, the male:female ratio of approximately 2:1 has remained. The most striking feature of the data is the rapid decline in SSPE incidence. Corresponding to this decrease is an increase in the proportion of cases following measles vaccination. There also is a shorter incubation period for SSPE following vaccination than after measles infection.

**Comment in**

Subacute sclerosing panencephalitis. [Pediatr Neurol. 1991]

PMID: 2491742 DOI: 10.1016/0887-8994(89)90045-3

[Indexed for MEDLINE]

USA

Vor 1963: Zahl der Masern-Todesfälle in USA 1963 auf historischem Tiefstand

1963: Einführung eines Totimpfstoffes gegen Masern

1967: Lebendimpfstoff

1989: Studie Dyken

Bitte informieren über „Infektionsverstärkende Antikörper“ (Antibody Dependend Enhancement =ADE) – Möglicherweise sind diese der Grund, warum viele Kinder nach Impfungen andere schwere Infektionen bekommen oder mit einer Erkältung nach der anderen andauernd Termine beim Kinderarzt haben.

https://de.wikipedia.org/wiki/Infektionsverst%C3%A4rkende_Antik%C3%B6rper

# Sicherheit

https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/Y-300-Z-BECKRS-B-2016-N-70604?hl=true

Bayerische Staatskanzlei

SG München, Urteil v. 03.12.2015 – S 9 VJ 2/06

**Titel:**

**Impfschadensausgleich - BNS-Anfallsleiden durch Infarix-Säuglingsimpfung**

**Normenkette:**

IfSG § 60 Abs. 1 S. 1

**Leitsätze:**

**Von einem Impfschaden ist auszugehen, wenn in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang zu einer Säuglingsimpfung mit "Infarix" ein BNS-Anfallsleiden auftritt, welches durch die Impfung ausgelöst werden kann und wenn zudem keine weitere konkurrierende Ursache feststellbar ist. (redaktioneller Leitsatz)**

**Schlagworte:**

Infektionsschutzgesetz, Säuglingsimpfung, Impfschaden, BNS-Anfallsleiden, Kausalzusammenhang

## Tenor

I.

Es wird unter Aufhebung des Bescheids vom 26.10.2005 sowie des Widerspruchsbescheids vom 22.06.2006 festgestellt, dass der Beklagte verpflichtet ist dem Kläger wegen eines im Zusammenhang mit der Impfung vom 28.06.2001 erlittenen Impfschadens in Gestalt eines Anfallleidens Beschädigtenversorgung nach dem IfSG ab 01.12.2003 zu gewähren.

II.

Der Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Rechtsstreits des Klägers.

# Sicherheit

https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/Y-300-Z-BECKRS-B-2016-N-70604?hl=true

Bayerische Staatskanzlei

**Tatbestand**

Der Kläger begehrt Beschädigtenversorgung nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG).

Der am ...2000 geborene Kläger erhielt am 11.04.2001 und 28.06.2001 jeweils eine Impfung mit dem Impfstoff Infanrix hexa, Chargennummer vgl. Bl. 6 IfSG- Akte, gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Hib, Hepatitis B, Polyomyelitis. Angeschuldigt wurde mit Antrag vom 19.12.2003 die Impfung vom 28.06.2001. Nach Einholung von ärztlichen Unterlagen sowie einer Stellungnahme des D- Institutes zu gemeldeten Impffolgen im Zusammenhang mit dem Impfstoff Infanrix hexa erstellte der Beklagte versorgungsärztliches Gutachten vom 14.06.2005. Dort wurde im Rahmen einer ambulanten Untersuchung von der Mutter geschildert, dass die erste Impfung im April 2001 komplikationslos vertragen worden sei, nach der Impfung am 28.06.2001, die vormittags verabreicht wurde, sei es nachmittags zu hohem Fieber (40 Grad) und schrillem Schreien gekommen. Der Kläger sei ab 30.06.2001 wieder unauffällig gewesen. Am 12.07.2001 sei ein erstes Kopfnicken aufgetreten, ab 14.07.2001 habe Behandlung in der Kinderklinik E-Stadt stattgefunden. Es habe sich ein therapieresistentes Anfallsleiden herausgebildet. Bezüglich des erhöhten Bilirubinwerts, behandelt im Krankenhaus I-Stadt am 04./05. 01.2001 wird familiäres gehäuftes Aufkommen dieses Ikterus geschildert.

Der Beklagte holte Sachverständigengutachten von Prof. Dr. F. vom 06.09.2005 ein. Der Gutachter geht davon aus, dass bei dem Kläger ein BNS- Anfallsleiden besteht und verneint im Ergebnis einen Kausalzusammenhang mit der Impfung vom 28.06.2001. Er verweist insbesondere auf den fehlenden Nachweis einer gesicherten postvakzinalen Encephalopathie. Der Gutachter weist darauf hin, dass die Diagnose eines West-Syndroms (BNS- Anfallleiden) im EEG anhand der beweisenden Hypsarrhythmie getroffen worden sei. Die BNS- Anfallsleiden würden überwiegend im Säuglingsalter zwischen dem zweiten und achten Lebensmonat, bei Knaben sehr viel häufiger als bei Mädchen, auftreten. Ätiologisch kämen alle Störungen bzw. Schädigungen in Betracht, die das Gehirn in Schwangerschaft, bei Geburt oder in der frühen Säuglingszeit betreffen könnten, so Fehlbildungen, exogene Schädigungen, neurometabolische oder degenerative Erkrankungen. Genetische Faktoren würden allenfalls in 30% der Fälle eine Rolle spielen. Es werde hier ab Ende 2001 eine Thetaaktivität erwähnt, die wie bekannt verdächtig in Richtung genetischer Anfallsdetermination gelte, diese hier jedoch nicht auffällig dominierend. Zur Frage einer cerebralen Vorschädigung verweist der Gutachter auf das Kernspintomogram vom 24.07.2001, also ca. 4 Wochen nach der zweiten Impfung. Der Befund sei als unauffällig berichtet, es zeige sich eine Arachnoidalzyste. Sie könne bedeutungslos sein, jedoch auch ein Hinweis auf mögliche andere Vorschädigungen bzw. Fehlbildungen. Die Hyperbilirubinanämie, die mit einem Maximalwert von 18,8 Milligramm pro Deziliter im Krankenhaus I-Stadt beschrieben werde, jedoch möglicherweise einen höheren Maximalwert habe, könne einen Hirnschaden zurückgelassen haben.

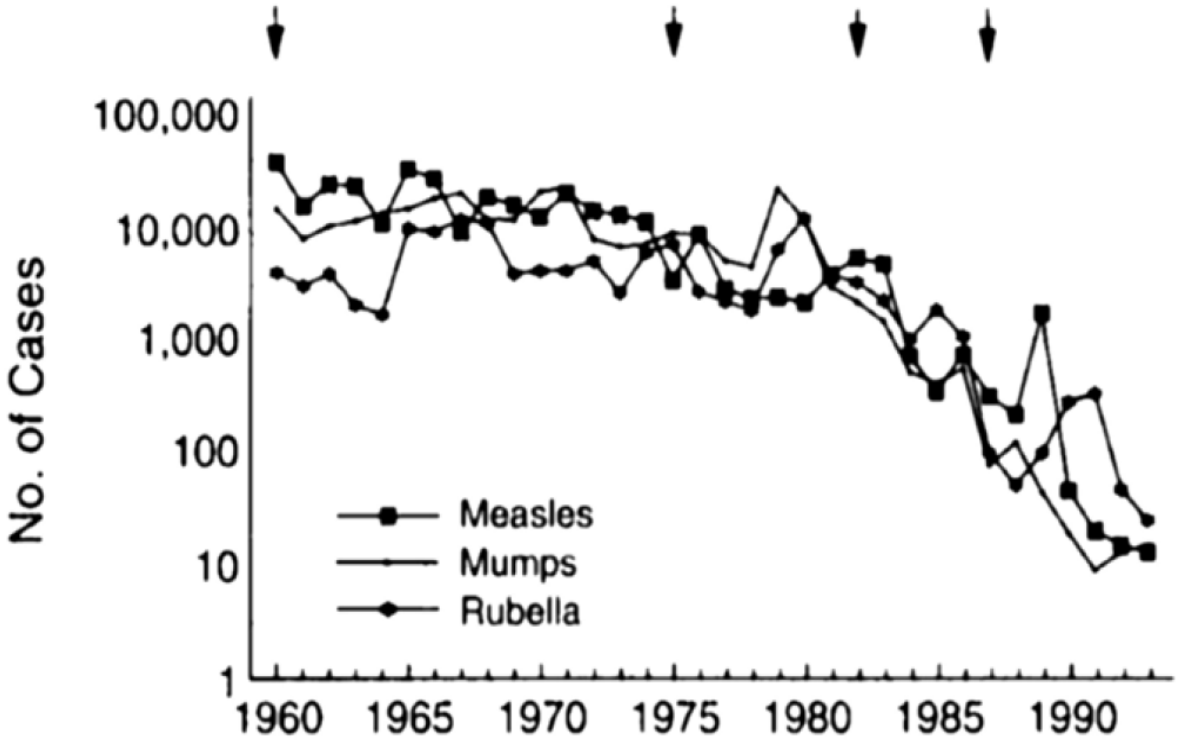
# Frage der **Notwendigkeit?**

Wären Impfungen dann **notwendig**, wenn nur durch sie „impfpräventable“ Krankheiten vermieden werden können?

Wären Impfungen dann **notwendig**, wenn diese Krankheiten, falls sie auftreten, unbehandelbar sind?

Wären Impfungen dann **notwendig**, wenn es stimmte, dass es an den Impfungen lag, dass bestimmte Krankheiten verschwanden, heute nur noch selten auftreten oder ihren Schrecken verloren?

# Finnland 1975-1987




**Die Pfeile bedeuten:**
1960: Mumpsimpfung beim Militär
1975: Start Masernimpfung
1982: Massenimpfung MMR
1987: Blutnachweis erforderlich

Figure 1. Annual Number of Cases of Measles, Mumps and Rubella in Finland.
Übersetzung: Jährliche Masern-, Mumps- und Rötelnfälle in Finnland.

*Peltola u. a., The Elimination of indigenous Measles, Mumps and Rubella from Finland by a 12-Year, two-dose Vaccination Program, New England Journal of Medicine, 1994, 331, S. 1397-1402. (Übersetzung: Die Eliminierung von Masern, Mumps und Röteln in Finnland durch ein 12 Jahre dauerndes Impfprogramm mit zwei Impfdosen.)*

Quelle: Schwarzbuch Impfen – Libertas & Sanitas
http://www.libertas-sanitas.de/

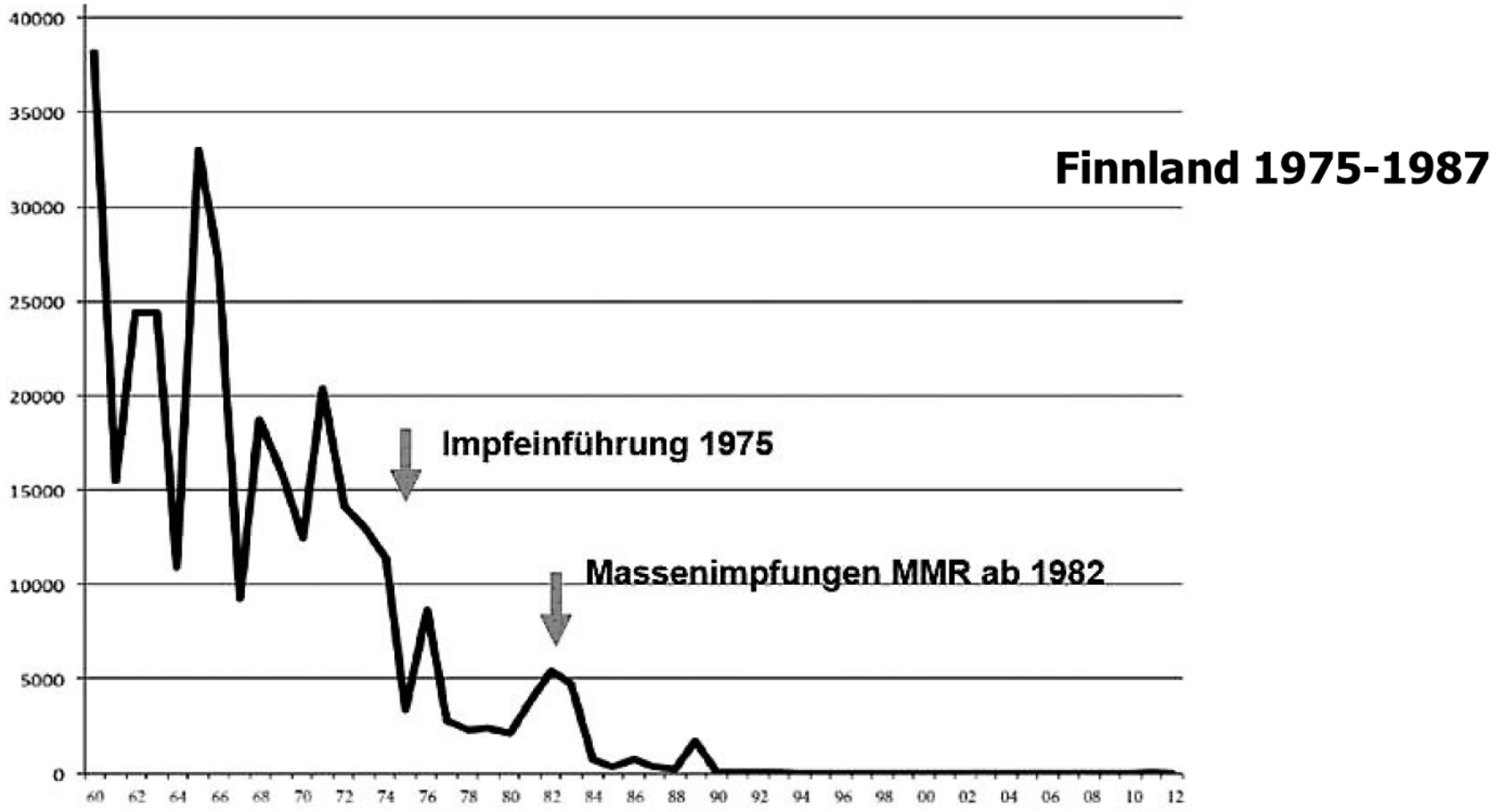
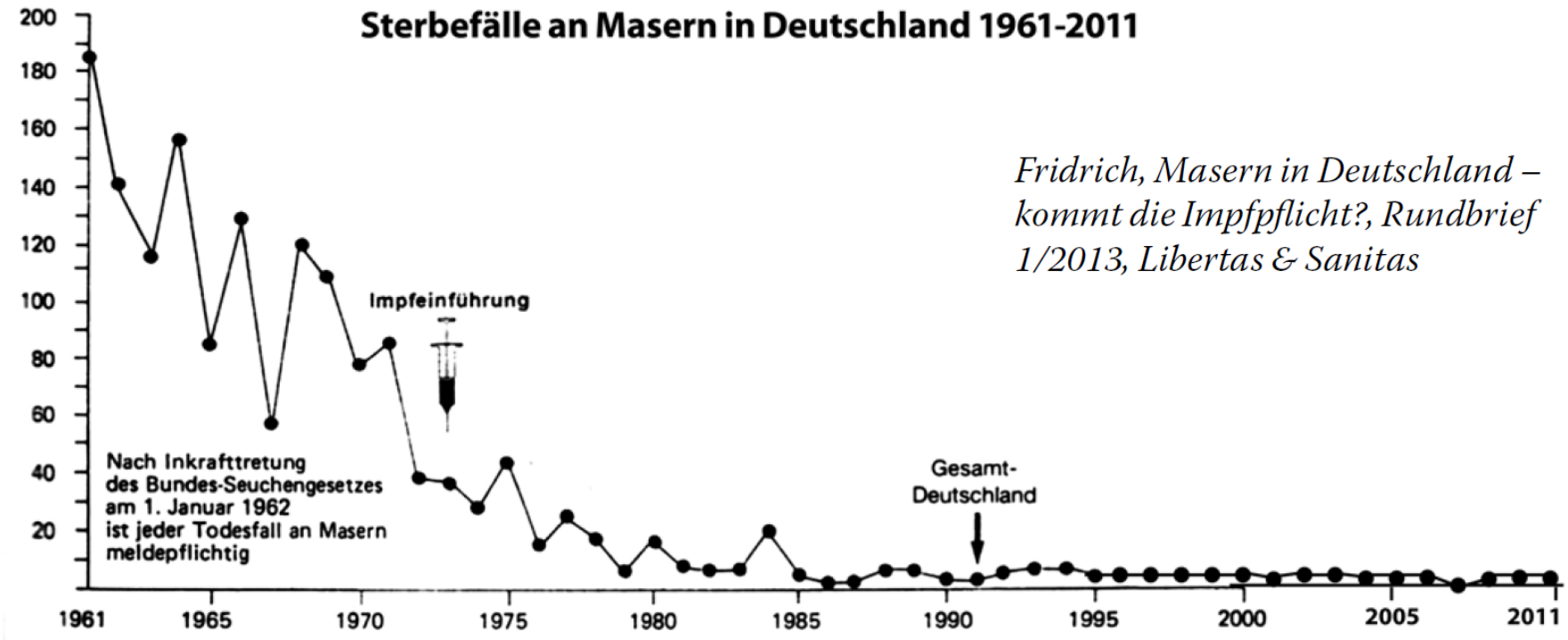



Abb. 5: Masernfälle Finnland (Daten vom National Institute for Health and Welfare).

*Fridrich, Masern in Deutschland – kommt die Impfpflicht?, Rundbrief 1/2013, Libertas & Sanitas*

Quelle: Schwarzbuch Impfen – Libertas & Sanitas
http://www.libertas-sanitas.de/



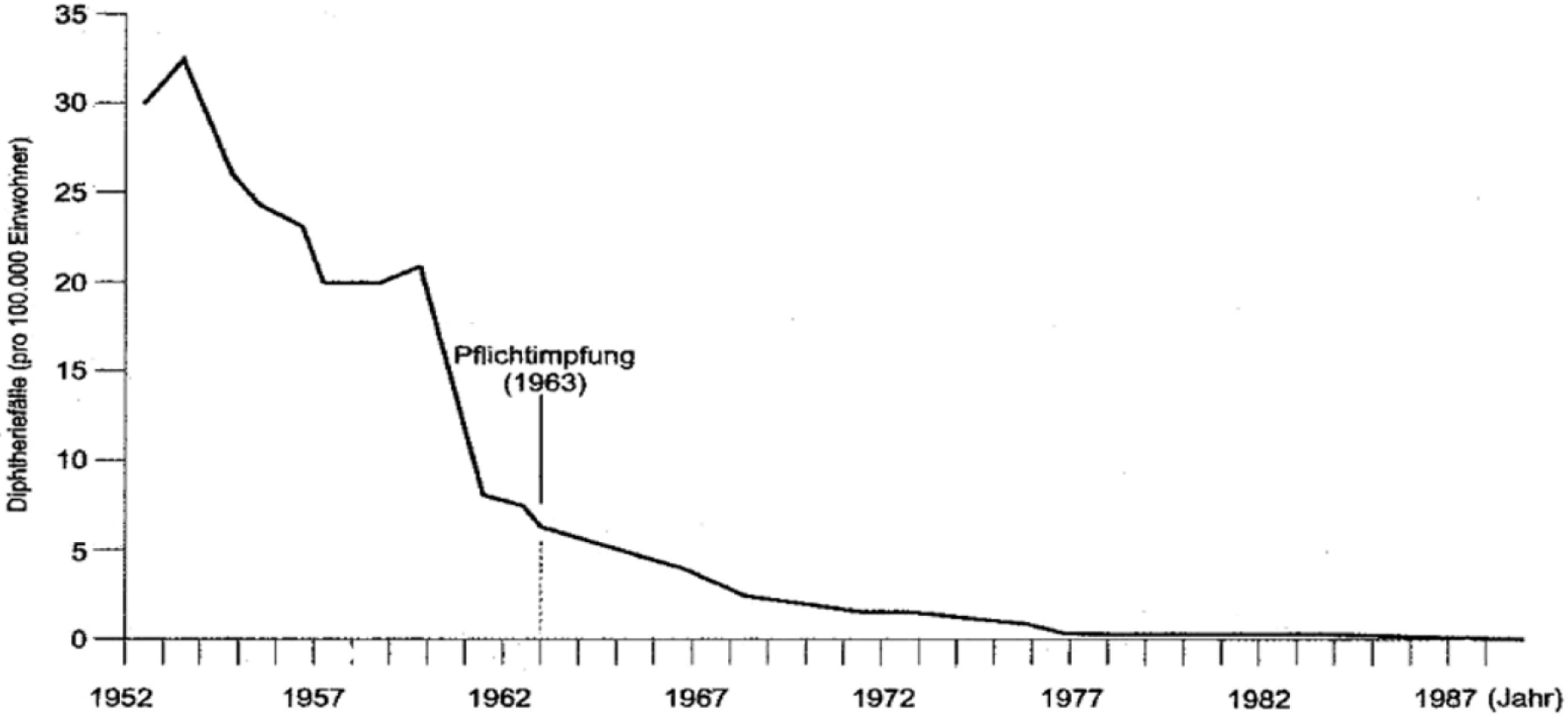

*Fridrich, Masern in Deutschland – kommt die Impfpflicht?, Rundbrief 1/2013, Libertas & Sanitas*

Quelle: Stat. Bundesamt Wiesbaden/Robert Koch-Institut (RKI)
Abbildung aus: Impfen – Das Geschäft mit der Angst; Buchwald, emu, 1. Auflage, 1994, S. 97. Abb. 52 (Daten ab 1993 ergänzt durch Fridrich).

Die Todesfallzahlen waren schon um ca. 90 % zurückgegangen, bevor man Mitte der 70er Jahre zu impfen begann. Bis 1980 wurden unter 50.000 Impfdosen pro Jahr verimpft, was für weniger als 10 % eines Jahrgangs reicht. Dadurch war kein messbarer Einfluss auf das Maserngeschehen zu erwarten.

Quelle: Schwarzbuch Impfen – Libertas & Sanitas
http://www.libertas-sanitas.de/

**Diphtherie-Häufigkeit in Italien (1952-1987)**

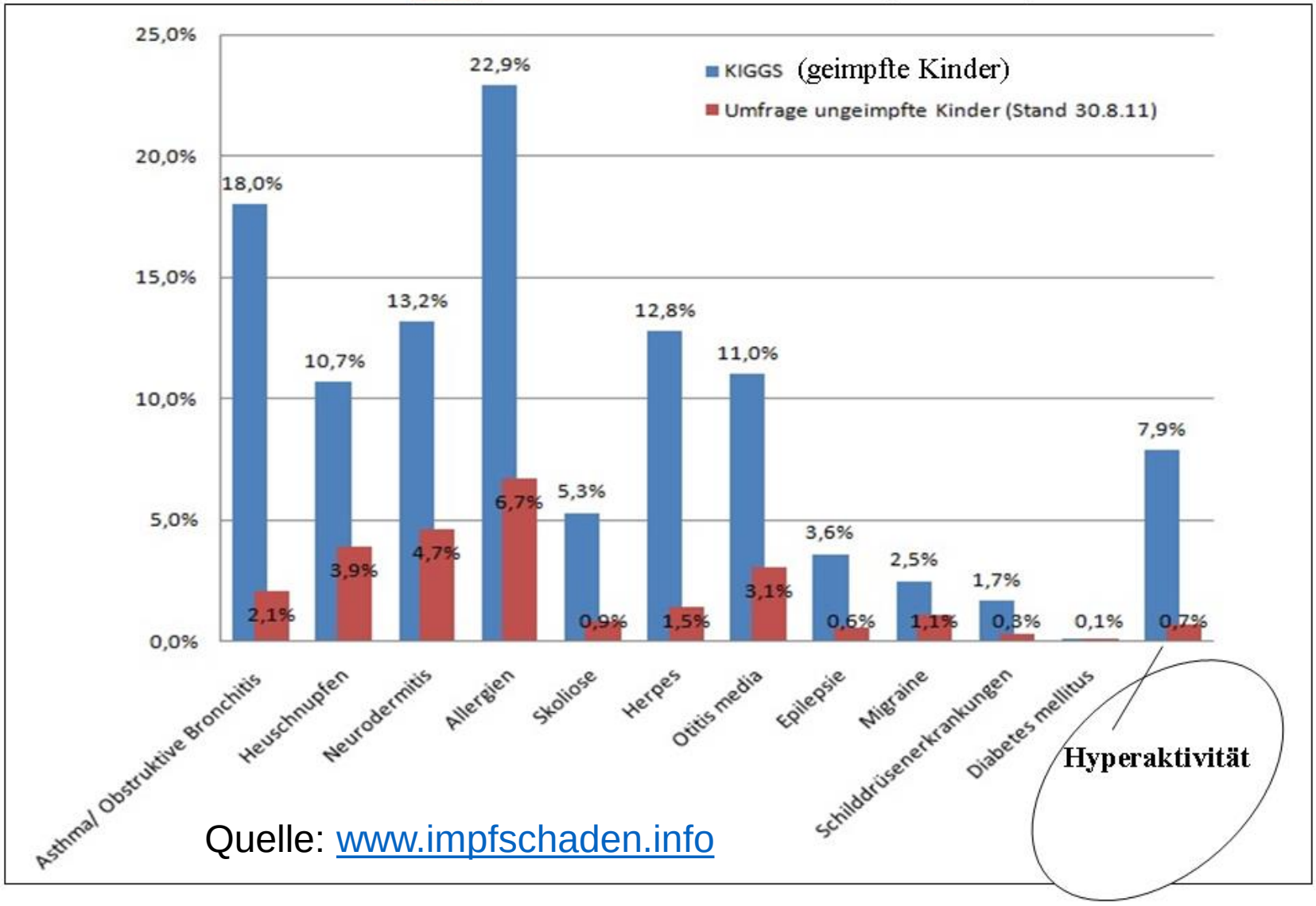



*Biskin u.a., Epidemiology of pertussis in a developed country with low vaccination coverage the Italian experience, Pediatric Infectious Diseases Journal 1962; 11: S. 653-61 Keuchhustenverlauf in einem Industrieland mit niedrigen Impfraten: die Erfahrung in Italien)*

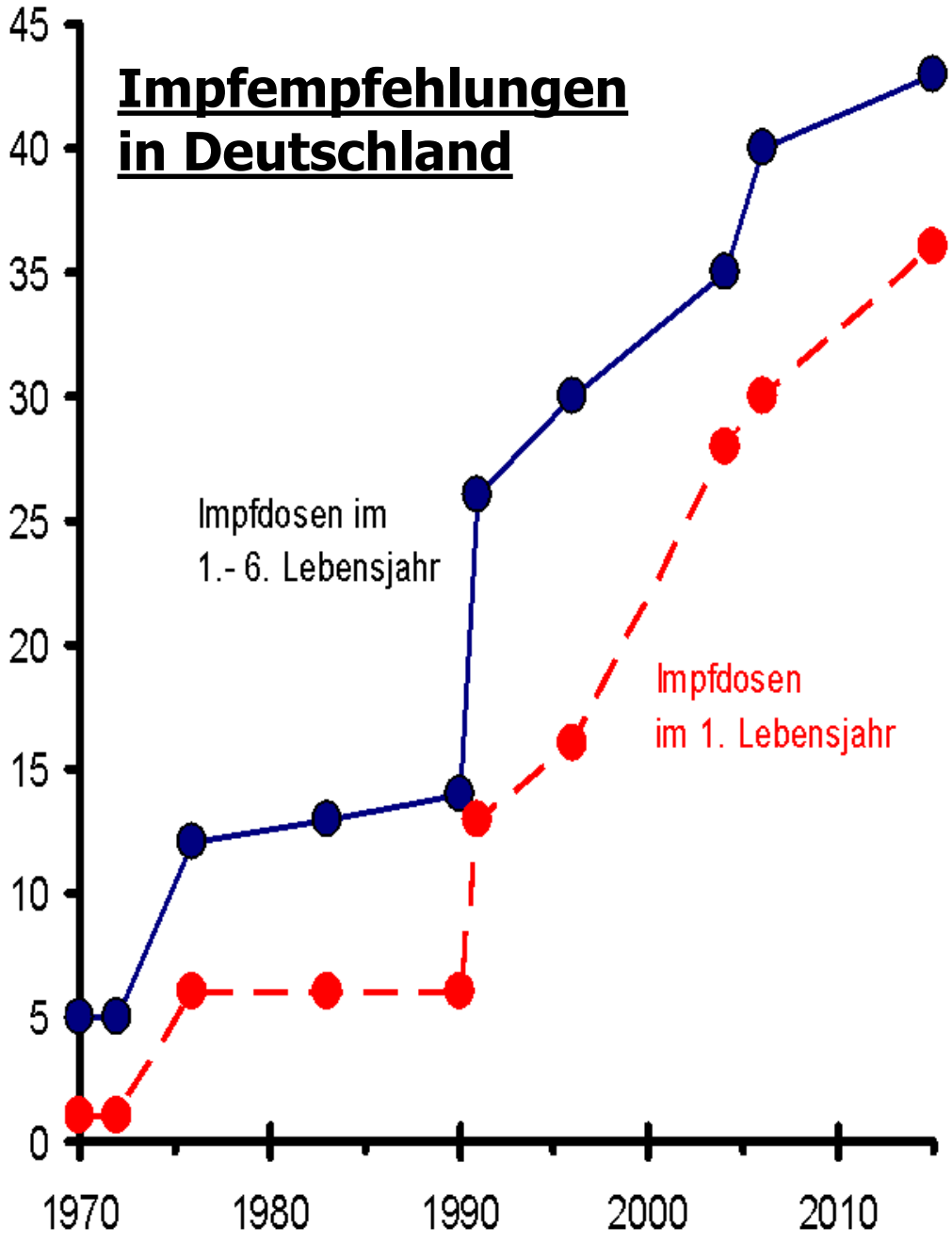
Quelle: Schwarzbuch Impfen – Libertas & Sanitas
http://www.libertas-sanitas.de/

# Vergleich ausgewählter Krankheiten bei KiGGS und Umfrage

(KiGGS: vom Robert-Koch-Institut bundesweit durchgeführte Studie)




Quelle: [www.impfschaden.info](http://www.impfschaden.info)




Quelle:
Impfkalender – Robert-Koch-Institut

# Beispiele von Impfschadensverdachtsfällen

1. Autoimmunerkrankung Diabetes I (LADA)

... 31jähriger Mann

2. ADHS

... 24jähriger Mann

3. Leukämie im 3. Lebensjahr

... 11jähriges Mädchen

4. CFS/ME

... 18jähriges Frau

http://www.impfkritik.de/asia/

ASIA (autoimmune syndrome induced by adjuvants)

Letzte Aktualisierung: 24. Febr. 2014

ASIA ist eine Abkürzung für eine durch Impfstoff-Adjuvanzien hervorgerufene Autoimmunerkrankung.

*Video mit Prof. Shoenfeld, dem Entdecker von ASIA*

Mit "Adjuvanzien" bezeichnet man Zusatzstoffe, die eine Verstärkung der Abwehrreaktion ("Immunreaktion") bewirken sollen.

Meistens handelt es sich hierbei um Aluminiumsalze, in der Regel um Aluminiumhydroxid.

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Autoimmunity

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jautimm

Review

# Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants (ASIA) 2013: Unveiling the pathogenic, clinical and diagnostic aspects

Carlo Perricone [a,b], Serena Colafrancesco [a,b], Roei D. Mazor [a], Alessandra Soriano [a,c], Nancy Agmon-Levin [a], Yehuda Shoenfeld [a,d,*]

[a] The Zabludowicz Center for Autoimmune Diseases, Sheba Medical Center, Tel-Hashomer, Israel
[b] Reumatologia, Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche, Sapienza Università di Roma, Rome, Italy
[c] Department of Clinical Medicine and Rheumatology, University Campus Bio-Medico of Rome, Italy
[d] Incumbent of the Laura Schwarz-Kipp Chair for Research of Autoimmune Diseases, Sackler Faculty of Medicine, Tel-Aviv University, Israel

ARTICLE INFO

*Article history:*
Received 21 October 2013
Accepted 21 October 2013

*Keywords:*
Adjuvant
*Saccharomyces cerevisiae*
Autoimmune/Inflammatory syndrome induced by adjuvants
Autoantibodies
Autoimmunity
Vaccine

ABSTRACT

In 2011 a new syndrome termed 'ASIA Autoimmune/Inflammatory Syndrome Induced by Adjuvants' was defined pointing to summarize for the first time the spectrum of immune-mediated diseases triggered by an adjuvant stimulus such as chronic exposure to silicone, tetramethylpentadecane, pristane, aluminum and other adjuvants, as well as infectious components, that also may have an adjuvant effect. All these environmental factors have been found to induce autoimmunity by themselves both in animal models and in humans: for instance, silicone was associated with siliconosis, aluminum hydroxide with post-vaccination phenomena and macrophagic myofasciitis syndrome. Several mechanisms have been hypothesized to be involved in the onset of adjuvant-induced autoimmunity; a genetic favorable background plays a key role in the appearance on such vaccine-related diseases and also justifies the rarity of these phenomena. This paper will focus on protean facets which are part of ASIA, focusing on the roles and mechanisms of action of different adjuvants which lead to the autoimmune/inflammatory response. The data herein illustrate the critical role of environmental factors in the induction of autoimmunity. Indeed, it is the interplay of genetic susceptibility and environment that is the major player for the initiation of breach of tolerance.

Crown Copyright © 2013 Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.

http://www.impfkritik.de/asia/


## ABSTRACT

In 2011 a new syndrome termed 'ASIA Autoimmune/Inflammatory Syndrome Induced by Adjuvants' was defined pointing to summarize for the first time the spectrum of immune-mediated diseases triggered by an adjuvant stimulus such as chronic exposure to silicone, tetramethylpentadecane, pristane, aluminum and other adjuvants, as well as infectious components, that also may have an adjuvant effect. All these environmental factors have been found to induce autoimmunity by themselves both in animal models and in humans: for instance, silicone was associated with siliconosis, aluminum hydroxide with post-vaccination phenomena and macrophagic myofasciitis syndrome. Several mechanisms have been hypothesized to be involved in the onset of adjuvant-induced autoimmunity; a genetic favorable background plays a key role in the appearance on such vaccine-related diseases and also justifies the rarity of these phenomena. This paper will focus on protean facets which are part of ASIA, focusing on the roles and mechanisms of action of different adjuvants which lead to the autoimmune/inflammatory response. The data herein illustrate the critical role of environmental factors in the induction of autoimmunity. Indeed, it is the interplay of genetic susceptibility and environment that is the major player for the initiation of breach of tolerance.



Crown Copyright © 2013 Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.

Fallbeispiel – **31jähriger Mann**
**Diabetes mellitus I als ASIA-Syndrom, MCS, fehlende Ausdauer und depressive Phasen**

Aus der Anamnese beim Erstbesuch 2008/08: Multiple Chemikalien-Sensitivität MCS, Diabetes Typ 1 seit Mitte 2009, war „über Nacht aufgetreten". Depressive Phasen. Rentner seit 1 Jahr (seit 30.Lj.). fehlende Ausdauer, HbA1c um 8 %.

Grund für den Arztbesuch: möchte vom Arzt für Umweltmedizin sein MCS bestätigt bekommen, kein Arzt nimmt das MCS ernst.

Vorgeschichte:
bis ca. 1993: übliche Kinderimpfungen (bis 7.Lj.)
bis 2008: keine weiteren Impfungen erinnerlich (bis 22.Lj.)
1997-2006: Gymnasium Abitur (11.-20.Lj.). 2,1er-Abitur
2006-2009: Ausbildung 2 1/2 Jahre KFZ-Branche mit sehr hervorragendem Zeugnis (20.-23.Lj.)

Fallbeispiel – **31jähriger Mann**
**Diabetes mellitus I als ASIA-Syndrom, MCS, fehlende Ausdauer und depressive Phasen**

**Mitte 2008: Zeckenbiss + anschließend FSME-Impfung**
Mitte 2009: Beginn Diabetes Typ 1 (23.Lj.)
2012-2014: nur noch Teilzeitarbeit möglich (30 Std/Wo) in einer Textilien-Firma; zuständig u.a. fürs "Auspacken". Und dabei hatte er meistens den Eindruck, in chemischen Wolken arbeiten zu müssen. Parfüms und Duftstoffe führen zu Atemnot, Schwindel, überstarke Müdigkeit mit „imperativem" Hinlegen, wenn die Möglichkeit besteht. Schlafapnoe.
Seit 2014: Arbeitsunfähigkeit (seit 28.Lj.)
Seit 2016: Zeitrente (seit 30.Lj.)
2018: Zeitrente um 2 Jahre verlängert (seit 32.Lj.)

Fallbeispiele - **24jähriger Patient – ADHS**
**Wunsch nach Cannabis-VO - Impfschaden**

Jetzige Beschwerden (2019/08):

Seit 2014: Starke innere Unruhe (seit 19.Lj.), trat verstärkt auf, als Sie in der Ausbildung standen, wurde ausgelöst durch Gedankenzudrang, durch lästige Gedanken, die mit einer gewissen inneren Unsicherheit verbunden waren, ob Sie alles richtig machen würden. Es traten auch Irritationen auf durch Vergesslichkeit und "Schusseligkeit", Sie vergaßen tatsächlich Dinge mitzunehmen, wodurch wiederum Stress entstand, weil Sie Wege doppelt und dreifach zurücklegen mussten. Und all das führte zu Unsicherheitsgedanken nach dem Motto: "was ist mit mir los?".

# Fallbeispiele - **24jähriger Patient – ADHS Wunsch nach Cannabis-VO - Impfschaden**

**Polio, Masern + FSME = Neurotrope Erreger**

TT.08.1995: Geburt
25.08.1995: BCG-Tbc-Impfung (0-1)
11.12.1995: DTPert Hib (0-4)
11.12.1995: Polio Sabin (0-4)
16.01.1996: DTPert (0-5)
29.02.1996: DTPert Hib (0-6)
29.02.1996: Polio Sabin (0-6)
09.12.1996: DTPert Hib (1-4)
09.12.1996: Polio Sabin (1-4)
03.02.1997: MMR (1-6)
**1999: Erstmaliges Auffallen von ADHS-Symptomen (4.Lj.)**
17.02.2000: Twinrix K (4-6)
16.03.2000: Twinrix K (4-7)
28.09.2000: Twinrix K (5-1)
18.06.2002: DT (6-10)
18.06.2002: MMR (6-10)
09.02.2007: Polio Merieux (11-6)
09.02.2007: FSME (11-6)
03.05.2007: FSME (11-9)
18.04.2008: FSME (12-8)

**2009: Diagnose ADHS (14.Lj) - erstmals Methylphenidat über einen Zeitraum von 3 Jahren bis 2012 (14.-17.Lj.)**
**Es half bei der Konzentration.**
**Ansonsten mehrere Nebenwirkungen:**
**Kieferverkrampfung**
**Schweißausbrüche**
**Introvertiertheit**
**Schlafstörungen**

# Fallbeispiele - **24jähriger Patient – ADHS Wunsch nach Cannabis-VO - Impfschaden**

**Meningokokken = neurotrope Erreger**

08.10.2008: NeisVac-C (13-2)
10.09.2009: DTPert (14-1)

**Seit 2011: Cannabis unregelmäßig am Wochenende und mehr in der Freizeit (16.Lj.), Sie merken aber schon mit 16 Jahren (ff.), dass Cannabis eine beruhigende Auswirkung auf Ihre ADHS-bedingte innere Unruhe hat.**

16.05.2013: FSME (17-9)
19.08.2013: Engerix B (18-0)

**2014: erneuter Behandlungsversuch mit Methylphenidat, wegen Nebenwirkungen, besonders Schlafstörungen nach wenigen Wochen abgesetzt.**

26.07.2019: DTPert → Tragik: 1 Monat später Erstbesuch in der Praxis
Zusammen 46 Impfungen in 23 Präparaten.

# Fallbeispiel **- 11jähriges Mädchen - Leukämie**

Erstkonsultation: 05/2017

Letzte Nacht Fieber 38.2°, etwas Halsschmerzen beim Schlucken, Augen brennen und auch etwas Kopfschmerzen.
Befund: Rachenring deutlich gerötet.
Diagnose: Fieberhafter Infekt, Pharyngitis.

Häufig Antibiotika. Kommt jetzt erstmalig in die Praxis, weil sie nicht erneut Antibiotika nehmen soll.
Der Bauch ist immer gebläht.
Auf Wunsch der Eltern soll ein Jod-Test gemacht werden

Therapie: **2x Cantharidenpflaster hinter die Ohren**
Pflanzliches Antibiotikum roher Knoblauch und Meerrettich-Brunnenkresse-Tabletten
**Hochdosiert Vitamin A**

# Fallbeispiel - **11jähriges Mädchen - Leukämie**

Komplett durchgeimpft

geb. Jan 2006
28.03.2006: HepB (0-3) 0,25 mg Al
24.04.2006: TDPerP Hib (0-4) 0,3 mg Al
23.06.2006: TDPerP Hib (0-6) 0,3 mg Al
23.06.2006: HepB (0-6) 0,25 mg Al
07.11.2006: Meningitis (0-10) 0,125 mg Al
17.11.2006: TDPerP Hib (0-10) 0,3 mg Al
05.02.2007: MMR (1-1) KEIN Al
01.06.2007: MMR (1-5) KEIN Al
01.06.2007: HepB (1-5) 0,5 mg Al
02.07.2007: TDPerP Hib (1-6) 0,3 mg Al
02.07.2007: Windpocken (1-6) (kein Al)
24.09.2007: Pneumokokken 0,125 mg Al
27.11.2007: Pneumokokken 0,125 mg Al
25.11.2007: HepB 0,25 mg Al
25.11.2007: TDPerPolio 0,33 mg Al

**15.08.2008:**
**Diagnose Leukämie**
**Chemotherapie**

14.01.2011: Pneumokokken
0,125 mg Al
07.11.2011: MMR Varizellen KEIN Al
Insgesamt 3,28 mg Aluminium

# Fallbeispiel - **18jährige Frau – CFS/ME**

Erstkonsultation 02/2019:

Kann das Haus nur noch im Rollstuhl verlassen.
Gehen zu Hause nur durch „Hangeln von Bett zu Tisch zu Sideboard mit Festhalten an der Wand".
liegt die meiste Zeit.

2013: 3 Gehirnerschütterung innerhalb von 4 Wochen durch Unfälle 2x im Sport und 1x im Klassenzimmer).
Mit diesen Gehirnerschütterungen begann eine Phase mit Hyperventilationen.
Sie hyperventilierten, weil Sie das Gefühl hatten, schlecht Luft zu bekommen. Psychotherapie.

Seit 2013 viele Infekte, alle Winterzeiten durchgehend krank.

# Fallbeispiel - **18jährige Frau – CFS/ME**

Nov/2014: HPV-Impfung, danach ging es Ihnen so schlecht, dass die beiden Folge-Impfungen nicht durchgeführt wurden.

Sie reagierten immer auf Impfungen "komisch", mit Fieber, Bettpflicht. Und das war hier auch so und hatte eine sehr starke Grippe mit muskulärer Beteiligung zur Folge.

2015 Februar - März: starker grippaler Infekt.
Skifreizeit musste abgebrochen werden. Übelkeit, Atemnot, extreme Schwäche, Laufen war ab dem Infektbeginn für 4 Wochen alleine nicht mehr möglich. Danach ging es zwar wieder mit dem Laufen, aber an Sport konnten Sie nicht mehr teilnehmen.
Aufenthalt in der Neuropädiatrie verlief ergebnislos, erneuter Rat zu Psychotherapie.

# Fallbeispiel - **18jährige Frau – CFS/ME**

05/2015 bis 08/2015: Schulbesuch wegen Schwäche nicht möglich.

Seit 2015: schwere Erschöpfung, wurde als "psychisch„ bedingt gedeutet.

10/2015 bis 02/2016: Aufenthalt in der psychosomatischen Tagesklinik in Heidelberg.

Häufige Infekte, lange andauernd, häufige Antibiotika-Einnahme.

Seit Mai 2017: hypermobile Gelenke, das trat "über Nacht" auf (V.a. Ehlers-Danlos-Syndrom, später verworfen). Sie konnten plötzlich Spagat machen, was Sie vorher nicht konnten. Jetzt geht´s wegen "Beinzuckungen" nicht mehr.

# Fallbeispiel - **18jährige Frau – CFS/ME**

01-02/2018: Beginn Myoklonus im linken Bein, Zuckungen sobald das Bein komplett ausgestreckt ist, Zuckungen in beiden Schultern und im ganzen Körper.

01-02/2018: Schwindel bei längerem Sitzen (POTS), Sehstörungen

März 2016: Schulwechsel zur Stephen-Hawking-Schule

05/2017: beginnende Schmerzen in den Handgelenken und Sprunggelenken. Coxa saltans diagnostiziert.

08/2017: Hauptschulabschluss

01-02/2018: Rheumaklinik Garmisch-Partenkirchen dort begann nach Cortison-Injektionen die Zuckung im rechten Bein, die bis heute anhält.

# Fallbeispiel - **18jährige Frau – CFS/ME**

Im Oktober 2018 bei einem Spezialisten für Stoffwechselmedizin
CFS, Nachweis von EBV, Herpes zoster Herpes simplex ½
Multiple Chemikalien-Sensitivität
Chronisches Schmerzsyndrom, Oligoarthritis
Erhöhtes Interleukin 6 und CRP
Myoklonus-Syndrom linker Oberschenkel

**EPIKRISE:**

Die 17-jährige Patientin ist in rheumatologischer Betreuung, sie stellt sich hier vor zur weiteren Abklärung ihres Fatiguesyndroms. Bei den gehäuften Infekten und der positiven Serologie auf EBV führten wir eine Elispot durch um zu sehen ob eine aktuelle EBV-Belastung vorliegt. Mittels dem Elispot finden sich aktuell nur geringgradige pos. T-Zellreaktionen, so dass diese Genese des Fatiguesyndroms im Moment eher unwahrscheinlich ist und daher in diese Richtung sich keine Maßnahmen anbieten. Bei der Messung der Herzfrequenzvariabilität haben wir bei ihr eine ausgeprägte Stressbelastung vorgefunden mit einer massiven Erschöpfung des veg. Nervensystems. Sicherlich muss neurologischer Seits überprüft werden in wie weit der Myoklonus behandelbar ist. Wegen Ihrer Einschränkung aufgrund des Myoklonus und ME/CFS ist die Patientin aus ärztlicher Sicht auf einen Rollstuhl angewiesen.

# Fallbeispiel - **18jährige Frau – CFS/ME**

Geb. 28.03.2001
27.06.2001: TDPert Hib Polio (0-3)
26.07.2001: TDPert Polio (0-4)
19.09.2001: TDPert Hib Polio (0-6)
31.05.2002: MMR (1-2)
30.07.2002: TDPert Hib Polio (1-4)
02.09.2003: HepB (2-6)
13.11.2003: HepB (2-8)
12.12.2003: MMR (2-9)
15.04.2004: FSME (3-1)
13.05.2004: FSME (3-2)
29.07.2004: HepB (3-4)
04.04.2005: FSME (4-1)
10.10.2006: Windpocken (5-7)
**2006/2007: Paukenröhrchen bds**
10.07.2007: TDPert (6-4)
31.10.2007: NeisVac-C (6-7)
28.04.2008: FSME (7-1)
18.10.2011: Grippe (10-7)
31.05.2012: FSME (11-2)
14.08.2012: TDPert (11-5)
01.08.2013: Polio (12-5)
**2013: 3 Gehirnerschütterung innerhalb von 4 Wochen durch Unfälle - Seit 2013 viele Infekte, alle Winterzeiten durchgehen krank**
10.04.2014: HPV Gardasil (13-1)
**2015-dato: Chariva = Anti-Baby-Pille (14.Lj. - dato)**
**Seit 2015: schwere Erschöpfung**
18.08.2017: FSME (16-5)
45 Impfungen
**01-02/2018: Rheumaklinik Garmisch-Partenkirchen dort begann nach Cortison-Injektionen die Zuckung im rechten Bein**

# Fallbeispiel - **18jährige Frau – CFS/ME**

**Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen**
**Eingangsbestätigung**

Sehr geehrter Herr van Treek,

haben Sie vielen Dank für Ihre Meldung über einen Verdachtsfall einer unerwünschten Arzneimittelwirkung, der bei Anwendung des u.g. Präparates beobachtet wurde. Wir haben Ihren Bericht in unsere Dokumentation übernommen.

| PEI-Nummer | Meldedatum | Bearbeitungsnummer | Patientenangaben |
|---|---|---|---|
| **PEI2019002134** | **05.04.2019** | | **geb. 2001, weiblich** |

| Arzneimittel (Charge) |
|---|
| **Gardasil (K004215)** |

| Unerwünschte Arzneimittelwirkung [MedDRA-Term, MedDRA-Code] |
|---|
| **Neurologische Störungen [Neurologic disorder NOS, 10029286]**<br>**Muskelzucken [Muscle twitching, 10028347]**<br>**Muskelschmerzen [Muscle pain, 10028322]**<br>**CFS [Chronic fatigue syndrome, 10008874]**<br>**Paresen im Bereich der Extremitäten [Limb paresis, 10065012]**<br>**Ehlers-Danlos-Syndrom [Ehlers-Danlos syndrome, 10014316]** |

Bitte beachten Sie, dass das PEI keine Impfschäden bewertet und keine Begutachtung im Rahmen des Sozialen Entschädigungsrechts durchführt. Die Beurteilung, ob ein Impfschaden vorliegt bei der betroffenen Person entscheidet das zuständige Versorgungamt bzw. eine entsprechende Landesbehörde.
Das PEI beurteilt die Verdachtsmeldungen nach Aktenlage lediglich in Bezug auf die Diskussion neuer Risikosignale, um so die Nutzen-Risiko-Bewertung des Impfstoffes überprüfen zu können.

Bitte geben Sie bei einem weiteren Briefwechsel die PEI-Nummern unbedingt an.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag
gez. Dr.med. Dirk Mentzer
(Referatsleiter Pharmakovigilanz I)

Das Paul-Ehrlich-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit / The Paul-Ehrlich-Institut is an Agency of the German Federal Ministry of Health
Paul-Ehrlich-Straße 51-59
63225 Langen
Deutschland / Germany
Telefon / Phone +49 (0) 6103 77 0
Fax +49 (0) 6103 77 1234
>> www.pei.de

# Wenn die Impfpflicht kommt – was tun?

(Vorschläge von Hans Tolzin – Impfreport Nr. 123 - S. 51 ff.)

1. Raus aus der Isolierung und rein ins impfkritische Netzwerk!
2. Infomaterialien verteilen
3. Mein persönliches „Coming Out" kann die Welt verändern
4. Nutzen Sie die Bürgersprechstunden Ihrer Abgeordneten
5. Sprechen Sie Ihren Arzt oder Apotheker auf DAGIA an
   Deutsche Arbeitsgemeinschaft für unabhängige Impfaufklärung
6. Spenden Sie für die Vorbereitung einer Verfassungsklage
7. Suchen Sie aktiv nach einem impfkritischen Rechtsanwalt
8. **Überprüfen Sie sich und Ihre Familie auf mögliche Kontraindikationen**
9. **Überprüfen Sie sich und Ihre Familie auf mögliche stille Feiungen**
10. Organisieren Sie Veranstaltungen und Vorträge

# Masern-Antikörper-Titer der Mitarbeiter und dreier Patienten einer Arztpraxis in einer südhessischen Kleinstadt

Chef 64, Helferin 62, Helferin 61 Jahre alt

| Infektionsserologie | | | |
|---|---|---|---|
| Masern-Virus-AK (IgG) | >300,0 | AU/ml | < 13,5<br>< 13,5 negativ<br>13,5 - 16,5 grenzwertig<br>> 16,5 positiv |

Patientin 20 Jahre alt, nicht Masern-geimpft!

| Infektionsserologie | | | |
|---|---|---|---|
| Masern-Virus-AK (IgG) | >300,0 | AU/ml | < 13,5<br>< 13,5 negativ<br>13,5 - 16,5 grenzwertig<br>> 16,5 positiv |

Patientin 9 Jahre alt, nicht MMR-geimpft!
Keine der Kinderkrankheiten bewusst erlebt.

| Infektionsserologie | | | |
|---|---|---|---|
| Masern-Virus-AK (IgG) | >300,0 | AU/ml | < 13,5<br>< 13,5 negativ<br>13,5 - 16,5 grenzwertig<br>> 16,5 positiv |
| Rubella-AK (IgG) | 43,0 | IU/ml | < 7,0<br>Graubereich: 7,0 bis 10,0<br>positiv: > 10,0 |
| | | | Bitte beachten Sie den geänderten Referenzbereich aufgrund einer Umstellung des Reagenzien-Testkits. |
| Rubella-AK (IgM) | <10.00 | AU/ml | < 20,0<br>Graubereich: 20,0 - 25,0<br>positiv: > 25,0 |
| Mumps-Virus-AK (IgG) | 69,2 | AU/ml | < 9<br>< 9,0 negativ<br>9,0 - 11,0 grenzwertig<br>> 11,0 positiv |

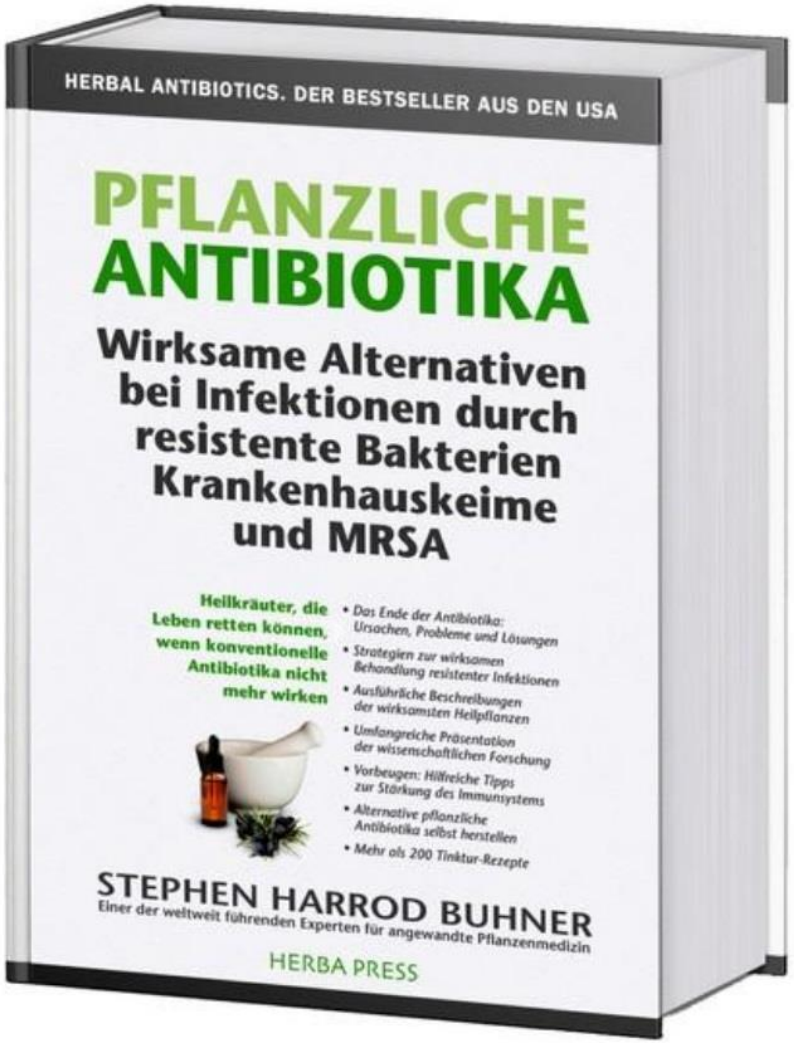
Patientin 31 Jahre alt, leider geimpft

| Infektionsserologie | | | |
|---|---|---|---|
| Masern-Virus-AK (IgG) | 34,0 | AU/ml | < 13,5<br>< 13,5 negativ<br>13,5 - 16,5 grenzwertig<br>> 16,5 positiv |

**Aus dem „RKI-Ratgeber Masern“:**

Erkrankte Personen sollten in der akuten Krankheitsphase Bettruhe einhalten. Eine spezifische antivirale Therapie gibt es nicht. Die symptomatische Therapie ist abhängig von den Organmanifestationen. Neben fiebersenkenden Medikamenten und Hustenmitteln ist bei bakteriellen Superinfektionen, z.B. Otitis media und Pneumonie, eine antibiotische Therapie indiziert.
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Masern.html#doc2374536bodyText10

Was hier von staatlicher Stelle empfohlen wird, ist **kontraproduktiv**. Man könnte es auch als **Katastrophe** bezeichnen. Oder **Betrug an der Bevölkerung**. Bis auf den wichtigen Rat, Bettruhe einzuhalten, sind diese Empfehlungen aus naturheilkundlicher Sicht fragwürdig. Es fehlt auch der Hinweis, dass Kontakt zu anderen Kindern vermieden werden soll (Quarantäne). Mit fiebersenkenden Medikamenten sind wahrscheinlich Paracetamol oder Ibuprofen gemeint. Jeder Arzt, der so etwas bei Masern anordnet oder gar Antibiotika verschreibt, vermindert damit die Immunabwehr des Kindes.


HERBAL ANTIBIOTICS. DER BESTSELLER AUS DEN USA
PFLANZLICHE ANTIBIOTIKA
Wirksame Alternativen bei Infektionen durch resistente Bakterien Krankenhauskeime und MRSA
Heilkräuter, die Leben retten können, wenn konventionelle Antibiotika nicht mehr wirken
• Das Ende der Antibiotika: Ursachen, Probleme und Lösungen
• Strategien zur wirksamen Behandlung resistenter Infektionen
• Ausführliche Beschreibungen der wirksamsten Heilpflanzen
• Umfangreiche Präsentation der wissenschaftlichen Forschung
• Vorbeugen: Hilfreiche Tipps zur Stärkung des Immunsystems
• Alternative pflanzliche Antibiotika selbst herstellen
• Mehr als 200 Tinktur-Rezepte
STEPHEN HARROD BUHNER
Einer der weltweit führenden Experten für angewandte Pflanzenmedizin
HERBA PRESS

HERBAL ANTIVIRALS. DER BESTSELLER AUS DEN USA
PFLANZLICHE VIRENKILLER
Immunstärkung und natürliche Heilmittel bei schweren und resistenten Virusinfektionen
Heilkräuter, die erfolgreich Viren abwehren und Infektionen bekämpfen können
• Behandlungsstrategien bei Infektionen durch Grippe-, FSME-, West Nil-, Dengue-Viren, SARS, Zika, Herpes & Co
• Ausführliche Beschreibungen der wirksamsten Heilpflanzen
• Umfangreiche Präsentation der wissenschaftlichen Forschung
• Vorbeugen: Hilfreiche Anwendungen zur Stärkung des Immunsystems
• Pflanzliche Antivirenmittel selbst herstellen
STEPHEN HARROD BUHNER
Einer der weltweit führenden Experten für angewandte Pflanzenmedizin
HERBA PRESS

Das Referenzwerk des US-Bestseller-Autors Stephen Harrod Buhner, einer der weltweit führenden Experten für angewandte Pflanzenmedizin:

# PFLANZLICHE ANTIBIOTIKA

## Wirksame Alternativen bei Infektionen durch resistente Bakterien, Krankenhauskeime und MRSA.

*Die Wachstumskurve von Mikroorganismen ist unerbittlich.*
*Es ist nur eine Frage der Zeit, bis es zu Epidemien resistenter Mikroorganismen kommt.*
*Wir haben nicht mehr viel Zeit. Wenn diese Zeit gekommen ist, werden die meisten – wenn nicht gar alle – pharmazeutischen Antibiotika nutzlos sein.*

*Es gibt Alternativen zu den Pharmazeutika, die einst unsere Retter zu sein schienen und uns nun zum Verhängnis geworden sind.* ***Bakterien entwickeln keine Resistenzen gegen Medizinkräuter. Sie können es nicht.*** *Pflanzen haben sich mit Bakterien auseinandergesetzt, bevor die menschliche Spezies überhaupt existierte – etwa 700 Millionen Jahre lang!*

**Stephen Harrod Buhner**

# Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (auch Verdachtsfälle)

an das Paul-Ehrlich-Institut, Referat Arzneimittelsicherheit, Paul-Ehrlich-Str. 51-59, 63225 Langen

Tel: (06103) 77-0

Dieses Feld bitte nicht ausfüllen

Fax: (06103) 77-1234

| Code-Nr. | Pat. Init. Nachn | Vorn. | Geburtsdatum Tag | Mon. | Jahr | Geschlecht m ☐ | w ☐ | Größe (cm) | Gewicht (kg) | Tätigkeit | ethn. Zugeh. | Schwangerschafts-monat: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |

Beobachtete unerwünschte Wirkungen | aufgetreten am: | Dauer:

| Arzneimittel/Darreichungsform | Tagesdosis | Applikation | von gegeben | bis | wegen |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Arzneimittel: Chargen-Nr.: | | | | | |
| 2. Chargen-Nr.: | | | | | |
| 3. Chargen-Nr.: | | | | | |
| 4. Chargen-Nr.: | | | | | |

| Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel Nr. 1 2 3 4 | dieses früher gegeben ☐ ja ☐ nein | vertragen ☐ ja ☐ nein | ggf. Reexposition ☐ ja ☐ nein |
|---|---|---|---|
| | | | |

**Grunderkrankung:**

**Begleiterkrankungen:**

**Anamn. Besonderheiten:** ☐ Nikotin ☐ Alkohol ☐ Kontrazeptiva ☐ Schrittmacher ☐ Implantate ☐ Strahlentherapie
☐ physikal. Therapie ☐ Diät ☐ Allergien ° ☐ Stoffwechseldefekte ° ☐ Arzneimittelabusus ° Sonstige: _____
° weitere Erläuterungen:

**Veränderung von Laborparametern im Zusammenhang mit der unerwünschten Arzneimittelwirkung:** *)

**Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung:** lebensbedrohend ☐ ja ☐ nein Hospitalisierung? *) ☐ ja ☐ nein

**Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung:**
☐ wiederhergestellt ☐ bleibender Schaden/Folgeschaden ☐ noch nicht wiederhergestellt ☐ unbekannt
☐ Exitus: [ ☐ Arzneimittelbeitrag möglich ☐ als Folge der UAW ☐ ohne Beitrag des Arzneimittels ]
Sektion: *) ☐ ja ☐ nein Todesursache:

a) beh. Arzt b) Hersteller c) Arzneim.-Komm.

**Beurteilung des Kausalzusammenhanges:** gesichert wahrscheinlich möglich
unwahrscheinlich unbeurteilt nicht zu beurteilen

**Weitere Bemerkungen:**

Wer wurde informiert: ☐ PEI ☐ BfArM ☐ Hersteller ☐ Arzneim.-Komm.-Ärzte Sonstige:

Name des Arztes:
Fachrichtung:
PLZ:
Klinik ☐ ja ☐ nein (ggf. Stempel)

Hersteller:

Datum:
Unterschrift

*) ggf. Befund beifügen

# Meldedaten:

1. **Patient:** *Nachname*:* [ ] _____ *Vorname:* [ ] _____

(Ersten Buchstaben des Nachnamens und des Vornamens bitte in die Kästchen eintragen)

Geburtsdatum: [ ] [ ] [1][9][7][7] (Tag / Monat / Jahr) m [ ] [x] w (Geschlecht)

*Adresse*: Straße:* _____ *PLZ:* 6[illegible] *Ort:* _____

2. **Impfung**

| | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| Impfdatum | | | |
| Impfstoff | siehe Rückseite | | |
| Pharm. Unternehmer | | | |
| Chargenbez. | | | |
| Applikationsart- und Ort | | | |

**Impfanamnese*: Wurde/n die/ der** o.g. Impfstoff/e i.d. **Vorgeschichte bereits angewendet:**

ja [ ] wann: siehe Rückseite [ ] nein

3. **Verdacht auf Impfkomplikation**:

| Diagnosen* bzw. Verdachtsdiagnosen : | Beginn | Dauer |
|---|---|---|
| 1. Chronische Müdigkeit | 1999/06 | ca 15-17 Jahre |
| 2. Pollinose | 1994 | - dato |
| 3. Hashimoto Autoimmunerkrankung* | ED 2014/06 | |

* Beginn wahrscheinlich nach der Hepatitis B-Impfung, da nach dieser Impfung die chronische Müdigkeit begann

Das Paul-Ehrlich-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit
Postfach 63207 Langen
Telefon: 06103-77-0
Fax: 06103-77-1234

Ausdruck für das Paul-Ehrlich-Institut:

08.06.2019: Wir machen heute die Meldung der Hashimoto-Thyreoiditis und der Pollinose als Impfschaden (ASIA-Syndrom) beim PEI.
Geboren am [redacted] 1977.
30.03.1978: Polio TD
18.05.1978: Polio TD
24.01.1979: Polio
03.05.1979: TD
08.08.1979: MMR
22.05.1984: TD
01.09.1989: Polio TD
27.05.1999: Hepatitis-B-Impfung einmalig ChNr: B.PO154-1
18.05.2000: TD
26.07.2000: Polio-Schluckimpfung ChNr: R0610-1 + TD
Zusammmen 23 Impfungen.
Darauf immer müde und schnell erschöpft.
Eine latente Hypothyreose wurde schon 2007 festgestellt.
Erstdiagnose Hashimoto: 4.6.2014 mit folgenden Symptomen: Ständige Müdigkeit, ausgeprägte Infektanfälligkeit, Sicca-Syndrom der Augen.
Besserung durch basische Ernährung, BasenKonzentrat, Ausleitungsverfahren, Nahrungsergänzungsmittel und besonders nach Umstellung von L-Thyroxin auf "biologische" SD-Hormon-Präparate (Thyreogland).

3.1 **Die Diagnose/ Verdachtsdiagnose wurde gestützt durch folgende abklärende Untersuchungen*:**
(z. B. Liquor-Untersuchung, Serologie, EEG, EKG etc.; ggf. Angabe der beauftragten Untersuchungsstelle)
Labor-Untersuchungen mit pos. TPO-MAKs + TAKs.
Hypothyreose-typisches SD-Labor-Parameter

**Dabei wurden folgende Differentialdiagnosen ausgeschlossen*:**
(insbesondere auch unter Berücksichtigung einer eventuell gleichzeitig erfolgten Medikamentengabe)
Ø

**Trat bei früheren Impfungen der Verdacht einer Impfkomplikation auf?*:**
**Symptome:** Pollinose im 16. Lj.
**Impfung:** siehe Auflistung
**Datum der Impfung:** 1' "

**Wurden die unter 2. genannten Impfstoffe nach Abklingen der Symptome nochmals angewendet?***
**nein** ☒ ☒ **ja** wenn ja, trat nochmals der Verdacht einer Impfkomplikation auf? ja, zuerst die Pollinose nach den Kinder-Impfungen, dann Erdbeerung + Hashimoto

**Traten die Symptome des o.g. Verdachtes einer Impfkomplikation beim Patienten ohne zeitlichen Zusammenhang zu der o.g. Impfung nochmals auf?***
**nein** ☒ ☐ **ja** wenn ja, wie oft und wodurch wahrscheinlich ausgelöst?

3.2 **Verlauf und Therapie der Impfreaktion:**

| | | |
|---|---|---|
| War eine ambulante Behandlung erforderlich? | ja ☒ | ☐ nein |
| War eine stationäre Behandlung im Krankenhaus erforderlich? | ja ☐ | ☒ nein |
| War die Impfreaktion lebensbedrohlich? | ja ☐ | ☒ nein |

3.3 **Ausgang der Impfreaktion** :

wiederhergestellt ☐ bleibender Schaden ☒ noch nicht wiederhergestellt ☐
unbekannt ☐ Tod ☐ (Sektion ? Todesursache ?*)

*4. Adresse und Telefonnummer des Meldenden:**

*Name:* *Straße:*

3987734
Manfred van Treek
Arzt für Allgemeinmedizin
Naturheilverfahren · Umweltmedizin

# Wir werden gezwungenermaßen zu Blockwarten eines zunehmend totalitären Gesundheitssystems

Wir kommen nun zum zusätzlich in den § **20 IfSG** hinzugefügten **Absatz 9**. Da heißt es:

*„Die in Absatz 8 Satz 1 genannten Personen* [siehe Auflistung auf Seite 5] *müssen vor ihrer Aufnahme oder vor Beginn ihrer Tätigkeit der Leitung der Einrichtung einen Nachweis nach § 22* [betrifft Impfausweis] *darüber erbringen, dass bei ihnen ein Impfschutz gegen Masern besteht, der den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission entspricht, oder eine ärztliche Bescheinigung vorlegen, die bestätigt, dass eine Immunität gegen Masern oder dass eine gesundheitliche Kontraindikation gegen eine Schutzimpfung gegen Masern vorliegt."*

Kitas und Schulen führen.

*„Das Gesundheitsamt kann bestimmen, dass der Nachweis, der vor der Aufnahme in die erste Klasse*

*Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, und übermittelt dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben."*

Ab jetzt melden wir jeden
Impfschadens-Verdachtsfall

Vielen Dank !

# Sicherheit 2013

**Wirksame Impfstoffe**

**Größere Masernausbrüche**

**Menschen sterben**

**Unzureichende Akzeptanz in der Bevölkerung**

**Angst vor Nebenwirkungen**

**Verdachtsfall-berichte bewertet**

**12 Jahre 2001-2012 1696**

**76,7 %**

Bundesgesundheitsbl 2013 · 56:1253–1259 DOI 10.1007/s00103-013-1792-4
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

D. Mentzer · H. Meyer · B. Keller-Stanislawski

## Sicherheit und Verträglichkeit von monovalenten Masern- und kombinierten Masern-, Mumps-, Röteln- und Varizellenimpfstoffen


### Zusammenfassung

Obwohl seit Jahrzehnten wirksame Einzel- oder Kombinationsimpfstoffe gegen Masern in Deutschland zur Verfügung stehen, kommt es immer wieder zu größeren Masernausbrüchen, in deren Folge Menschen schwer erkranken oder sterben. Einer der Gründe für die unzureichende Akzeptanz der Masernimpfung in der Bevölkerung ist möglicherweise die Angst vor unerwünschten Wirkungen und schweren Impfkomplikationen. Daher wurden alle Verdachtsfallberichte über unerwünschte Wirkungen nach Impfung mit masernhaltigen Impfstoffen, die aus Deutschland in den Jahren 2001 bis 2012 gemeldet wurden, zusammengefasst und bewertet. Dem PEI sind im Zeitraum vom 01.01.2001 bis zum 31.12.2012 insgesamt 1696 Verdachtsfälle von Nebenwirkungen mit 5297 Reaktionen nach Masernmono- und Kombinationsimpfstoffen berichtet worden. 76,7% der Meldungen wurden als schwerwiegend klassifiziert. Die mittlere Melderate betrug ca. 5,7 Fallmeldungen auf 100.000 vom PEI für Deutschland freigegebenen Impfdosen. Die Auswertung der Meldungen weist auf die gute Verträglichkeit masernhaltiger Einzel- und Kombinationsimpfstoffe hin und zeigt eine konstant niedrige Rate von gemeldeten Komplikationen in Bezug auf die Anzahl der durchgeführten Impfungen. Vergleicht man die schweren und relativ häufigen Komplikationen der Maserninfektion mit den gemeldeten Verdachtsfallberichten, so ergibt sich eine uneingeschränkt positive Nutzen-Risiko-Bewertung der Masernimpfstoffe.



### Schlüsselwörter

Masernmonoimpfstoffe · Masernkombinationsimpfstoffe · Sicherheit · Impfkomplikationen


**5,7 Meldungen auf 100.000 Impfdosen**

**< 50.000 Kinder**

# Sicherheit 2013

**PEI: nur 6 % wahrscheinlicher Zusammenhang**

**PEI: in keinem Fall Zusammenhang zwischen Impfung und Tod**

**13 Tage nach MMR-Impfung und gleichzeitiger Gabe von Infanrix hexa Pneumokokken-Infektion der Lunge**

## Bewertung des ursächlichen Zusammenhangs

Der ursächliche Zusammenhang zwischen der Impfung und der Impfreaktion wurde vom PEI in 6% der Fälle mit „wahrscheinlich", in 42,3% als „möglich" und in 27,8% der Fälle als „unwahrscheinlich" bewertet. Bei 23,5% der Fallberichte war eine abschließende Beurteilung wegen mangelhafter Datenlage nicht möglich. In 15 (0,9%) Meldungen (2 Frauen im Alter von 21 und 29 Jahren und 13 Kinder) wurde ein tödlicher Ausgang berichtet. In keinem der Fälle wurde vom PEI ein „gesicherter", „wahrscheinlicher" oder „möglicher" Zusammenhang zwischen Tod und Impfung gesehen.

In 6 der 15 Meldungen wurde eine Todesursache festgestellt, die nicht mit der Impfung in Verbindung stand (Meningo- oder Pneumokokkensepsis, Myokarditis bei gleichzeitiger Herpes-simplex-Typ-6-Infektion, interstitielle Pneumonie, Ersticken nach Nahrungsaufnahme bei einem Säugling und plötzlicher Kindstod bei bekannten Risikofaktoren).

Bei 9 Personen konnte der Zusammenhang zwischen dem tödlichen Ereignis und der Impfung vom PEI nicht abschließend bewertet werden, davon 4 Meldungen mit unzureichender Datenlage. Ein weiterer Fall bezieht sich auf ein Kind mit unklarer Hyperthermie 19 Tage nach MMR-Impfung. In 4 Fällen konnte die Todesursache auch im Rahmen einer Autopsie nicht geklärt werden. Diese Meldungen beziehen sich auf einen unklaren Tod eines Kleinkindes 13 Tage nach MMR-Impfung und gleichzeitiger Gabe von Infanrix hexa. In der Autopsie wurde eine Pneumokokkeninfektion der Lunge als möglicherweise todesursächlich festgestellt. In einem weiteren Fall erlitt ein 1 Jahr altes Kind 5 Tage nach MMR und Meningokokkenimpfung einen Kreislaufkollaps mit erfolgloser Wiederbelebung. Bei einer 21 Jahre alten Frau und einem 27 Monate alten Kleinkind konnte trotz umfangreicher histologischer, toxikologischer und molekularbiologischer Untersuchungen keine Todesursache festgestellt werden. Der Abstand zwischen der MMR-Impfung und dem Tod betrug in einem Fall weniger als 24 h, im anderen Fall 9 Tage.

# Sicherheit 2013 MMR-Impfung

Artikel von **Mentzer, Meyer und Keller-Stanislawski** im Bundesgesetzblatt ist irreführend, die Bewertung des ursächlichen Zusammenhangs manipulativ.

**In 12 Jahren 1696** Verdachtsfälle.
**5,7** Verdachtsfälle auf 100.000 Impfstoffe
(< 50.000 Kinder).

**76,7 %** der Meldungen von den Meldenden als schwerwiegend klassifiziert.

Dennoch sieht das PEI in nur **6 %** der Fälle einen wahrscheinlichen, in **42,3 %** einen möglichen Zusammenhang.

# Sicherheit 2013 MMR-Impfung

**15** Fälle mit tödlichen Ausgang. Das PEI sieht bei keinem Todesfall einen Zusammenhang.

**Schlussfolgerung: Das PEI als Bundesbehörde scheint befangen zu sein. Es spielt die Brisanz der Fakten herunter. Es hat eine Aufgabe im Sinne der Staatsräson zu erfüllen.**

Wegen der **Melderate von nur 5 %** könnten die **Zahlen bis zu 20x höher** sein, also **34.000** mögliche Verdachtsfälle, **114** Verdachtsfälle auf 100.000 Impfstoffe/<50.000 Kinder und **300** potentielle Todesfälle in 12 Jahren = 25 pro Jahr.